

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»
Навчально-науковий інститут психології
Кафедра психології**

Брязкало Милослава Михайлівна

**Кваліфікаційна робота
Гендерні особливості ставлення до свого здоров'я у зрілому віці**

053 «Психологія»
спеціальність
«Екстремальна та кризова психологія»
освітня програма

Подається на здобуття освітнього ступеня бакалавр

Кваліфікаційна робота містить результати власних доробок. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____Брязкало М.М.

Науковий керівник (консультант)

Васильченко Ольга Миколаївна
доктор психологічних наук, доцент
професор каф. психології

Київ - 2026

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1	8
ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТАВЛЕННЯ ДО СВОГО ЗДОРОВ'Я У ЗРІЛОМУ ВІЦІ	8
1.1. Поняття ставлення до здоров'я у психологічній науці	8
1.2. Психологічна характеристика зрілого віку як етапу онтогенезу	16
1.3. Гендерні детермінанти ставлення до власного здоров'я	20
Висновки до розділу 1	26
РОЗДІЛ 2	28
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТАВЛЕННЯ ДО СВОГО ЗДОРОВ'Я У ЗРІЛОМУ ВІЦІ	28
2.1. Методологічне обґрунтування та організація емпіричного дослідження гендерних особливостей ставлення до здоров'я	28
2.2. Аналіз психологічних особливостей ставлення до здоров'я у чоловіків зрілого віку	34
2.3. Аналіз психологічних особливостей ставлення до здоров'я у жінок зрілого віку	39
Висновки до розділу 2	49
РОЗДІЛ 3	51
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ФОРМУВАННЯ УСВІДОМЛЕНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я	51
3.1. Порівняльний аналіз гендерних відмінностей ставлення до здоров'я у зрілому віці	51
3.2. Психологічні чинники формування відповідального ставлення до здоров'я у чоловіків і жінок	54
3.3. Програма психологічних рекомендацій щодо оптимізації ставлення до здоров'я у зрілому віці	58
Висновки до розділу 3	62
ВИСНОВКИ	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	67
ДОДАТКИ	77

ВСТУП

Актуальність дослідження. Ставлення людини до власного здоров'я у зрілому віці є складним психологічним феноменом, у якому поєднуються знання про здоров'я, емоційне переживання тілесного стану, готовність до профілактичної поведінки та уявлення про особисту відповідальність. Для осіб зрілого віку ця проблематика має виразний прикладний вимір, оскільки саме в цей період поєднуються професійна завантаженість, сімейні ролі, перші ознаки вікових функціональних змін і потреба в усвідомленому підтриманні психофізичного ресурсу.

Гендерний аспект проблеми зумовлений тим, що чоловіки й жінки по-різному засвоюють соціальні норми турботи про себе, по-різному описують тілесні симптоми, мають різну готовність звертатися по медичну або психологічну допомогу та неоднаково пов'язують здоров'я з особистою автономією, сімейною відповідальністю й соціальною підтримкою. Для українського суспільства означене питання посилюється демографічним розривом між чоловіками та жінками, нерівномірністю здоров'язбережувальних практик і тривалим психоемоційним навантаженням, що впливає на суб'єктивне благополуччя дорослого населення [6; 7; 14].

У психології здоров'я ставлення до власного здоров'я розглядається не лише як сума знань про корисні або ризиковані практики, а як система особистісних смислів, оцінок і дій. Особа може добре знати принципи профілактики, але не реалізовувати їх у поведінці; може демонструвати високу тривожність щодо здоров'я, проте не мати сталої стратегії самодопомоги; може покладатися на власний контроль або, навпаки, на лікарів, родину чи випадок. Саме тому дослідження потребує поєднання аналізу компонентів ставлення до здоров'я, локусу контролю здоров'я та психологічного благополуччя.

Розробленість теми у вітчизняній і зарубіжній психології є достатньою

для визначення теоретичної бази дослідження, однак недостатньою для пояснення конкретної конфігурації гендерних відмінностей у сучасній українській вибірці зрілого віку. У науковій літературі окремо описані психологія здоров'я, багатовимірна модель локусу контролю здоров'я К. А. Уоллстона, структура психологічного благополуччя К. Д. Ріфф, вплив маскуліnnих норм на звернення по допомогу та роль соціальної підтримки у благополуччі. Водночас зв'язки між цими змінними в межах однієї емпіричної моделі потребують додаткового обґрунтування й перевірки [16; 21; 54; 64].

Отже, вибір теми зумовлений потребою теоретично узагальнити психологічні підходи до розуміння ставлення до здоров'я у зрілому віці та емпірично встановити, як саме гендер пов'язаний із когнітивним, емоційним, поведінковим і ціннісно-мотиваційним компонентами ставлення до здоров'я, локусом контролю та основними вимірами психологічного благополуччя.

Мета дослідження - теоретично проаналізувати та емпірично дослідити гендерні особливості ставлення до власного здоров'я у осіб зрілого віку.

Завдання дослідження:

1. здійснити теоретико-методологічний аналіз проблеми ставлення до здоров'я у психологічній науці, визначити базові поняття та концептуальні засади дослідження;
2. обґрунтувати гендерні чинники, що визначають специфіку ставлення до здоров'я у чоловіків та жінок зрілого віку;
3. емпірично дослідити особливості когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів ставлення до здоров'я у представників різних гендерних груп;
4. розробити практичні рекомендації щодо оптимізації ставлення до здоров'я у осіб зрілого віку з урахуванням гендерної специфіки.

Об'єкт дослідження - ставлення до здоров'я як психологічний феномен.

Предмет дослідження - гендерні особливості ставлення до власного здоров'я у осіб зрілого віку.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та реалізації завдань дослідження було використано комплекс взаємодоповнювальних методів.

Теоретичні методи - аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукової літератури - були застосовані для окреслення понятійного апарату дослідження, визначення наявних підходів до вивчення ставлення до здоров'я, локусу контролю та психологічного благополуччя, а також для встановлення стану розробленості теми в сучасній психологічній науці.

Емпіричні методи охоплювали анкетування та психодіагностичне тестування із застосуванням трьох валідизованих інструментів.

1. Опитувальник «Ставлення до здоров'я» - був використаний для діагностики когнітивного, емоційного і поведінкового компонентів ставлення особистості до власного здоров'я.

2. Багатовимірна шкала локусу контролю здоров'я (MHLC) К.А.Уоллстона [64] - застосована для з'ясування того, якою мірою особистість приписує відповідальність за власне здоров'я внутрішнім чинникам, значущим іншим або випадку.

3. Шкала психологічного благополуччя К.Д.Ріфф [54] - використана для оцінювання шести вимірів психологічного благополуччя: автономії, особистісного зростання, позитивних стосунків з оточенням, мети в житті, самоприйняття та оволодіння середовищем. Застосування цієї шкали дало змогу з'ясувати, у яких саме вимірах благополуччя спостерігаються значущі гендерні відмінності.

Методи кількісної обробки даних були використані для перетворення «сирих» результатів тестування на статистично значущі висновки:

- описова статистика - для характеристики вибірки та первинного опису розподілу показників (середні значення, стандартні відхилення, медіани);

- критерій U Манна-Уїтні - для порівняння чоловічої та жіночої груп за всіма діагностованими показниками в умовах, коли нормальність

розподілу не є гарантованою;

- кореляційний аналіз за Спірменом - для встановлення характеру і тісноти зв'язків між ставленням до здоров'я, локусом контролю та окремими шкалами психологічного благополуччя.

Наукова новизна одержаних результатів:

у перше:

- здійснено комплексне емпіричне дослідження гендерних особливостей ставлення до власного здоров'я у осіб зрілого віку в умовах сучасного українського соціально-психологічного контексту та встановлено специфіку взаємозв'язків між компонентами ставлення до здоров'я, локусом контролю та психологічним благополуччям;

удосконалено:

- підходи до діагностики ставлення до здоров'я через інтеграцію когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів із показниками локусу контролю здоров'я та психологічного благополуччя;

- уявлення про гендерно зумовлені відмінності у структурі ставлення до здоров'я, зокрема щодо поєднання рівня обізнаності, емоційного реагування та реальної здоров'язбережувальної поведінки;

дістали подальшого розвитку:

- теоретичні уявлення про вплив гендерних ролей і соціокультурних чинників на формування ставлення до здоров'я у зрілому віці;

- наукові положення щодо взаємозв'язку локусу контролю здоров'я та психологічного благополуччя як чинників здоров'язбережувальної поведінки чоловіків і жінок;

- практичні підходи до формування усвідомленого та відповідального ставлення до здоров'я з урахуванням гендерної специфіки.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів для розроблення гендерно-чутливих програм психологічного супроводу, спрямованих на формування відповідального

ставлення до здоров'я у дорослих. Матеріали роботи можуть бути застосовані у практиці психологічного консультування, при розробленні навчальних курсів з психології здоров'я, гендерної психології та вікової психології.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (80 найменувань). Загальний обсяг кваліфікаційної роботи - 85 сторінок, основний обсяг - 60 сторінок. Робота містить 19 таблиць, 9 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТАВЛЕННЯ ДО СВОГО ЗДОРОВ'Я У ЗРІЛОМУ ВІЦІ

1.1. Поняття ставлення до здоров'я у психологічній науці

Визначення, закріплене Статутом Всесвітньої організації охорони здоров'я, згідно з яким здоров'я є станом повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не лише відсутністю хвороб чи фізичних дефектів, дотепер залишається методологічним орієнтиром для міждисциплінарних досліджень [65].

У межах психологічної науки сформувалося окреме дослідницьке поле - психологія здоров'я, що вивчає не стільки об'єктивні параметри функціонування організму, скільки суб'єктивне сприйняття, оцінку та регуляцію людиною власного здоров'я [9]. І.В.Толкунова зазначає, що одним з основних завдань психології здоров'я є розроблення способів мотивації людини до збереження та зміцнення власного здоров'я, формування нових уявлень і настановлень на здоровий спосіб життя [23].

Ставлення до здоров'я як психологічний феномен почало активно досліджуватися у вітчизняній науці наприкінці ХХ століття. Р.А.Березовська визначає ставлення до здоров'я як систему індивідуальних, вибіркового зв'язків особистості з різними явищами навколишньої дійсності, що сприяють або, навпаки, загрожують здоров'ю людей, а також як певну оцінку індивідом свого фізичного та психічного стану [2]. Д.М.Супрун, аналізуючи когнітивну, емоційну та поведінкову складові означеного поняття, підкреслює, що Р.А.Березовська та Г.С.Нікіфоров, порівнявши категорії «ставлення до здоров'я» та «внутрішня картина здоров'я», дійшли висновку про їхню синонімічність, проте надали перевагу першій як більш обґрунтованій з позиції теорії відношень В.М.М'ясищева [21]. У структурі ставлення до здоров'я виокремлюють три взаємопов'язані компоненти:

когнітивний (знання про здоров'я, поінформованість про фактори ризику та захисту), емоційний (переживання, пов'язані з власним здоров'ям, тривога щодо можливих захворювань) та поведінковий (дії, спрямовані на збереження або руйнування здоров'я) [2; 21].

Таблиця 1.1

Структура ставлення до здоров'я за Р. А. Березовською

Компонент	Зміст	Прояви
Когнітивний	Знання про фактори здоров'я; уявлення про роль власної поведінки у збереженні здоров'я	Поінформованість про здоровий спосіб життя; обізнаність щодо факторів ризику
Емоційний	Переживання, пов'язані зі станом здоров'я; емоційна оцінка самопочуття	Тривожність; задоволеність здоров'ям; мотивація до збереження здоров'я
Поведінковий	Дії, спрямовані на збереження або руйнування здоров'я	Режим дня; фізична активність; профілактичні обстеження; шкідливі звички

Як показано в таблиці 1.1, триєдина структура ставлення до здоров'я відображає складний характер взаємодії знань, переживань та реальної поведінки людини. Нерідко спостерігається внутрішня неузгодженість між компонентами: особистість може мати високий рівень обізнаності щодо факторів ризику, проте не реалізовувати відповідні знання у повсякденних поведінкових практиках. О.В.Москаленко та І.О.Блохіна зазначають, що позитивне ставлення до себе, самоактуалізація та оптимальний розвиток є ключовими складовими психологічного здоров'я особистості, тісно пов'язаними з її здатністю адекватно сприймати та інтерпретувати сигнали власного організму [18].

У контексті вивчення ставлення до здоров'я принципово важливою є концепція локусу контролю здоров'я, запропонована К.Уоллстон та Б.Уоллстон. Згідно з означеною концепцією, люди різняться за тим, кому або чому вони приписують відповідальність за стан власного здоров'я: одні вважають здоров'я результатом власних зусиль (інтернальний локус), інші покладаються на авторитет лікарів (локус «могутні інші»), треті вірять у випадковість та долю (екстернальний локус) [64]. Дослідження Ф.Ботхи та

С.Дахманн на австралійській вибірці засвідчило, що інтернальний локус контролю асоціюється з вищим самоконтролем, який, у свою чергу, опосередковує зв'язок між переконаннями про контроль та здоров'ям [30]. Водночас вплив локусу контролю на здоров'я модується демографічними чинниками, зокрема гендером та віком [38; 50].

Окрему лінію досліджень становить вивчення суб'єктивної оцінки здоров'я (self-rated health), яка вважається одним із найбільш інформативних індикаторів загального стану здоров'я і має доведену прогностичну валідність щодо смертності та захворюваності [60]. Суб'єктивна оцінка інтегрує об'єктивні параметри фізичного стану з психологічними змінними: настроєм, рівнем самоефективності, ціннісними пріоритетами та соціальним порівнянням. Дослідження В.Лі та співавторів на вибірці китайських працівників старшого віку підтвердило наявність значущих гендерних відмінностей у суб'єктивній оцінці здоров'я: жінки послідовно оцінювали своє здоров'я нижче за чоловіків [43]. Водночас А.Оксузян та співавтори, проаналізувавши гендерні відмінності у здоров'ї після врахування стилю звітування, дійшли висновку, що жінки не стільки мають гірше здоров'я, скільки більш чутливо реагують на симптоми і більш детально описують свій стан [48].

Окремий напрям представлений вивченням ціннісного ставлення до здоров'я. А.Большакова, Т.Перевозна та І.Віденєєв дослідили місце цінності здоров'я у системі ціннісних орієнтацій особистості і дійшли висновку, що декларована цінність здоров'я (на рівні когнітивного компонента) нерідко суперечить реальній поведінці, особливо серед осіб молодого та раннього зрілого віку [3]. Г.Чепурко та А.Соболев наголошують, що стратегії формування здорового способу життя мають бути адаптовані до специфіки різних соціальних та демографічних груп, зокрема з урахуванням гендерних та вікових особливостей [26].

Сучасне розуміння ставлення до здоров'я неможливе без урахування соціально-психологічного контексту, у якому перебуває особистість.

Т.М.Титаренко підкреслює, що в умовах воєнного конфлікту ставлення до здоров'я трансформується: людина може або мобілізувати ресурси для самозбереження, або, навпаки, знецінити здоров'я на тлі загрози життю [22]. Результати всеукраїнського дослідження ментального здоров'я, проведеного компанією Gradus Research у 2024 році, засвідчили, що 77 % опитаних українців переживали стрес або сильну знервованість; частка тих, хто відчуває надію, зменшилася з 40 % у 2022 році до 31 % у 2024 [7].

Наведені дані мають принципове значення для психологічного аналізу ставлення до здоров'я, оскільки вони демонструють не лише зростання психоемоційного напруження, а й зміну самої логіки сприйняття здоров'я як особистісного ресурсу. У стабільних соціальних умовах здоров'я часто осмислюється людиною через категорії профілактики, фізичної активності, працездатності, зовнішнього самопочуття та медичної обізнаності. В умовах тривалої загрози, втрати передбачуваності, економічної нестабільності та постійного інформаційного тиску воно дедалі частіше набуває значення ресурсу виживання, психологічної витривалості та здатності підтримувати мінімальну сталість повсякденного життя. У такій ситуації ставлення до здоров'я не може бути зведене до сукупності раціональних знань про здоровий спосіб життя. Воно починає функціонувати як складна система внутрішніх оцінок, емоційних реакцій, поведінкових стратегій і захисних механізмів, які залежать від того, як людина інтерпретує загрозу, наскільки вірить у можливість впливати на власний стан і чи має доступ до соціальної підтримки.

Воєнний контекст змінює співвідношення між когнітивним, емоційним і поведінковим компонентами ставлення до здоров'я. Когнітивний компонент за таких умов може залишатися достатньо розвиненим: людина знає про необхідність сну, харчування, фізичної активності, медичних оглядів, обмеження шкідливих звичок, підтримання психічної рівноваги. Проте на рівні повсякденної поведінки ці знання не завжди реалізуються. Тривожність, виснаження, порушення режиму, вимушена зміна місця проживання,

професійна невизначеність або догляд за близькими можуть істотно обмежувати можливість діяти відповідно до раціонального розуміння користі. Саме тому суперечність між знанням і дією, описана в межах досліджень ціннісного ставлення до здоров'я, у кризових умовах стає ще виразнішою. Особистість може визнавати здоров'я однією з провідних життєвих цінностей, однак відкладати турботу про себе через нагальніші, на її думку, обставини - безпеку родини, матеріальне забезпечення, адаптацію до втрат або необхідність виконувати професійні обов'язки в умовах підвищеного напруження.

Емоційний компонент ставлення до здоров'я в умовах воєнного конфлікту набуває особливо складної структури. З одного боку, загроза життю може посилювати уважність до власного стану, активізувати прагнення до самозбереження, підвищувати цінність фізичної та психічної стійкості. Людина починає краще розуміти обмеженість власних ресурсів, гостріше реагує на симптоми виснаження, швидше усвідомлює потребу в підтримці, відновленні, відпочинку. З іншого боку, тривалий стрес може призводити до емоційного притуплення, знецінення власних потреб, формування установки на терпіння, відкладання лікування або ігнорування симптомів. У психологічному плані така реакція не є просто байдужістю до здоров'я. Часто вона має захисний характер, оскільки дає змогу людині функціонувати в умовах, коли повне усвідомлення загрози, втрат і виснаження могло б спричинити дезорганізацію поведінки.

Поведінковий компонент ставлення до здоров'я в період тривалого соціального напруження також зазнає суттєвих змін. Здоров'язбережувальна поведінка стає менш лінійною і менш залежною лише від індивідуальної мотивації. У звичайних умовах відмова від профілактичних дій часто пояснюється низьким рівнем відповідальності, недостатньою поінформованістю або слабкою мотивацією. У воєнному контексті така інтерпретація є надто спрощеною. Поведінкові практики людини визначаються не тільки її знаннями чи цінностями, а й доступністю медичної

допомоги, фінансовими можливостями, рівнем безпеки, якістю соціального оточення, характером професійного навантаження та інтенсивністю стресових подій. Тому відсутність регулярних обстежень, нестабільний режим сну, порушення харчування чи зменшення фізичної активності не завжди свідчать про низьку цінність здоров'я. У багатьох випадках вони відображають конфлікт між усвідомленою потребою в самозбереженні та реальною неможливістю підтримувати сталі здоров'язбережувальні практики.

Для зрілого віку така проблематика має окреме значення. Особи зрілого віку, на відміну від молодших вікових груп, частіше перебувають у ситуації поєднання кількох відповідальностей: професійної, сімейної, фінансової, батьківської, інколи доглядової щодо старших родичів. Через це ставлення до здоров'я у зрілості формується не лише як ставлення до власного тіла чи самопочуття, а як ставлення до ресурсу, від якого залежить виконання соціальних ролей. Людина цього вікового періоду нерідко сприймає власне здоров'я через здатність працювати, забезпечувати родину, підтримувати інших, зберігати функціональність і контроль над життєвими обставинами. Відповідно, погіршення здоров'я може сприйматися не тільки як індивідуальна проблема, а як загроза цілісності життєвої організації. Саме тому зрілий вік є продуктивним етапом для вивчення того, як соціальний стрес, гендерні ролі та психологічні установки щодо контролю впливають на здоров'язбережувальну поведінку.

Гендерний вимір означеної проблеми посилює її теоретичну складність. Чоловіки і жінки можуть по-різному інтерпретувати як саме здоров'я, так і допустимі способи турботи про нього. Для чоловіків, вихованих у межах традиційних моделей маскулінності, звернення по допомогу, визнання втоми або потреби у психологічній підтримці може сприйматися як ознака слабкості. У такому разі ставлення до здоров'я набуває суперечливого характеру: з одного боку, здоров'я визнається необхідною умовою працездатності та соціальної спроможності, з іншого -

турбота про нього може витіснятися або відкладатися через установку на витривалість, самоконтроль і мінімізацію скарг. Це пояснює, чому чоловіки можуть демонструвати нижчу частоту профілактичних звернень, пізніше реагувати на симптоми та частіше пов'язувати здоров'я не з повсякденними діями, а з відсутністю явної хвороби.

У жінок ставлення до здоров'я частіше формується в контексті підвищеної тілесної чутливості, регулярнішого контакту з медичною системою та більшої соціальної прийнятності турботи про себе й інших. Проте це не означає автоматично більш сприятливої ситуації. Жінки можуть краще розпізнавати симптоми, частіше фіксувати зміни самопочуття, активніше шукати інформацію про здоров'я, однак їхня здоров'язбережувальна поведінка нерідко ускладнюється перевантаженням доглядовими функціями, поєднанням професійної та сімейної праці, емоційною відповідальністю за близьких. У кризових умовах жінка може ставити потреби родини вище за власні, що створює специфічну форму знецінення здоров'я - не через байдужість, а через перенесення ресурсу турботи з себе на інших. Отже, гендерні відмінності у ставленні до здоров'я не можна описувати як просту опозицію більшої або меншої відповідальності. Вони відображають різні соціальні сценарії, у межах яких чоловіки і жінки навчаються сприймати тіло, симптоми, допомогу, слабкість, витривалість і самоконтроль.

У цьому контексті важливим є поняття локусу контролю здоров'я. Якщо особистість має інтернальний локус, вона більшою мірою пов'язує стан здоров'я з власними діями, рішеннями та звичками. Така позиція може сприяти відповідальнішій поведінці, але в умовах війни вона також може створювати додаткове напруження, коли людина усвідомлює відповідальність за себе, проте не має достатніх зовнішніх умов для її реалізації. Екстернальний локус, пов'язаний із покладанням відповідальності на обставини, долю або інших людей, може зменшувати особистісну напругу, однак водночас знижувати активність у сфері профілактики. Локус

«могутні інші», у межах якого відповідальність за здоров'я приписується лікарям, фахівцям або авторитетним особам, може бути адаптивним за умови доступу до якісної допомоги, але стає проблемним, якщо людина повністю передає контроль зовнішнім інстанціям і не розвиває власних здоров'язбережувальних навичок.

В умовах тривалого стресу локус контролю може бути нестабільним. Людина, яка в мирний період демонструвала виразну інтернальність, під впливом травматичних подій, втрат або постійної невизначеності може тимчасово переходити до більш екстернального пояснення власного стану. Це не обов'язково означає регрес або психологічну неспроможність. Іноді така зміна є формою адаптації до ситуації, у якій реальний контроль справді обмежений. Проте для здоров'язбережувальної поведінки принципово важливо, щоб навіть за умов обмеженого зовнішнього контролю зберігалася зона особистісної дії: режим сну, базова фізична активність, звернення по медичну допомогу, обмеження саморуйнівних практик, підтримання соціальних зв'язків, навички емоційної саморегуляції. Саме ця зона індивідуальної відповідальності може стати психологічною основою для збереження здоров'я у зрілому віці.

Аналіз основних підходів до розуміння ставлення до здоров'я дозволяє виокремити його сутнісні характеристики:

- складність і багатокomпонентність (когнітивний, емоційний та поведінковий рівні);
- можливість внутрішньої неузгодженості між компонентами (знання не завжди переходять у поведінку);
- залежність від суб'єктивних переконань про контроль (інтернальний та екстернальний локус);
- чутливість до соціокультурного контексту (війна, економічна нестабільність, гендерні норми);
- динамічний характер (трансформація впродовж життєвого шляху під впливом вікових та ситуативних чинників).

На основі огляду літератури створено структурну модель ставлення до здоров'я (рис. 1.1.).



Рис. 1.1. Структурна модель ставлення до здоров'я

Джерело: складено на основі [2; 16; 21]

Структурну модель ставлення до здоров'я (рис. 1.1) можна представити як динамічну систему, в якій когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти перебувають у постійній взаємодії та взаємовпливі. Знання про здоров'я активізують емоційне реагування, яке, у свою чергу, стимулює або гальмує поведінку, спрямовану на збереження здоров'я. Зворотний зв'язок від поведінкового компонента до когнітивного здійснюється через рефлексію результатів власних дій та їх порівняння з очікуваннями [16]. І.В.Свтушенко зазначає, що критеріями психологічного здоров'я є позитивне ставлення до інших, успішна адаптація та сприятливий емоційний фон, що підкреслює тісний зв'язок між ставленням до здоров'я та загальним психологічним функціонуванням [9].

1.2. Психологічна характеристика зрілого віку як етапу онтогенезу

Зрілий вік є найбільш тривалим і водночас найменш однорідним періодом онтогенезу. І.Я.Коцан, Г.В.Ложкін та М.І.Мушкевич зазначають,

що зрілість поділяється на два періоди: перший (22-35 років у чоловіків, 21-35 у жінок) та другий (36-60 років у чоловіків, 36-55 у жінок), кожен із яких має специфічні психологічні характеристики [16]. Першому періоду зрілого віку притаманні найвищі значення фізичної працездатності, оптимальна адаптація до несприятливих умов зовнішнього середовища та найменші показники захворюваності. Психологічно означений етап характеризується інтенсивним становленням професійної ідентичності, формуванням близьких стосунків та визначенням життєвих пріоритетів [57]. Здоров'я у першій зрілості найчастіше сприймається як самоочевидний ресурс, що не потребує спеціальних зусиль для підтримки, внаслідок чого ставлення до нього нерідко набуває недооцінюючого характеру [25].

Другий період зрілості, навпаки, асоціюється з поступовим зниженням функціональних резервів організму, появою перших хронічних захворювань і, як наслідок, із переглядом ціннісного статусу здоров'я у системі пріоритетів особистості. Масштабне крос-культурне дослідження Ф.Інфурни та співавторів, яке охопило вибірки із США, Австралії, Німеччини, Південної Кореї та Мексики, засвідчило, що дорослі середнього віку у сучасних когортах демонструють більше щоденного стресу, хронічних захворювань, функціональних обмежень і нижче психологічне благополуччя порівняно з однолітками попередніх поколінь [40]. Кризу середини життя розглядають як потужний каталізатор переоцінки значущості здоров'я, адже людина вперше гостро усвідомлює скінченність власного існування та обмеженість фізичних можливостей [49]. Психологічна характеристика періодів зрілого віку представлено в таблиці 1.2.

І як видно з таблиці 1.2, перехід від першого до другого періоду зрілості супроводжується якісною трансформацією ставлення до здоров'я. Л.Рольфсен та К.Джейкобс, вивчаючи гендерні відмінності у траєкторіях суб'єктивної оцінки здоров'я у середньому та похилому віці, встановили, що траєкторії зниження самооцінки здоров'я розрізняються у чоловіків і жінок за темпом та точками перегину [51]. Водночас спосіб проживання кризи

середини життя суттєво різняться залежно від гендерної соціалізації та рольових очікувань.

Таблиця 1.2

Психологічна характеристика періодів зрілого віку

Критерій	Перший період (22-35 р.)	Другий період (36-60 р.)
Фізичний стан	Пік працездатності; висока адаптивність організму	Зниження функціональних резервів; перші хронічні захворювання
Провідна діяльність	Професійне становлення; створення сім'ї	Професійна зрілість; переоцінка досягнень
Ставлення до здоров'я	Здоров'я як «даність»; низька мотивація до профілактики	Зростання цінності здоров'я; тривога щодо старіння
Криза розвитку	Криза 30 р.: перегляд життєвого плану	Криза середини життя (40-45 р.): переосмислення сенсу

Дослідження якості життя та психологічного благополуччя у зрілому віці засвідчують, що суб'єктивне здоров'я є одним із ключових предикторів загальної задоволеності життям [52]. Модель психологічного благополуччя К. Ріфф, яка включає шість вимірів (самоприйняття, позитивні стосунки з іншими, автономія, компетентність у взаємодії з середовищем, наявність цілей у житті та особистісне зростання), продемонструвала наявність гендерних відмінностей: чоловіки отримують вищі бали за шкалами самоприйняття та автономії, тоді як жінки - за шкалами особистісного зростання та позитивних стосунків [54; 59]. Дж.Тей, валідізуючи шкалу К.Ріфф серед молоді Сінгапуру, підтвердив, що чоловіки демонструють значуще вищі бали за субшкалою компетентності у взаємодії із середовищем [59]. Означені відмінності мають безпосереднє значення для розуміння гендерної специфіки ставлення до здоров'я, оскільки самоприйняття та автономія пов'язані з інтернальним локусом контролю, а орієнтація на стосунки - з екстернальним [64].

Окрему увагу слід приділити впливу соціальних ролей зрілого віку на ставлення до здоров'я. Роль батька або матері, подружня роль, професійна роль та роль у громаді створюють певну конфігурацію вимог і ресурсів, що по-різному впливають на здоров'я чоловіків та жінок. Дослідження

Дж.Вільямс, Е.Гараччі та Л.Егеде на національній вибірці дорослих США (MIDUS) засвідчило, що соціальна підтримка від родини, друзів та партнерів асоціюється зі зниженням смертності, проте характер означеного зв'язку різниться залежно від статі: для жінок підтримка родини виявилася більш значущою, ніж для чоловіків [67]. Д.Амберсон та співавтори, вивчаючи гендерні відмінності у соціальній ізолюваності впродовж життєвого шляху, показали, що у зрілому та похилому віці жінки мають менший ризик ізоляції порівняно з чоловіками, якщо виключити з аналізу фактор шлюбного статусу [61]. Характеристики соціальної включеності, як видно з дослідження, виступають захисним чинником для психічного здоров'я обох статей, проте механізми їхньої дії є гендерно специфічними.

Узагальнення наведених даних дозволяє виокремити ключові психологічні особливості зрілого віку, що впливають на ставлення до здоров'я:

- зростання суб'єктивної цінності здоров'я у другому періоді зрілості на тлі зниження фізичних можливостей;
- вплив нормативних криз розвитку (криза 30 років, криза середини життя) на переосмислення пріоритетів;
- гендерна специфіка психологічного благополуччя, яка визначає різні моделі ставлення до здоров'я у чоловіків та жінок;
- значущість соціальної підтримки та включеності як захисного чинника для здоров'я, з гендерно диференційованими механізмами впливу.

Дослідження Й. Чжан та співавторів підтвердило, що превентивна поведінка (фізична активність, регулярні обстеження, відмова від паління) є значущим предиктором вищої суб'єктивної оцінки здоров'я серед осіб середнього та старшого віку [70], що підкреслює роль поведінкового компонента ставлення до здоров'я як медіатора між знаннями і самопочуттям.

1.3. Гендерні детермінанти ставлення до власного здоров'я

Гендер як соціально-психологічна категорія суттєво впливає на формування, розвиток та функціонування ставлення до здоров'я впродовж усього життєвого шляху. На відміну від біологічної статі, що визначає фізіологічні відмінності між чоловіками та жінками, гендер відображає систему соціальних ролей, норм і очікувань, пов'язаних із належністю до певної статі у конкретному культурно-історичному контексті [5]. ВООЗ визначає гендер як одну з ключових соціальних детермінант здоров'я, підкреслюючи, що гендерні норми, ролі та співвідношення прав і можливостей створюють як бар'єри, так і ресурси для здоров'язбережувальної поведінки [65; 66]. Звіт ОЕСР «Gender equality in a changing world» (2025) засвідчує, що хоча жінки живуть довше за чоловіків, різниця у тривалості саме здорового життя є значно меншою, а додаткові роки жінки нерідко проводять з обмеженнями здоров'я [47].

Дослідження, проведене UNFPA у рамках програми «WE ACT: діємо задля жінок та їхніх можливостей» у 2022 році, виявило значні гендерні розриви у системі охорони здоров'я України: під час розроблення реформ гендерна нерівність залишалася поза увагою, а питання вимірювання гендерної нерівності у сфері здоров'я практично не порушувалися [4]. Гендерний профіль країни (2023) підтвердив, що Україна має значний розрив за індексом гендерної нерівності і, попри прогрес у законодавчій сфері (Державна стратегія забезпечення рівних прав до 2030 року [8]), практична реалізація гендерного підходу в охороні здоров'я залишається недостатньою [6]. Дослідження гендерних стереотипів, проведене ДУ «ІПСЕМН МОЗ України» у 2023 році, продемонструвало, що дотримання традиційних гендерних ролей має вагоме значення для психологічного добробуту обох статей, проте жінки і чоловіки, чия самооцінка включає як маскулінно-інструментальні, так і фемінінно-експресивні характеристики (андрогінний тип), демонструють кращі показники психічного здоров'я [10]. Гендерні відмінності у компонентах ставлення до здоров'я представлено в таблиці 1.3.

Гендерні відмінності у компонентах ставлення до здоров'я

Компонент	Жінки	Чоловіки
Когнітивний	Вища обізнаність; увага до симптомів; пошук інформації про здоров'я	Нижча обізнаність; тенденція ігнорувати симптоми; менший інтерес до медичної інформації
Емоційний	Вища тривожність; нижча суб'єктивна оцінка здоров'я; емоційна чутливість	Нижча тривожність; вища суб'єктивна оцінка; емоційна стриманість
Поведінковий	Частіше звертання по допомогу; здоровіше харчування; менше шкідливих звичок	Рідше звертання по допомогу; вища фізична активність; більше шкідливих звичок
Локус контролю	Вищий екстернальний («могутні інші»); більша довіра до лікарів	Вищий інтернальний; більша впевненість у власному контролі

Як систематизовано у таблиці 1.3, гендерні відмінності виявляються у кожному компоненті ставлення до здоров'я. П.Ф.Новак та його колеги у дослідженні, опублікованому у Scientific Reports (2024), виявили, що чоловіки продемонстрували вищий інтернальний локус контролю здоров'я, тоді як жінки - вищий локус «могутніх інших» [46]. Разом із тим жінки отримали вищі бали за загальною шкалою здоров'язбережувальної поведінки, зокрема у сферах здорового харчування та профілактичних дій [46]. Дж.Юн, Дж.Кім та Х.Сон, вивчаючи гендерні відмінності у здоров'язбережувальній поведінці серед дорослих середнього віку в Південній Кореї, підтвердили, що жінки рідше палять і вживають алкоголь, проте мають нижчий рівень фізичної активності порівняно з чоловіками [68].

Масштабне дослідження D. Blanchflower та A. Bryson, яке охопило 167 країн світу та 55 показників суб'єктивного благополуччя, продемонструвало стійкий гендерний розрив: жінки отримують вищі бали за всіма показниками негативного афекту (тривога, пригніченість, напруженість, самотність) та нижчі - за більшістю показників позитивного афекту [28]. Означений розрив спостерігається незалежно від країни, часу та включення до аналізу додаткових коваріатів. Мета-аналіз Р. Зальк та співавторів, що охопив понад 140 досліджень, підтвердив стійку перевагу жінок у рівні депресивної симптоматики починаючи з підліткового віку [55]. Водночас за глобальними

показниками благополуччя (щастя, задоволеність життям) жінки демонструють або подібні, або навіть дещо вищі показники порівняно з чоловіками, що створює «парадокс гендерного благополуччя» [28].

Механізми формування гендерних відмінностей у ставленні до здоров'я пояснюються кількома теоретичними підходами. В. Кортенай у своїй теорії гендеру та здоров'я наголошує, що конструювання маскулінності безпосередньо впливає на здоров'я чоловіків: маскулінні норми заохочують ризиковану поведінку, стоїцизм, ігнорування симптомів та відмову від звернення по допомогу [32]. Протилежний, фемінний, стереотип заохочує увагу до тіла та самопочуття, проте водночас може породжувати надмірну тривожність. Дослідження Д. Вогеля та його колег підтвердило, що прихильність до маскулінних норм прямо корелює з нижчою готовністю звертатися по психологічну допомогу [63].

Аналіз теоретичних підходів, представлених у таблиці 1.4, свідчить про необхідність комплексного розгляду гендерних детермінант ставлення до здоров'я. А.Вафаєї, Дж.Ю та С.Філіпс на матеріалах канадського лонгітюдного дослідження старіння засвідчили, що інтерсекційний вплив статі та соціальних чинників на суб'єктивне здоров'я є більш складним, ніж сума їхніх окремих ефектів [62]. С.Лі та К.Ріфф, досліджуючи шляхи від несприятливих подій раннього дитинства до смертності у дорослому віці, показали, що означені шляхи суттєво різняться залежно від гендеру [42].

Українські реалії надають означеній проблематиці додаткового виміру. Дослідження «Гендерні стереотипи та ролі очима молоді» (2022) виявило, що повномасштабна війна суттєво вплинула на гендерні очікування щодо ролі чоловіків та жінок [5]. Гендерні норми маскулінності, що передбачають стоїцизм та роль захисника, набули у воєнних умовах ще більшої інтенсивності, що може посилювати тенденцію чоловіків до ігнорування проблем зі здоров'ям. Водночас жінки, які масово взяли на себе додаткові ролі, можуть переживати перевантаження, що негативно позначається на їхньому ставленні до власного здоров'я [5; 22]. Л.М.Карамушка,

досліджуючи суб'єктивне благополуччя персоналу в умовах війни, встановила зв'язок між рівнем благополуччя та копінг-стратегіями, що підтверджує значущість психологічних ресурсів для підтримки здоров'я [12; 14].

Узагальнюючи аналіз гендерних детермінант ставлення до здоров'я, можна виокремити декілька ключових закономірностей, підтверджених як вітчизняними, так і зарубіжними дослідженнями:

- жінки зрілого віку демонструють вищу когнітивну залученість у процес моніторингу стану здоров'я, проте одночасно вищу тривожність і нижчу суб'єктивну оцінку здоров'я порівняно з чоловіками [28; 43; 48];
- чоловіки виявляють більш виражений інтернальний локус контролю здоров'я, однак рідше реалізують здоров'язбережувальну поведінку у повсякденному житті [32; 46; 63];
- гендерні стереотипи та рольові приписи виступають потужними медіаторами зв'язку між знаннями про здоров'я та реальною поведінкою [10; 32; 44];
- воєнний контекст в Україні посилює гендерну поляризацію ставлення до здоров'я, зміцнюючи маскулінні норми стоїцизму та збільшуючи рольове навантаження на жінок [5; 7; 22];
- комплексне розуміння гендерних відмінностей потребує інтерсекційного підходу, що враховує взаємодію гендеру з віком, соціально-економічним статусом та ситуативними факторами [42; 62; 79].

Для поглиблення теоретичного підґрунтя дослідження доцільно розглядати ставлення до здоров'я як систему взаємопов'язаних психологічних механізмів, а не як просту сукупність окремих уявлень або дій. Такий підхід дає змогу пояснити, чому однаковий рівень обізнаності про здоров'я не завжди породжує однакову поведінку у чоловіків і жінок зрілого віку. Когнітивний компонент виконує орієнтаційну функцію, емоційний компонент забезпечує суб'єктивну значущість здоров'я, поведінковий

компонент виявляє реальну готовність до профілактики, а локус контролю визначає, кому саме особа приписує здатність впливати на власний стан.

Таблиця 1.4

Матриця психологічних механізмів формування ставлення до здоров'я у зрілому віці

Механізм	Психологічний зміст	Очікуваний прояв у зрілому віці	Діагностичний індикатор
Когнітивний ресурс	Система знань про фактори ризику, профілактику, режим і способи підтримання здоров'я	Раціональне пояснення власного стану, здатність називати причини погіршення самопочуття	Когнітивний компонент опитувальника «Ставлення до здоров'я»
Емоційна включеність	Переживання здоров'я як особистісно значущої цінності, чутливість до тілесних сигналів	Тривога, уважність до симптомів, готовність говорити про самопочуття	Емоційний компонент опитувальника
Поведінкова саморегуляція	Перехід знань і переживань у сталі здоров'язбережувальні дії	Профілактичні огляди, фізична активність, режим відпочинку, відмова від ризикованих практик	Поведінковий компонент опитувальника
Локус контролю здоров'я	Приписування відповідальності за здоров'я собі, значущим іншим або випадку	Самостійне ухвалення рішень або залежність від зовнішньої підтримки й обставин	Шкали IHLC, PHLC, CHLC методики MHLC
Соціальна підтримка	Включення близьких, лікарів і соціального оточення у регуляцію здоров'язбережувальної поведінки	Готовність звертатися по допомогу, приймати рекомендації, використовувати ресурс стосунків	Шкала позитивних стосунків К. Д. Ріфф
Гендерна роль	Соціальні очікування щодо сили, витривалості, догляду, відповідальності та емоційної відкритості	Мінімізація симптомів у чоловіків або підвищена залученість до догляду у жінок	Порівняльний аналіз чоловічої та жіночої підвибірок

Джерело: складено автором на основі [2; 5; 16; 21; 64].

Як показано у таблиці 1.4, ставлення до здоров'я формується на перетині індивідуально-психологічних і соціально-нормативних чинників. Для теоретичної моделі дослідження принциповим є те, що жоден із

механізмів не діє ізольовано. Внутрішній локус контролю може підсилювати здоров'язберезувальну активність лише за умови достатньої емоційної включеності та здатності переводити знання в поведінку. Соціальна підтримка, навпаки, може бути ресурсом, якщо вона не заміщує автономію особистості, а розширює її можливості для відповідального вибору.

У гендерному вимірі теоретична модель набуває додаткової складності. Чоловіки зрілого віку частіше соціалізуються в логіці витримки, самоконтролю й обмеження вербалізації тілесного дискомфорту. Жінки частіше опановують моделі турботи, самоспостереження та комунікації про здоров'я, але водночас можуть зазнавати більшого рольового навантаження, пов'язаного з доглядом за членами родини. Через це одна й та сама ознака, наприклад високий внутрішній локус контролю, у різних групах може мати різні психологічні наслідки.

Таблиця 1.5

Аналітична систематизація гендерно зумовлених ризиків і ресурсів ставлення до здоров'я

Параметр аналізу	Ресурсний прояв	Потенційний ризик	Значення для емпіричного дослідження
Когнітивна обізнаність	Дає змогу розуміти фактори ризику та принципи профілактики	Може залишатися декларативною і не переходити у практичну поведінку	Потребує зіставлення з поведінковим компонентом
Емоційне ставлення	Підсилює уважність до тілесних сигналів і готовність до самодопомоги	За тривалого стресу може переходити у тривожність або соматизацію	Порівнюється між групами як один із ключових гендерних маркерів
Внутрішній локус контролю	Підтримує автономію, відповідальність і саморегуляцію	За низької емоційної включеності може сприяти відкладенню звернення по допомогу	Аналізується у зв'язку з автономією та компетентністю
Орієнтація на значущих інших	Підсилює довіру до лікарів, родини й соціальної підтримки	Може зменшувати відчуття власного контролю за нестачі самостійності	Аналізується через шкалу PHLC та показники стосунків
Психологічне благополуччя	Створює загальний ресурс для підтримання здоров'я	За дефіциту автономії або підтримки знижує сталість здоров'язберезувальної	Зіставляється з компонентами ставлення до здоров'я

Параметр аналізу	Ресурсний прояв	Потенційний ризик	Значення для емпіричного дослідження
		поведінки	
Воєнний соціальний контекст	Може мобілізувати відповідальність і цінність самозбереження	Посилює напруження, невизначеність і відчуття залежності від зовнішніх обставин	Враховується під час інтерпретації результатів 2026 року

Джерело: складено автором на основі [5; 7; 14; 32; 44].

Таблиця 1.5 конкретизує теоретичну логіку подальшого емпіричного аналізу. Вона показує, що гендерні відмінності не варто інтерпретувати як просте підвищення або зниження окремих середніх показників. Змістовно вагомішим є питання про те, як показники поєднуються між собою: чи підтримує обізнаність реальну поведінку, чи пов'язаний локус контролю з автономією, чи емоційна включеність інтегрується з позитивними стосунками та особистісним зростанням. Саме така логіка зумовила вибір кореляційного аналізу за Спірменом у другому розділі роботи.

Висновки до розділу 1

Здійснений теоретичний аналіз проблеми гендерних особливостей ставлення до свого здоров'я у зрілому віці дозволяє сформулювати низку принципових положень.

Ставлення до здоров'я є складним психологічним утворенням, що включає когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти, які перебувають у динамічній взаємодії та можуть демонструвати внутрішню неузгодженість. Концепція локусу контролю здоров'я К. Уоллстон збагачує розуміння механізмів ставлення до здоров'я, виявляючи роль суб'єктивних переконань про контроль як медіатора між знаннями і поведінкою. Ціннісне ставлення до здоров'я формується під впливом вікового досвіду, соціокультурних норм та індивідуальних особливостей психіки.

Зрілий вік, що охоплює два періоди з відмінними психологічними характеристиками, є критичним етапом для формування та трансформації ставлення до здоров'я. Перехід від першого до другого періоду зрілості

супроводжується зростанням суб'єктивної цінності здоров'я, зумовленим як фізіологічними змінами, так і нормативними кризами розвитку. Модель психологічного благополуччя К. Ріфф продемонструвала наявність гендерних відмінностей у ключових вимірах, що безпосередньо пов'язані зі ставленням до здоров'я.

Гендерні детермінанти ставлення до здоров'я мають комплексну природу і пояснюються взаємодією соціалізаційних, біологічних, структурних та інтерсекційних чинників. Жінки зрілого віку виявляють більш розвинену когнітивну та поведінкову залученість у процес здоров'язбереження, проте водночас демонструють вищу тривожність та нижчу суб'єктивну оцінку здоров'я. Чоловіки характеризуються більш вираженим інтернальним локусом контролю, але нижчою реалізацією здоров'язберезувальної поведінки. Специфіка українського контексту, зумовлена повномасштабною війною, створює додаткові виклики для гендерно-диференційованого ставлення до здоров'я, посилюючи маскулінні норми стоїцизму та збільшуючи рольове навантаження на жінок.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТАВЛЕННЯ ДО СВОГО ЗДОРОВ'Я У ЗРІЛОМУ ВІЦІ

2.1. Методологічне обґрунтування та організація емпіричного дослідження гендерних особливостей ставлення до здоров'я

Теоретичний аналіз проблеми гендерних особливостей ставлення до здоров'я у зрілому віці, здійснений у першому розділі, засвідчив багатоаспектність та складність досліджуваного феномену. Саме тому постала потреба у проведенні власного емпіричного дослідження, яке дозволило би перевірити висунуті припущення та поглибити розуміння того, як статеві приналежності впливає на когнітивні, емоційні та поведінкові складові ставлення особистості до власного здоров'я на етапі дорослості [19; 21].

Методологічним підґрунтям побудови дослідження є фундаментальні положення вітчизняної та зарубіжної психології здоров'я, згідно з якими ставлення до здоров'я розглядається як складне багатокomпонентне утворення, що охоплює пізнавальний, емоційно-оцінний, мотиваційний та власне поведінковий виміри [2; 19]. Ми дотримувалися точки зору, відповідно до якої гендерні відмінності у цій сфері зумовлені не стільки біологічними чинниками, скільки соціокультурною диференціацією ролей, розбіжностями у нормативних приписах маскулінності й фемінності та відмінною структурою повсякденних практик турботи про себе [12; 13].

Мета емпіричного дослідження полягала у виявленні та змістовному аналізі гендерних особливостей ставлення до власного здоров'я, локусу контролю здоров'я і психологічного благополуччя у чоловіків та жінок зрілого віку, а також у встановленні характеру й тісноти зв'язків між цими показниками у кожній із гендерних груп.

Вибірка дослідження. Емпіричне дослідження проводилося впродовж січня-березня 2026 року у змішаному онлайн- та очному форматах. Базою

послужили соціальні групи мешканців міст Вінниці та Києва, а також інтернет-спільноти, орієнтовані на питання здорового способу життя. Загальну вибірку склали 60 осіб зрілого віку (за класифікацією ВООЗ - від 35 до 55 років), із них 30 чоловіків і 30 жінок (таблиця 2.1). Така кількість учасників відповідає вимогам до невеликого порівняльного емпіричного дослідження у межах кваліфікаційної роботи та дає змогу застосувати непараметричні статистичні критерії для порівняння двох незалежних груп.

Таблиця 2.1

Соціально-демографічна характеристика учасників дослідження

Показник	Чоловіки (n = 30)	Жінки (n = 30)	Уся вибірка
Середній вік, роки (M ± SD)	44,3 ± 5,8	43,7 ± 5,4	44,0 ± 5,6
Вікова група 35-40 років	8 осіб	7 осіб	15 осіб
Вікова група 41-45 років	9 осіб	8 осіб	17 осіб
Вікова група 46-50 років	7 осіб	8 осіб	15 осіб
Вікова група 51-55 років	6 осіб	7 осіб	13 осіб
Вища освіта	26 осіб	28 осіб	54 особи
Перебуває у шлюбі	22 особи	19 осіб	41 особа
Має дітей	24 особи	23 особи	47 осіб
Постійно працює	29 осіб	26 осіб	55 осіб

Розподіл учасників за статтю і віковими групами, представлений у таблиці 2.1, підтверджує збалансованість вибірки щодо ключових соціально-демографічних параметрів. Порівнянність груп за освітою, шлюбним і батьківським статусом, а також зайнятістю дозволяє з обґрунтованою впевненістю інтерпретувати наявні відмінності як пов'язані саме з гендером, а не з іншими побічними чинниками. Візуальне уявлення про розподіл учасників дає рис. 2.1.

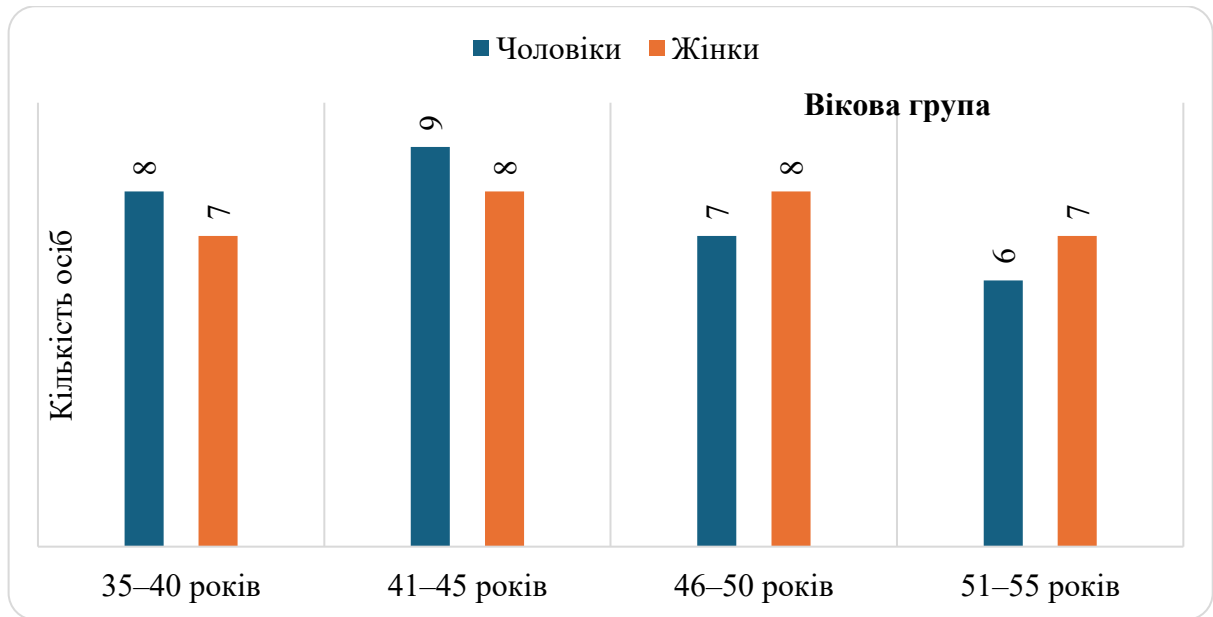


Рис. 2.1. Розподіл учасників дослідження за статтю та віковою групою (осіб)
Джерело: сформовано автором на основі результатів опитування учасників.

Формування інструментарію ґрунтувалося на принципі тріангуляції: кожен із трьох основних конструктів (ставлення до здоров'я, локус контролю здоров'я, психологічне благополуччя) вимірювався окремою методикою, що дало змогу уникнути перевантаження респондентів і водночас забезпечило повноту охоплення досліджуваного феномену (таблиця 2.2).

Таблиця 2.2

Комплекс психодіагностичних методик дослідження

№	Методика	Призначення	Шкали
1	Опитувальник «Ставлення до здоров'я»	Діагностика когнітивного, емоційного, поведінкового компонентів ставлення особистості до власного здоров'я	Когнітивний, емоційний, поведінковий, ціннісно-мотиваційний
2	Багатовимірна шкала локусу контролю здоров'я MHLC (К. А. Wallston, В. S. Wallston, R. DeVellis)	Визначення локалізації відповідальності за стан здоров'я	Внутрішній локус (IHLC), значущі інші (PHLC), випадок (CHLC)
3	Шкала психологічного благополуччя К. Д. Ріфф (18-пунктна версія у перекладі Д. Гарсія)	Оцінювання шести вимірів еудемонічного благополуччя	Автономія, компетентність, особистісне зростання, позитивні стосунки, мета в житті, самоприйняття

Опитувальник «Ставлення до здоров'я» використано для діагностики когнітивного, емоційного й поведінкового компонентів ставлення особистості до власного здоров'я. Методика дозволяє отримати числові оцінки за чотирма шкалами в діапазоні від 1 до 10 балів, де вищий бал відображає більш виражену позитивну характеристику відповідного компонента. Теоретичне підґрунтя для виокремлення означених складових закладено у праці Д.М.Супруна [21].

Багатовимірну шкалу локусу контролю здоров'я (MHLC) К.А.Уоллстона у формі В застосовано для з'ясування того, якою мірою особистість приписує відповідальність за власне здоров'я внутрішнім чинникам, значущим іншим (лікарям, родичам) або випадку. Методика містить 18 тверджень, що утворюють три шкали, кожна з яких оцінюється в діапазоні від 6 до 36 балів. Психометричні характеристики шкали та її прогностичну цінність підтверджено у праці M.Grotz із співавторами [17]; зв'язок між локусом контролю здоров'я й поведінковими результатами встановлено у кросс-культурному дослідженні W.Li зі співавторами [18]; предикторну роль внутрішнього локусу щодо задоволеності життям показано P.F.Nowak та співавторами [20].

Шкала психологічного благополуччя К.Д.Ріфф у 18-пунктній версії дозволила оцінити шість вимірів еудемонічного благополуччя: автономію, компетентність (оволодіння середовищем), особистісне зростання, позитивні стосунки з оточенням, мету в житті та самоприйняття. Оцінки за кожною шкалою коливаються в діапазоні від 3 до 18 балів. Психометричні властивості версії верифіковано у дослідженні A.C.Reinwarth та колег [16], а застосування методики в контексті психологічного благополуччя особистості в умовах війни представлене у роботах Л.М.Карамушки [4; 5].

Процедуру організації емпіричного дослідження доцільно подати у вигляді послідовних етапів:

- підготовчий етап (передбачав уточнення мети й завдань, формування батареї методик та отримання інформованої згоди учасників;
- основний діагностичний етап (січень-лютий 2026 р.) включав індивідуальне заповнення опитувальників в онлайн-формі та особисто в умовах, що забезпечували анонімність і добровільність;
- аналітичний етап (березень 2026 р.) був присвячений обробці даних за допомогою методів описової та порівняльної статистики, а також змістовній інтерпретації отриманих результатів.

Методи кількісної обробки даних охопили описову статистику, критерій U Манна-Уїтні та кореляційний аналіз за Спірменом. Описова статистика застосовувалася для первинного опису розподілу показників у кожній групі, критерій U Манна-Уїтні - для зіставлення чоловічої та жіночої підвибірок за умов відсутності підстав припускати нормальний розподіл, а коефіцієнт рангової кореляції Спірмена - для встановлення сили й напрямку монотонного зв'язку між компонентами ставлення до здоров'я, локусом контролю та шкалами психологічного благополуччя.

Застосування коефіцієнта Спірмена є методично виправданим для даного дослідження з кількох причин. Вибірка в кожній гендерній групі становила 30 осіб, більшість показників отримано за шкальними психодіагностичними методиками, а очікувані зв'язки між змінними не обов'язково мають лінійний характер. На відміну від кореляції Пірсона, яка передбачає аналіз лінійного зв'язку між кількісними змінними, ранговий коефіцієнт Спірмена працює з порядком значень і дає змогу оцінити, чи зростання одного показника супроводжується систематичним зростанням або зниженням іншого показника. У дослідженні використано формулу $\rho = 1 - \frac{6\sum d^2}{n(n^2 - 1)}$, де d означає різницю між рангами двох змінних для одного респондента, а n - кількість спостережень у групі.

**Методична логіка застосування коефіцієнта рангової кореляції Спірмена
у дослідженні**

Елемент методики	Зміст у межах дослідження	Методичне значення
Тип аналізу	Непараметричний кореляційний аналіз рангових даних	Дозволяє не висувати жорстку вимогу нормальності розподілу
Одиниця аналізу	Окремий респондент у чоловічій або жіночій підвибірці	Зберігає незмінною структуру вибірки $n = 30$ у кожній групі
Порівнювані змінні	Компоненти ставлення до здоров'я, шкали MHLC, шкали психологічного благополуччя	Дає змогу аналізувати не лише відмінності середніх, а й внутрішню структуру зв'язків
Напрямок зв'язку	Додатне або від'ємне значення ρ	Показує, чи супроводжується зростання одного показника зростанням або зниженням іншого
Статистична значущість	Оцінювання за рівнями $p < 0,05$ та $p < 0,01$	Відмежовує статистично надійні зв'язки від випадкових коливань
Психологічна інтерпретація	Зіставлення числового коефіцієнта з теоретичною моделлю здоров'язбережувальної поведінки	Перетворює статистичний результат на змістовний психологічний висновок

Таблиця 2.4

Інтерпретація сили кореляційного зв'язку за коефіцієнтом Спірмена

Абсолютне значення ρ	Умовна сила зв'язку	Інтерпретація для психологічних показників
0,00-0,19	Дуже слабкий зв'язок	Показники практично не утворюють сталої спільної тенденції
0,20-0,39	Слабкий зв'язок	Зв'язок може мати орієнтовне значення, але потребує обережної інтерпретації
0,40-0,59	Помірний зв'язок	Показники мають змістовно помітну спільну варіацію
0,60-0,79	Сильний зв'язок	Зв'язок є виразним і психологічно значущим для пояснення досліджуваної моделі
0,80-1,00	Дуже сильний зв'язок	Показники майже синхронно змінюються в одному або протилежному напрямі

Як видно з таблиць 2.3-2.4, кореляційний аналіз за Спірменом у даній роботі виконує не допоміжну, а пояснювальну функцію. Він потрібний для встановлення того, які саме компоненти ставлення до здоров'я пов'язані з автономією, компетентністю, позитивними стосунками та іншими вимірами благополуччя. Через це результати кореляційного аналізу подано не як механічний набір коефіцієнтів, а як основу для психологічного пояснення чоловічої та жіночої моделей саморегуляції здоров'я.

Окремої уваги заслуговує питання валідності отриманих даних в умовах повномасштабної війни. Сучасні дослідження Л.М.Карамушки та її співавторів засвідчують, що тривале перебування в ситуації воєнного стресу істотно впливає на суб'єктивне благополуччя дорослих українців [4; 5; 6], а матеріали платформи «pleso» за 2024-2025 рр. свідчать про вищий рівень стресу у жінок порівняно з чоловіками [14]. Висновки дослідження компанії Gradus Research показують, що найбільш негативно оцінюють свій ментальний стан представники вікової категорії 35-44 років [3], тобто саме ті, хто становить значну частку нашої вибірки. Отже, отримані нижче результати слід розглядати у тісному зв'язку з наявним соціально-психологічним контекстом, а не як універсальні закономірності.

2.2. Аналіз психологічних особливостей ставлення до здоров'я у чоловіків зрілого віку

Результати діагностики за опитувальником «Ставлення до здоров'я» у чоловічій підвибірці виявили характерний профіль, що частково відповідає виведеним із теоретичного аналізу очікуванням, а частково їх коригує. Середні оцінки за чотирма компонентами ставлення до здоров'я наведено на рис. 2.2.

Як показано на рис. 2.2, найвищі оцінки у чоловіків отримав когнітивний компонент ($M = 6,8$), що свідчить про досить високий рівень обізнаності з питань здорового способу життя, факторів ризику та

профілактики. Водночас емоційний компонент залишився на помітно нижчому рівні ($M = 5,2$). Подібний розрив узгоджується з узагальненнями звіту щодо маскулінності в Україні, де зафіксовано, що страх втратити контроль і побоювання виявити слабкість безпосередньо впливають на особливості ставлення чоловіків до власного здоров'я [12, с. 84].

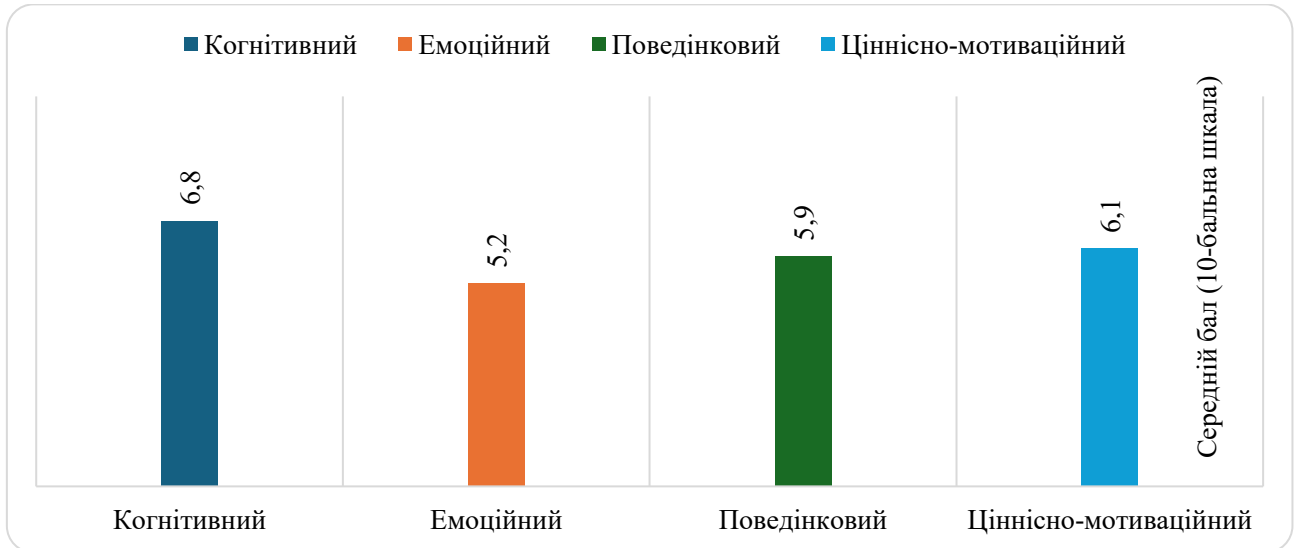


Рис. 2.2. Середні оцінки компонентів ставлення до здоров'я у чоловіків ($n = 30$)

Джерело: укладено автором на підставі даних, зібраних у ході дослідження

Поведінковий компонент посідає проміжне місце ($M = 5,9$), а ціннісно-мотиваційний, який характеризує значущість здоров'я в ієрархії цінностей, зафіксовано на рівні $M = 6,1$.

Змістовний аналіз показників дає змогу виокремити кілька важливих тенденцій у ставленні чоловіків зрілого віку до здоров'я:

- переважання раціонального компонента над емоційним, що відображає усталену маскулінну настанову розглядати здоров'я крізь призму технічних знань, а не емоційного переживання;
- помітна розбіжність між декларованою обізнаністю і реальними здоров'язберезувальними практиками, яка корелює з даними досліджень А. І. Руденка і О. О. Войчишин щодо формування здоров'язберезувальної поведінки [19];

– орієнтація на інструментальне, функціональне здоров'я, коли власне тіло сприймається передусім як засіб виконання соціальних і професійних ролей, а не як самоцінна сфера турботи [12].

Результати діагностики локусу контролю здоров'я у чоловіків засвідчили виражений внутрішній профіль з помірно низьким рівнем зовнішніх шкал. Детальніша структура показників представлена у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Показники локусу контролю здоров'я у чоловіків зрілого віку (n = 30)

Шкала MHLC	M	SD	Min	Max	Me
Внутрішній локус (IHLC)	26,4	4,1	18	34	27,0
Значущі інші (PHLC)	19,7	3,8	12	28	20,0
Випадок (CHLC)	17,3	4,2	10	26	17,5

Графічне відображення структури локусу контролю здоров'я у чоловіків подано на рис. 2.3. Домінування внутрішнього локусу узгоджується з висновками метааналізу М. Grotz зі співавторами, у якому зазначено, що чоловіки порівняно з жінками повідомляють про вищий рівень сприйнятого особистісного контролю над здоров'ям [17]. Водночас такий високий внутрішній локус може мати й «тіньовий» бік: переконання у власній спроможності самостійно зарадити ризикам нерідко поєднується з відкладенням звернень до лікаря, ігноруванням профілактичних оглядів та знеціненням повідомлень оточення про тривожні симптоми, що у сукупності становить одну з психологічних основ підвищеної смертності чоловіків зрілого віку в Україні [7].

Показники психологічного благополуччя у чоловічій підвибірці виявили доволі рівний профіль, представлений на рис. 2.4. Найвищі значення зафіксовано за шкалами автономії (M = 14,6) та компетентності (M = 14,2), що свідчить про сформоване почуття самовизначення й здатність контролювати зовнішнє середовище.

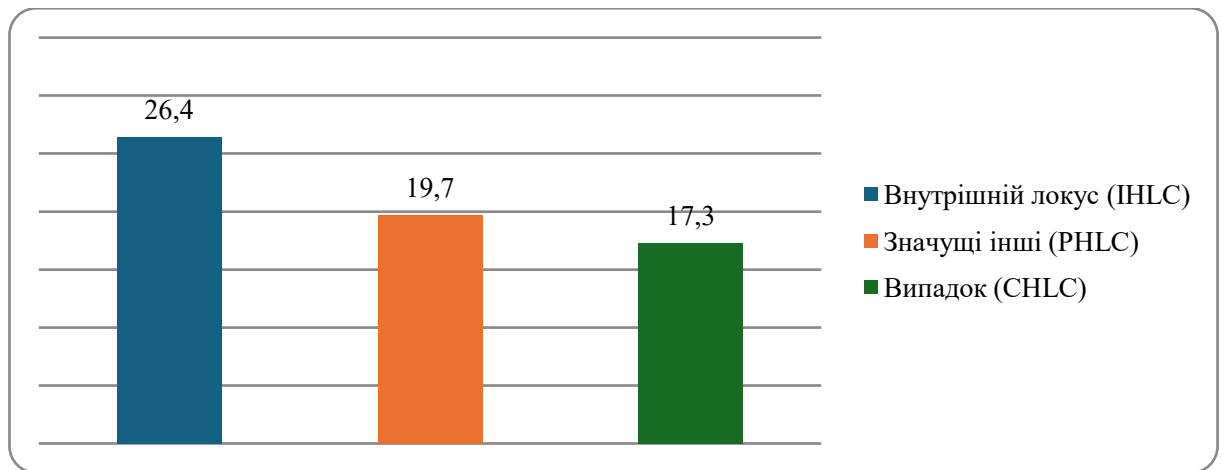


Рис. 2.3. Профіль локусу контролю здоров'я у чоловіків зрілого віку
Джерело: розроблено на основі емпіричних даних дослідження

Нижчі оцінки отримали шкали позитивних стосунків ($M = 12,1$) та особистісного зростання ($M = 12,8$). Така конфігурація повторює результати міжнародного дослідження А. N. Tibubos та колег, в якому літні чоловіки продемонстрували вищі показники автономії, самоприйняття, мети в житті та компетентності порівняно з жінками відповідної вікової групи [16; 22]. Профіль психологічного благополуччя у чоловіків (шкала К. Д. Ріфф) подано рисунком 2.4.

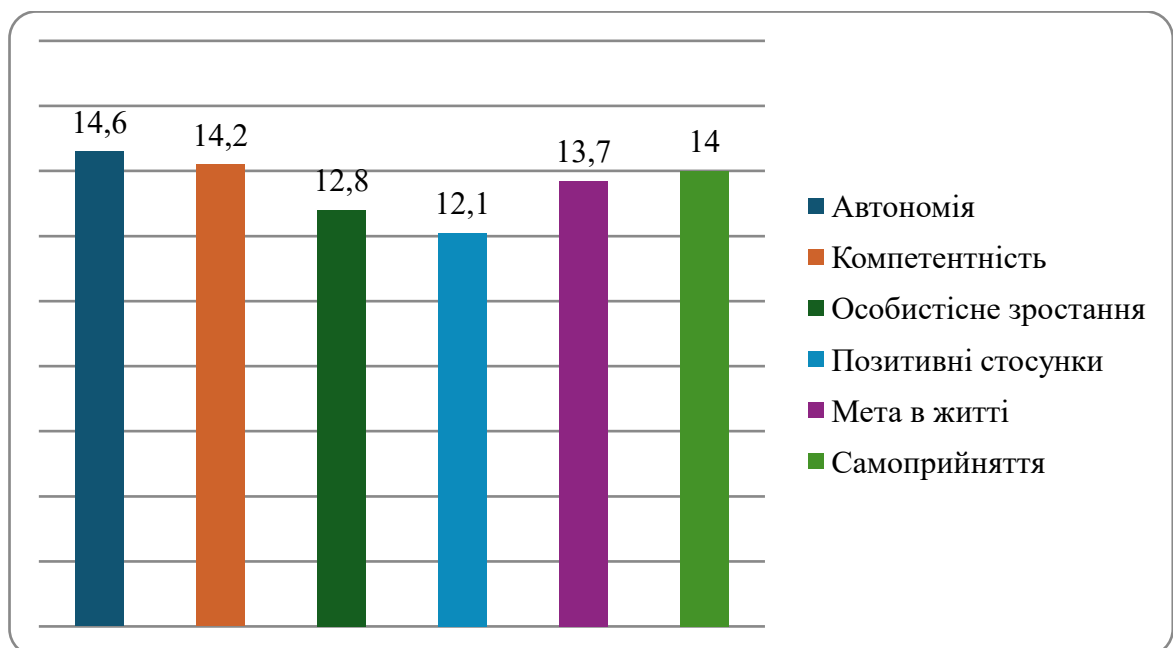


Рис. 2.4. Профіль психологічного благополуччя у чоловіків
(шкала К. Д. Ріфф)

Джерело: розроблено автором на основі емпіричних даних дослідження

Теоретичне осмислення отриманих результатів змусило нас звернутися до концепції Т. Пудровської, згідно з якою гендерні відмінності у переконаннях щодо контролю над здоров'ям мають чітко виражений соціокультурний генез і особливо проявляються у середньому та похилому віці [10]. Оскільки культурна норма маскуліності в українському контексті зберігає зв'язок із самостійністю й стриманістю у прояві емоцій, чоловіки зрілого віку схильні інтерпретувати звернення по медичну допомогу як ознаку слабкості. Саме такий патерн, на наше переконання, і лежить в основі зафіксованого нами розриву між когнітивним та емоційним компонентами ставлення до здоров'я.

На основі узагальнення емпіричних даних щодо чоловічої підвибірки можна виокремити низку характерних рис:

- когнітивний компонент ставлення до здоров'я переважає над емоційним, що свідчить про раціональне, а не переживальне включення у сферу власного здоров'я;
- виразно домінує внутрішній локус контролю, який, за умов низького емоційного компонента, може парадоксально призводити до ризикованої поведінки;
- психологічне благополуччя вибудовується переважно навколо автономії та компетентності, а не навколо позитивних міжособистісних стосунків;
- зв'язок між високим внутрішнім локусом і реальним здоров'язбережувальним патерном у чоловіків виявляється слабшим, ніж очікується на підставі теоретичних моделей [8; 18].

2.3. Аналіз психологічних особливостей ставлення до здоров'я у жінок зрілого віку

У жіночій підвибірці профіль ставлення до здоров'я суттєво відрізняється від чоловічого. Середні оцінки за компонентами опитувальника «Ставлення до здоров'я» подано на рис. 2.5. На відміну від чоловіків, у жінок спостерігається значно рівніший і загалом вищий профіль, у якому найвища оцінка належить ціннісно-мотиваційному компоненту ($M = 7,8$), а найнижча - поведінковому ($M = 7,1$).

Привертає увагу високе значення емоційного компонента ($M = 7,6$), що на понад два бали перевищує аналогічний показник у чоловіків. Особистісне включення у переживання власного здоров'я, ширше використання мови емоцій при описі стану тіла, готовність відкрито визнавати тривогу з приводу симптомів або погіршення самопочуття - усі ці риси неодноразово фіксувалися у дослідженнях українських авторок. Зокрема, у роботі О. В. Бацилевої та колег зазначається, що емоційне переживання свого здоров'я у жінок виступає вагомою детермінантою загальної самооцінки особистості, тоді як у чоловіків аналогічну функцію виконує когнітивний і поведінковий компоненти [2]. Схожу тенденцію фіксує й дослідження компанії Gradus, за даними якого жінки частіше за чоловіків негативно оцінюють власне здоров'я, хоча об'єктивні показники тривалості життя у них є вищими [3; 7].

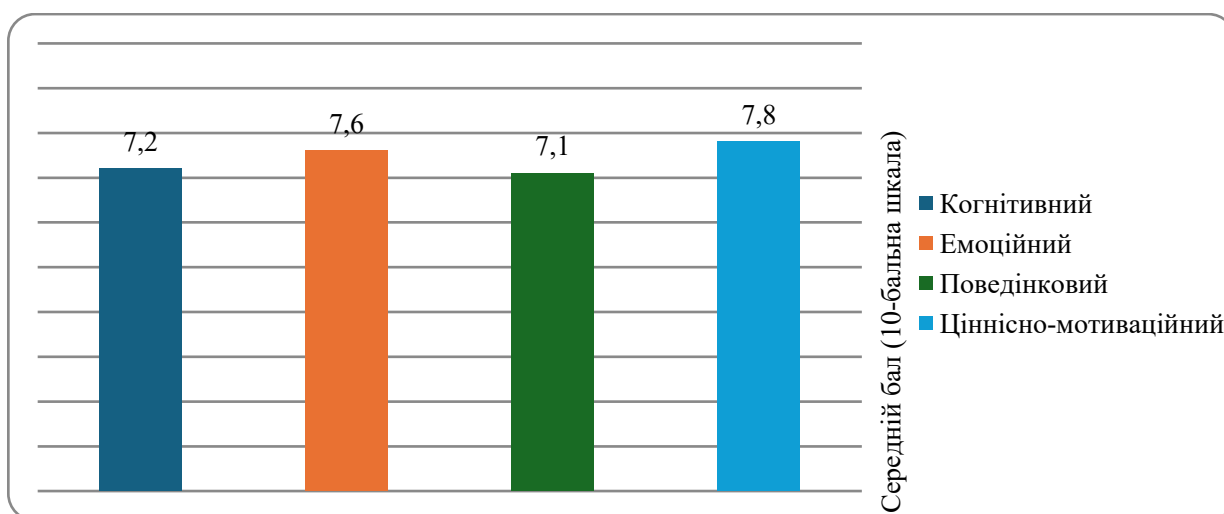


Рис. 2.5. Середні оцінки компонентів ставлення до здоров'я у жінок ($n = 30$)

Джерело: підготовлено автором на основі результатів дослідження.

Змістовно-порівняльний огляд ставлення жінок до здоров'я дозволяє виокремити такі особливості:

- інтеграція емоційного, когнітивного і мотиваційного компонентів у відносно цілісну картину, що сприяє формуванню послідовних здоров'язбережувальних практик;
- вищий рівень рефлексії стосовно факторів ризику, зокрема психоемоційного стресу, який у сучасному контексті війни сприймається українськими жінками особливо гостро [14];
- більша готовність звертатися по професійну медичну й психологічну допомогу, що корелює з даними р1есо про ширшу поширеність практик «спілкування з близькими» та «фізичної активності» як копінг-стратегій у жінок [14];
- виразна тенденція до «сервісного» ставлення до здоров'я, коли турбота про власне тіло переплітається з турботою про членів родини та перерозподілом догляду [11; 12].

Показники локусу контролю здоров'я у жінок, на відміну від чоловіків, демонструють значно збалансованіший, хоча й менш інтернальний профіль (таблиця 2.6). Графічне відображення цього профілю представлено на рис. 2.6.

Таблиця 2.6

Показники локусу контролю здоров'я у жінок зрілого віку (n = 30)

Шкала MHLC	M	SD	Min	Max	Me
Внутрішній локус (IHLC)	23,1	3,7	16	31	23,5
Значущі інші (PHLC)	23,8	4,3	15	32	24,0
Випадок (CHLC)	21,5	4,6	12	30	21,0

Важливо, що у жіночій групі шкала «значущі інші» (M = 23,8) дещо переважає над внутрішнім локусом (M = 23,1). Такий результат суголосокий

висновкам метааналітичної праці Т. V. Н. Ng і G.J.McIvor, за якою зв'язок показників локусу контролю здоров'я з конкретною поведінкою опосередковується гендерним складом вибірки [15]. Помітно вищий, ніж у чоловіків, показник за шкалою «випадок» ($M = 21,5$) можна інтерпретувати у контексті тривалого воєнного стресу, який формує переживання вимушеної залежності від зовнішніх обставин. Жінки частіше звітують про відчуття гіперзбудження, меншу передбачуваність життя та вищу включеність у ситуацію піклування про інших, що відображено у результатах ментального обстеження українців за 2025 рік [6].

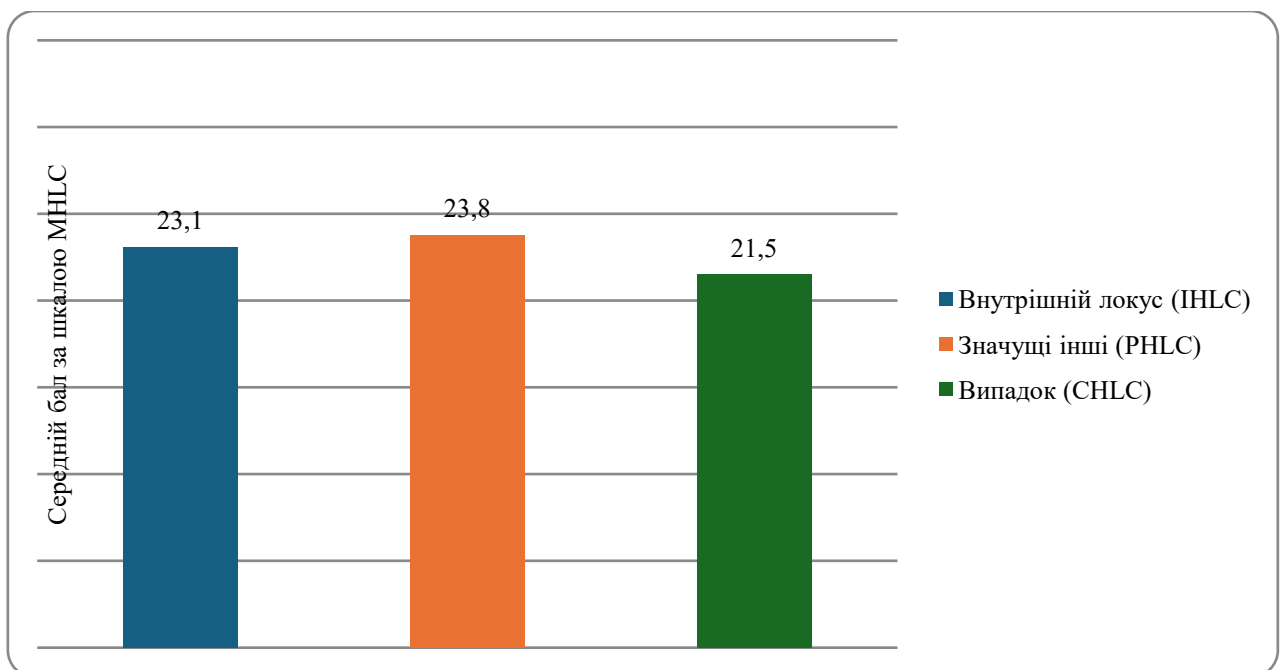


Рис. 2.6. Профіль локусу контролю здоров'я у жінок зрілого віку

Джерело: сформовано на основі дослідження

Психологічне благополуччя у жінок виявило принципово інший профіль порівняно з чоловіками (рис. 2.7). Найвищі оцінки одержано за шкалами позитивних стосунків з оточенням ($M = 15,2$) та особистісного зростання ($M = 14,9$); відносно нижчими є автономія ($M = 12,4$) та самоприйняття ($M = 12,7$). Такий патерн неодноразово описувався у міжнародній літературі: у класичних роботах К. Д. Ріфф і К. Л. Кіза жінки

стабільно отримували вищі бали за шкалами позитивних стосунків і особистісного зростання [16; 22].

Представлені у таблиці 2.7 результати засвідчують статистично значущі гендерні відмінності за сімома з восьми аналізованих показників. Відсутність значущого розходження зафіксовано лише за когнітивним компонентом ставлення до здоров'я ($p = 0,152$), що співзвучне тенденції, описаній у дослідженнях К. А. Wallston та В. S. Wallston: обізнаність про здоров'я виявляється слабше пов'язаною зі статтю, ніж мотиваційно-емоційна та поведінкова складові [23]. Натомість для емоційного компонента виявлено найсильніший ефект відмінностей ($p < 0,001$), що повністю узгоджується з висновками українських дослідників щодо ширшої емоційної включеності жінок у сферу власного здоров'я [2; 19].

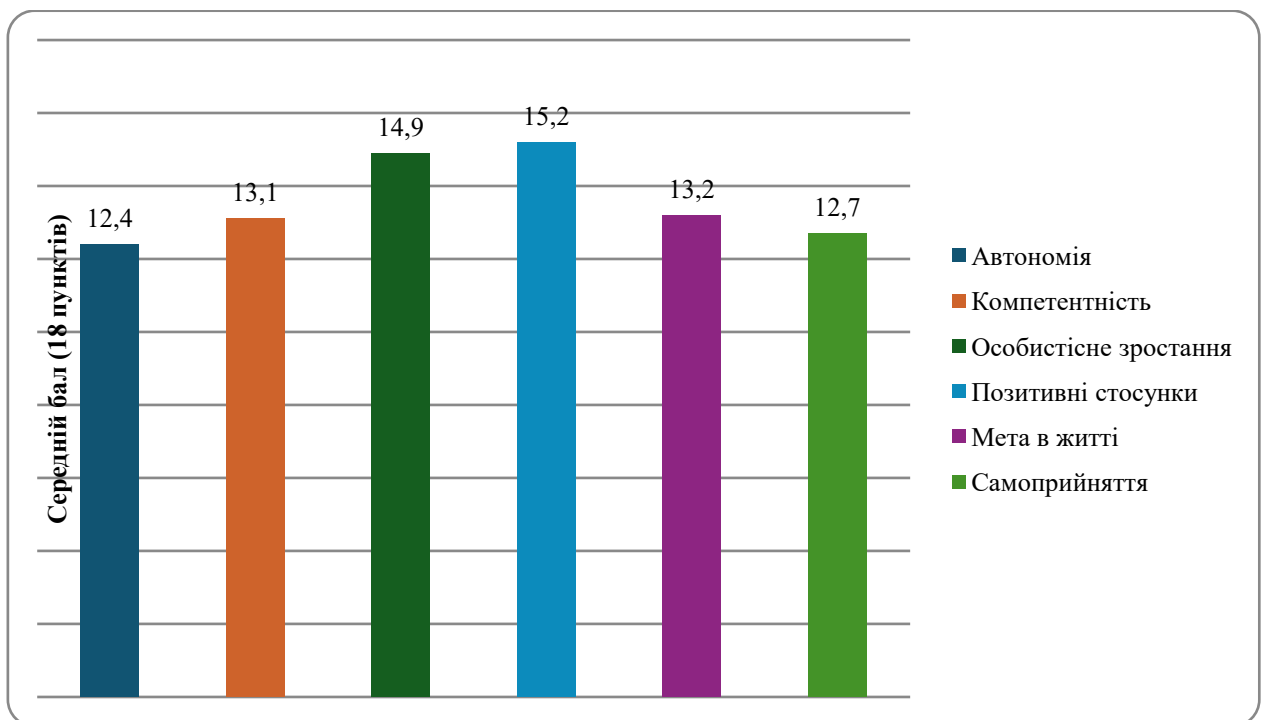


Рис. 2.7. Профіль психологічного благополуччя у жінок (шкала К. Д. Ріфф)

Джерело: систематизовано на основі дослідження

Таблиця 2.7

Порівняльні показники чоловіків і жінок за критерієм U Манна-Уїтні

Показник	М чоловіки	М жінки	U	p
Когнітивний компонент	6,8	7,2	146,0	0,152
Емоційний компонент	5,2	7,6	61,5	<0,001
Поведінковий компонент	5,9	7,1	103,0	0,007
Внутрішній локус контролю IHLC	26,4	23,1	113,5	0,018
Значущі інші PHLC	19,7	23,8	96,0	0,003
Автономія	14,6	12,4	109,0	0,012
Позитивні стосунки	12,1	15,2	70,5	<0,001
Особистісне зростання	12,8	14,9	98,5	0,005

Кореляційний аналіз за Спірменом проведено окремо у чоловічій та жіночій підвибірках, оскільки порівняння середніх значень не пояснює внутрішню організацію показників. Для дослідження було принципово встановити, які саме змінні утворюють стрижневі зв'язки всередині кожної групи. У чоловіків найбільш виразними виявилися зв'язки, пов'язані з автономією, контролем і компетентністю, тоді як у жінок - зв'язки між емоційною включеністю, позитивними стосунками та особистісним зростанням.

Таблиця 2.8

Результати кореляційного аналізу за Спірменом у чоловічій підвибірці (n = 30)

Пара показників	p	p	Психологічна інтерпретація
Внутрішній локус контролю здоров'я - автономія	0,58	< 0,01	Власний контроль над здоров'ям пов'язаний із вищою самостійністю рішень.
Когнітивний компонент - компетентність	0,52	< 0,01	Знання про здоров'я підтримують відчуття практичної спроможності.
Емоційний компонент - реляційні шкали	нижче 0,40	> 0,05	Емоційне переживання не утворює провідного кореляційного ядра.

Таблиця 2.9

Результати кореляційного аналізу за Спірменом у жіночій підвибірці (n = 30)

Пара показників	ρ	p	Психологічна інтерпретація
Емоційний компонент - позитивні стосунки	$> 0,50$	$< 0,05$	Емоційна залученість пов'язана зі значущістю підтримки.
Емоційний компонент - особистісне зростання	$> 0,50$	$< 0,05$	Переживання здоров'я інтегрується з розвитком і самопізнанням.
Позитивні стосунки - особистісне зростання	$> 0,50$	$< 0,05$	Реляційний ресурс підтримує розвиток і поведінку самотурботи.

Дані таблиць 2.8-2.9 підтверджують, що статистична структура зв'язків у двох групах є несиметричною. У чоловічій підвибірці здоров'я психологічно пов'язується з контролем, автономією і компетентністю, тобто з тими сферами, які підтримують суб'єктне відчуття самостійності. У жіночій підвибірці ядро кореляцій формується навколо емоційного компонента, позитивних стосунків та особистісного зростання, що вказує на соціально-емоційну природу регуляції ставлення до здоров'я.

Узагальнюючи результати аналізу жіночої підвибірки, можемо виокремити низку ключових характеристик:

- цілісний профіль ставлення до здоров'я з переважанням ціннісно-мотиваційного та емоційного компонентів;
- збалансованість внутрішнього й зовнішнього локусу контролю з легким домінуванням «значущих інших», що відображає вищу готовність довіряти медичним працівникам і близькому оточенню;
- психологічне благополуччя спирається на реляційні виміри (позитивні стосунки та особистісне зростання), що робить його стійкішим у соціальній сфері, але потенційно вразливішим за втрати значущих контактів;
- вища чутливість до зовнішнього стресового тла, зокрема воєнного контексту, що відображено у підвищених значеннях шкали CHLC

та у загальному рівні психоемоційного навантаження за даними 2025 р. [6; 14].

Психологічна інтерпретація отриманих результатів дає підстави розглядати виявлені гендерні відмінності не як формальну різницю середніх показників, а як прояв різних моделей суб'єктивної регуляції ставлення до здоров'я. Відсутність статистично значущих відмінностей за когнітивним компонентом свідчить про те, що чоловіки й жінки загалом мають подібний рівень поінформованості щодо здоров'я, його збереження, профілактики ризиків і значення здоров'язбережувальної поведінки. Отже, на рівні знань та раціонального усвідомлення здоров'я як цінності істотного гендерного розриву не простежується. Проте значущі відмінності за емоційним і поведінковим компонентами показують, що однаковий або близький рівень знань не завжди трансформується в однакові форми переживання, мотивації та практичної активності. Саме емоційне ставлення до здоров'я й готовність реалізовувати здоров'язбережувальні дії виявилися більш вираженими у жінок, що може свідчити про вищу інтегрованість теми здоров'я у сферу повсякденного самоконтролю, турботи про себе та відповідальності за власний психофізіологічний стан.

Вищі показники емоційного компонента у жінок доцільно інтерпретувати як прояв більшої афективної залученості до питань здоров'я. Для жіночої підвибірки здоров'я постає не лише як функціональний ресурс, необхідний для виконання соціальних, професійних чи побутових ролей, а як значущий елемент особистісного благополуччя, внутрішньої стабільності та якості міжособистісної взаємодії. У психологічному сенсі це означає, що жінки частіше схильні емоційно оцінювати зміни у власному стані, уважніше реагувати на сигнали організму, сильніше переживати ризики погіршення самопочуття та більше пов'язувати здоров'я з відчуттям життєвої захищеності. Така особливість може мати як адаптивне, так і потенційно вразливе значення. З одного боку, емоційна чутливість сприяє ранньому виявленню проблем, зверненню по допомогу, дотриманню рекомендацій і

формуванню профілактичної поведінки. З іншого боку, за умов тривалого стресу, невизначеності або інформаційного перевантаження вона може посилювати тривожність, соматизацію переживань і залежність психологічного стану від зовнішнього контексту.

Статистично значуща перевага жінок за поведінковим компонентом свідчить про більшу практичну готовність до дій, спрямованих на підтримання здоров'я. Йдеться не лише про формальне знання корисних практик, а про реальну схильність включати їх у повсякденну поведінку. У такому контексті здоров'язбережувальна активність жінок може бути пов'язана з більшою дисциплінованістю щодо самоспостереження, звернення до фахівців, дотримання режиму, уваги до харчування, психоемоційного відновлення та профілактики. Водночас чоловіча підвибірка демонструє дещо іншу логіку регуляції: за нижчих показників емоційного й поведінкового компонентів у чоловіків вищими є внутрішній локус контролю та автономія. Це означає, що чоловіки більшою мірою пов'язують стан здоров'я з власною здатністю контролювати ситуацію, ухвалювати самостійні рішення й не залежати від зовнішніх оцінок або підтримки. Така позиція є ресурсною в умовах, які потребують самостійності, витримки та здатності діяти без постійної зовнішньої допомоги, проте вона може знижувати готовність своєчасно звертатися по підтримку, визнавати наявність проблеми або використовувати соціальні ресурси.

Показники локусу контролю мають особливе інтерпретаційне значення. Вищий внутрішній локус контролю у чоловіків свідчить про більшу орієнтацію на власну відповідальність за здоров'я, суб'єктивне відчуття контролю та переконання, що результат значною мірою залежить від особистих дій. У поєднанні з вищою автономією це формує модель саморегуляції, у якій здоров'я сприймається через призму особистої ефективності, самодисципліни й здатності самостійно впливати на життєві обставини. Водночас вищі показники PHLC у жінок указують на більшу роль значущих інших у структурі уявлень про здоров'я. Це не варто тлумачити як

пасивність або залежність; радше йдеться про виразнішу соціальну включеність здоров'язбережувальної поведінки, де думка лікаря, підтримка близьких, порада родини чи досвід соціального оточення набувають регулятивного значення. Такий тип контролю є психологічно доцільним у ситуаціях, коли підтримка, консультація й комунікація з іншими підвищують якість рішень щодо здоров'я.

Вищі показники позитивних стосунків та особистісного зростання у жінок свідчать про те, що їхнє психологічне благополуччя більшою мірою пов'язане із соціальною взаємодією, емоційною підтримкою, відчуттям прийняття та можливістю розвитку через міжособистісний досвід. З психологічного погляду це означає, що здоров'я у жіночій підвибірці функціонує не ізольовано, а в системі ширших життєвих зв'язків: якість стосунків, відчуття приналежності, підтримка й особистісне саморозкриття стають чинниками, які підсилюють позитивне ставлення до здоров'я та готовність його підтримувати. Саме тому виявлена кореляційна тріада «емоційний компонент - позитивні стосунки - особистісне зростання» є концептуально важливою. Вона показує, що для жінок турбота про здоров'я тісно пов'язана з емоційною сферою та соціально-психологічним благополуччям. Іншими словами, здоров'я сприймається не лише як індивідуальний фізичний ресурс, а як умова повноцінної взаємодії, самореалізації та збереження психологічної рівноваги.

У чоловічій підвибірці кореляційний зв'язок між внутрішнім локусом контролю та автономією відображає іншу психологічну конфігурацію. Для чоловіків суб'єктивне благополуччя та ставлення до здоров'я більшою мірою організовані навколо ідей самоконтролю, незалежності, раціональної оцінки ситуації та особистої компетентності. Зв'язок когнітивного компонента з компетентністю свідчить, що знання про здоров'я у чоловіків частіше набувають значення тоді, коли вони пов'язані з відчуттям здатності діяти ефективно. Тобто інформація про здоров'я стає психологічно значущою не сама по собі, а тоді, коли вона підкріплює суб'єктивне відчуття контролю,

результативності й практичної спроможності. Така модель може бути ефективною для формування індивідуальних стратегій саморегуляції, але потребує посилення мотиваційно-емоційного компонента, оскільки надмірна раціоналізація питань здоров'я може зменшувати чутливість до власних переживань і відкладати реальні поведінкові зміни.

Отримані дані також засвідчують, що жіноча модель ставлення до здоров'я є більш соціально й емоційно опосередкованою, тоді як чоловіча модель має більш автономно-контрольний характер. У практичному вимірі це означає, що психологічні програми, спрямовані на розвиток здоров'язбережувальної поведінки, мають враховувати різну мотиваційну основу чоловіків і жінок. Для жіночої групи ефективними можуть бути інтервенції, які спираються на емоційну підтримку, групову взаємодію, формування стійких соціальних ресурсів, розвиток навичок самотурботи та зниження психоемоційного напруження. Для чоловічої групи доцільніше використовувати підходи, які акцентують на саморегуляції, особистій ефективності, конкретних алгоритмах дій, вимірюваних результатах і підвищенні компетентності у сфері здоров'я. Водночас обидві групи потребують збалансування власних сильних сторін: чоловікам важливо розвивати більшу відкритість до підтримки й уважність до емоційних сигналів, а жінкам - посилювати автономність, стійкість до зовнішнього тиску та здатність зберігати саморегуляцію незалежно від соціального контексту.

Таким чином, результати дослідження показують, що гендерні відмінності у ставленні до здоров'я не зводяться до простого протиставлення «вищих» і «нижчих» показників. Вони відображають різні психологічні механізми організації здоров'язбережувальної поведінки. У чоловіків провідними регуляторами виступають внутрішній контроль, автономія, когнітивна оцінка та компетентність. У жінок центральне місце посідають емоційна залученість, поведінкова активність, значення соціальної підтримки, позитивні стосунки й особистісне зростання. Саме поєднання цих

результатів дає змогу зробити висновок, що ефективна психологічна робота у сфері збереження здоров'я має бути не універсальною, а диференційованою, з урахуванням домінантних механізмів саморегуляції, особливостей локусу контролю, структури благополуччя та соціально-емоційного контексту кожної групи.

Висновки до розділу 2

У другому розділі представлено повний цикл емпіричного дослідження гендерних особливостей ставлення до здоров'я у зрілому віці: обґрунтовано методологічну логіку роботи, описано вибірку, уточнено психодіагностичний інструментарій, подано процедуру кількісної обробки та здійснено змістовну інтерпретацію результатів. Вибірка збережена у первинному обсязі - 60 осіб зрілого віку, з яких 30 чоловіків і 30 жінок, що забезпечило симетричність порівняння за гендерною ознакою та дало змогу не змішувати групові ефекти з дисбалансом чисельності.

Методичний блок розділу було доповнено описом кореляційного аналізу за Спірменом. Застосування цього коефіцієнта є обґрунтованим, оскільки дослідження працює зі шкальними психодіагностичними даними, невеликими підвибірками та зв'язками, які можуть мати не лінійний, а монотонний характер. Описова статистика дала змогу охарактеризувати первинний профіль кожної групи, критерій U Манна-Уїтні - встановити значущість гендерних відмінностей за основними показниками, а коефіцієнт Спірмена - виявити внутрішню структуру взаємозв'язків між ставленням до здоров'я, локусом контролю та психологічним благополуччям.

Аналіз чоловічої підвибірки засвідчив переважання когнітивно-вольової моделі ставлення до здоров'я. У чоловіків найвиразнішими виявилися когнітивний компонент, внутрішній локус контролю, автономія та компетентність. Така конфігурація свідчить про орієнтацію на раціональне пояснення здоров'я, самоконтроль і самостійне ухвалення рішень. Водночас відносно нижча емоційна включеність і слабша поведінкова реалізація знань

указують на ризик розриву між обізнаністю та реальними здоров'язберезувальними діями.

Аналіз жіночої підвибірки показав іншу психологічну конфігурацію. У жінок вищими є емоційний, поведінковий і ціннісно-мотиваційний компоненти ставлення до здоров'я, а локус контролю має більш збалансований характер із помітною роллю значущих інших. Психологічне благополуччя жіночої групи виразніше пов'язане з позитивними стосунками та особистісним зростанням, що дає підстави описувати жіночу модель ставлення до здоров'я як реляційно-емоційну та соціально опосередковану.

Порівняння чоловічої та жіночої груп за критерієм U Манна-Уїтні засвідчило статистично значущі відмінності за більшістю аналізованих показників, за винятком когнітивного компонента ставлення до здоров'я. Отже, рівень знань про здоров'я у чоловіків і жінок є відносно близьким, проте емоційна залученість, практична поведінка, орієнтація на соціальну підтримку та структура благополуччя мають виразну гендерну специфіку. Саме ця невідповідність між подібністю знань і відмінністю психологічної регуляції є центральним емпіричним результатом розділу.

Кореляційний аналіз за Спірменом поглибив інтерпретацію результатів. У чоловіків найбільш змістовними є зв'язки внутрішнього локусу контролю з автономією та когнітивного компонента з компетентністю, що підтверджує автономно-контрольний характер чоловічої моделі. У жінок кореляційне ядро утворюють емоційний компонент, позитивні стосунки та особистісне зростання, що підтверджує реляційно-емоційний характер жіночої моделі. Отримані дані створюють емпіричну основу для розроблення гендерно чутливих рекомендацій у третьому розділі роботи.

РОЗДІЛ 3

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ФОРМУВАННЯ УСВІДОМЛЕНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я

3.1. Порівняльний аналіз гендерних відмінностей ставлення до здоров'я у зрілому віці

Аналіз показників локусу контролю здоров'я виявив принципово відмінну структуру переконань у двох групах. У чоловіків зрілого віку домінує внутрішній локус ($M = 26,4$ за шкалою IHLC), а шкала «значущі інші» отримала найнижче значення серед усіх трьох підшкал ($M = 19,7$). Жіноча група характеризується помітно збалансованішим профілем: усі три шкали перебувають у відносно близьких діапазонах ($23,1 / 23,8 / 21,5$), а шкала «значущі інші» ледь перевищує внутрішній локус. Порівняльну структуру локусу контролю здоров'я у двох групах систематизовано в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Порівняльні показники локусу контролю здоров'я (MHLC) у чоловіків і жінок

Шкала MHLC	Чоловіки M (SD)	Жінки M (SD)	U	p
Внутрішній локус (IHLC)	26,4 (4,1)	23,1 (3,7)	258,0	0,018
Значущі інші (PHLC)	19,7 (3,8)	23,8 (4,3)	217,5	0,003
Випадок (CHLC)	17,3 (4,2)	21,5 (4,6)	289,0	0,061

Дані таблиці 3.2 свідчать, що відмінності між групами є статистично значущими за двома з трьох шкал - внутрішнього локусу та «значущих інших». Шкала «випадок» (CHLC) не досягла порогу значущості ($p = 0,061$), однак її середнє значення у жінок (21,5) помітно перевищує аналогічний показник у чоловіків (17,3), що, на наш погляд, відображає специфіку суб'єктивного переживання невизначеності в умовах воєнного часу: жінки, які більшою мірою залишаються у країні й несуть на собі основний тягар

тривожного очікування, частіше відчувають, що здоров'я перебуває поза їхнім особистим контролем.

Показово, що виражений внутрішній локус у чоловіків не конвертується автоматично у вищі показники поведінкового компонента ставлення до здоров'я. Теоретично переконання у власній відповідальності за стан організму мало б стимулювати превентивну поведінку - регулярні профілактичні огляди, раннє звернення по медичну допомогу, збалансовані практики харчування і відпочинку. Утім, у реальних даних поведінковий компонент у чоловіків залишається на рівні 5,9, тоді як у жінок при нижчому внутрішньому локусі він складає 7,1. Подібний парадокс пояснюється тим, що внутрішній локус контролю у чоловічій культурі нерідко набуває форми впевненості у власній стійкості та нечутливості до хвороб, а не у формі активного моніторингу стану здоров'я. Переконання «я сам контролюю своє здоров'я» трансформується у норму ігнорування симптомів, ніж у норму систематичної турботи про організм.

Порівняння профілів психологічного благополуччя демонструє чітку гендерну дихотомію між «агентичним» і «комунальним» полюсами. Чоловіча вибірка відзначається вищими оцінками за шкалами автономії (14,6 проти 12,4) та компетентності (14,2 проти 13,1), тоді як жіноча - за шкалами позитивних стосунків (15,2 проти 12,1) та особистісного зростання (14,9 проти 12,8). Узагальнену картину міжгрупових відмінностей за показниками психологічного благополуччя подано у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Порівняльні показники психологічного благополуччя (шкала К. Д. Ріфф) у чоловіків і жінок

Шкала	Чоловіки М	Жінки М	U	p
Автономія	14,6	12,4	249,0	0,012
Компетентність	14,2	13,1	331,0	0,098
Особистісне зростання	12,8	14,9	221,0	0,005
Позитивні стосунки	12,1	15,2	188,5	< 0,001
Мета в житті	13,4	13,6	418,0	0,421
Самоприйняття	13,2	12,7	397,5	0,302

Як відображено у таблиці 3.3, за двома шкалами - мета в житті та самоприйняття - значущих гендерних відмінностей не виявлено, що свідчить про відносну рівнозначність екзистенційних підстав благополуччя у зрілому віці незалежно від статі. Шкала компетентності також не досягла порогу значущості ($p = 0,098$), хоча і демонструє помітну різницю у середніх. Натомість відмінності за шкалами автономії, особистісного зростання і позитивних стосунків є статистично надійними і концептуально змістовними.

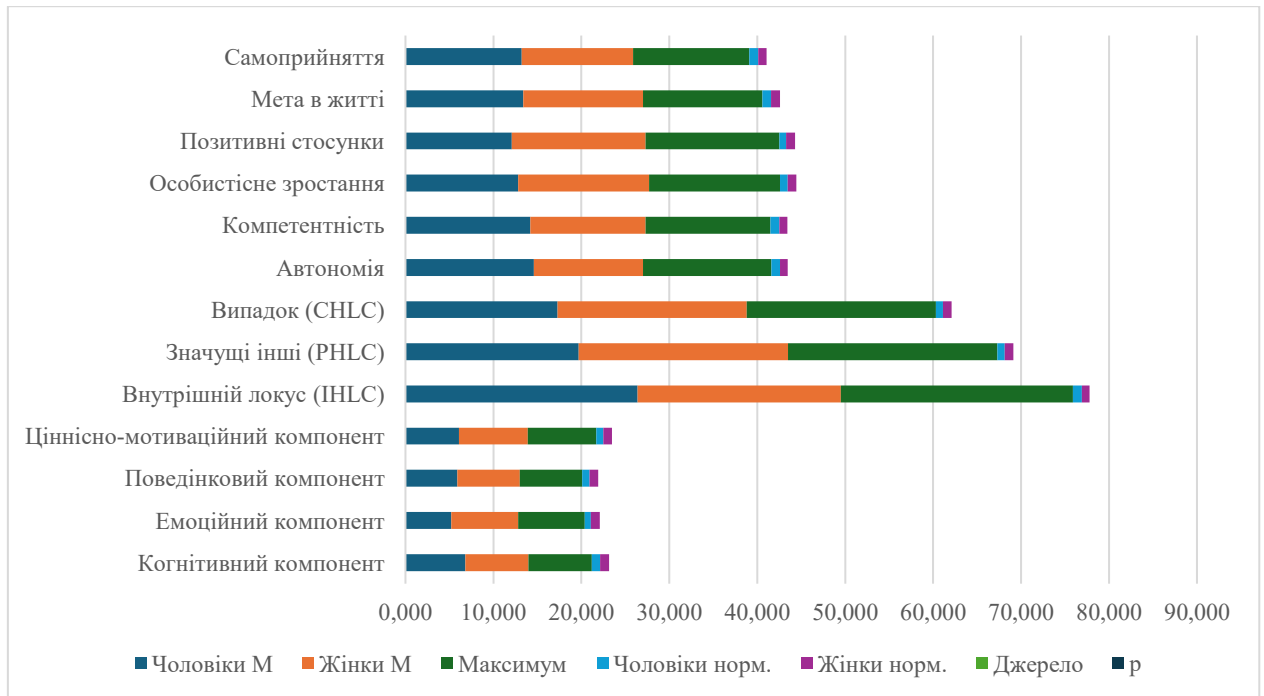


Рис. 3.1. Порівняльна діаграма ключових показників у чоловіків і жінок зрілого віку

Зіставлення кореляційних структур двох груп підсилює описану вище картину. У чоловіків внутрішній локус контролю пов'язаний передусім з автономією ($r_s = 0,58$) і компетентністю ($r_s = 0,52$) - тобто зі сферами індивідуальних досягнень. У жінок структуру взаємозв'язків формує емоційний компонент ставлення до здоров'я, який корелює і з позитивними стосунками ($r_s = 0,54$), і з особистісним зростанням ($r_s = 0,51$). Ці дані дозволяють стверджувати, що регуляція ставлення до здоров'я у чоловіків відбувається переважно через внутрішні вольові механізми, тоді як у жінок

вона вписана у більш широкий міжособистісний контекст і підтримується соціальним середовищем.

На рис. 3.1 схематично зображено узагальнену порівняльну структуру гендерних відмінностей за ключовими психологічними вимірами, що досліджувалися у роботі.

Узагальнення порівняльного аналізу показує, що гендерні відмінності у ставленні до здоров'я у зрілому віці не зводяться до кількісних розбіжностей у середніх значеннях, а відображають різні психологічні механізми регуляції здоров'язбережувальної поведінки. Для чоловіків більш виразним є когнітивно-вольовий рівень, пов'язаний із контролем, автономією та компетентністю; для жінок - емоційно-мотиваційний і реляційний рівні, пов'язані з підтримкою, позитивними стосунками та особистісним зростанням. Обидві конфігурації мають власні ресурси й обмеження, що зумовлює потребу в диференційованій психологічній роботі з кожною групою.

3.2. Психологічні чинники формування відповідального ставлення до здоров'я у чоловіків і жінок

Аналіз емпіричних даних дослідження логічно підводить до питання про те, які психологічні чинники детермінують ставлення до здоров'я у зрілому віці та яким чином гендерна приналежність опосередковує дію цих чинників. Відповідь на нього неможлива без звернення до загальнопсихологічної моделі саморегуляції особистості, в якій ставлення до здоров'я постає не ізольованим утворенням, а органічним елементом ширшої системи самосвідомості та ціннісно-смислової сфери.

Перший і, мабуть, найвагоміший чинник - це характер гендерної соціалізації, яка формує базові уявлення особистості про те, що є «нормальним» і «прийнятним» у стосунку до власного тіла. У чоловіків зрілого віку дія цього чинника проявляється через засвоєну протягом усього попереднього досвіду норму витривалості: тіло і його потреби мають бути

підпорядковані соціальним завданням - роботі, сімейним обов'язкам, суспільній ролі. Профілактичне звернення до лікаря, турботливе ставлення до власних симптомів або відкрите обговорення фізичного самопочуття з оточенням часто трактується у категоріях «надмірної» або «жіночої» поведінки. Саме ця культурна матриця, а не брак медичних знань, є першопричиною зафіксованого розриву між когнітивним і поведінковим компонентами ставлення до здоров'я у чоловіків нашої вибірки.

У жінок зрілого віку соціалізаційний сценарій формує іншу складність: норма турботи про інших - дітей, батьків, партнера - нерідко витісняє на периферію турботу про власне здоров'я. Попри те, що жінки демонструють вищі оцінки за ціннісно-мотиваційним та емоційним компонентами ставлення до здоров'я, у повсякденних практиках вони часто відкладають власні потреби на другий план, що відображається у відносно нижчому, порівняно з очікуваннями, поведінковому компоненті ($M = 7,1$). Перелік провідних психологічних чинників, диференційованих за гендерною специфікою їхньої дії, подано у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Психологічні чинники ставлення до здоров'я у чоловіків і жінок зрілого віку

Чинник	Прояв у чоловіків	Прояв у жінок
Гендерна соціалізація	Норма витривалості, заборона «слабкості»	Норма турботи про інших; витіснення власних потреб
Локус контролю	Виразний інтернальний; відповідальність = самодостатність	Збалансований; відповідальність розподіляється з медиками та близькими
Рівень емоційної рефлексії	Знижений; обмежена здатність ідентифікувати симптоми через емоції	Вищий; ширше використання емоційної мови для опису стану
Соціальна підтримка	Менш задіяна; нижчі оцінки позитивних стосунків	Виразно задіяна; мережа підтримки - ресурс збереження здоров'я
Вплив воєнного стресу	Частіше зовнішньо стримуваний; схильність ігнорувати симптоми стресу	Вища тривожність; вищий рівень психоемоційного навантаження
Мотиваційна основа	Функціональна: здоров'я як засіб виконання ролей	Ціннісна: здоров'я як інтегральна складова самооцінки

Другий чинник - рівень рефлексивності у ставленні до тілесних сигналів. Психологічна рефлексія у контексті здоров'я означає здатність особистості вчасно ідентифікувати зміни у власному фізичному стані, коректно інтерпретувати ці зміни й обирати адекватну відповідь. У жінок рефлексивний вимір виявляється більш розвиненим, що пояснює вищий рівень їхнього емоційного компонента та готовність звертатися по медичну допомогу на ранніх стадіях захворювання. У чоловіків тілесна рефлексія нерідко підмінюється когнітивною оцінкою, тобто людина знає про існування певного ризику, але не переживає його як особистісно значущий, оскільки «виключила» емоційний канал сприйняття тілесного неблагополуччя.

Третій чинник пов'язаний із соціальною підтримкою та її роллю у збереженні здоров'я. Розгалужена мережа соціальних зв'язків виконує у контексті здоров'язбережувальної поведінки не лише емоційно-захисну функцію, а й інформаційну та мотиваційну. Саме близькі люди нерідко стають першими, хто звертає увагу на тривожні симптоми і спонукає до відвідування лікаря. У жіночій підвибірці шкала позитивних стосунків виявилася однією з найвищих за всією шкалою психологічного благополуччя Ріффа ($M = 15,2$), і саме ця шкала корелює з емоційним компонентом ставлення до здоров'я, що підтверджує: для жінок зрілого віку якість міжособистісних зв'язків є вагомим ресурсом відповідального ставлення до власного тіла. Чоловіки, натомість, з нижчими оцінками позитивних стосунків ($M = 12,1$), виявляються позбавленими частини цього ресурсу, покладаючись переважно на індивідуальні вольові механізми.

Четвертий чинник - особливості мотиваційної основи ставлення до здоров'я. Збіг між мотивацією і поведінкою є необхідною, хоча й недостатньою умовою формування стійких здоров'язбережувальних практик. У чоловіків зрілого віку мотивація здоров'я має переважно функціональний характер: здоров'я сприймається як засіб підтримання продуктивності і виконання соціальних ролей. За такої логіки профілактичні дії втрачають

сенса, коли людина суб'єктивно відчувається «достатньо здоровою» для поточних завдань. У жінок ціннісно-мотиваційний компонент виявився найвищим серед усіх чотирьох складових ставлення до здоров'я ($M = 7,8$), що свідчить про інтерналізацію здоров'я як самоцінності, а не лише як інструменту. Саме ця відмінність пояснює вищу готовність жінок до превентивних медичних практик навіть за відсутності гострої симптоматики.

П'ятий чинник набув особливої ваги в умовах 2025-2026 років - йдеться про вплив хронічного воєнного стресу на психологічні механізми регуляції ставлення до здоров'я. Тривала невизначеність, постійна загроза безпеці, перевантаженість ситуаціями прийняття рішень і горювання за втратами змінюють саму структуру ставлення до здоров'я: у центр виходить не фізичне благополуччя, а виживання у широкому психологічному сенсі. Для чоловіків ця трансформація нерідко виявляється у придушенні симптомів тривоги й виснаження заради збереження образу «того, хто тримається». Для жінок воєнний контекст посилює тривожно-орієнтований профіль ставлення до здоров'я, збільшує навантаження на емоційний компонент і підвищує значення зовнішнього локусу контролю («випадок»), що й відображено у нашій вибірці.

Усі описані чинники взаємопов'язані й утворюють системний контекст, у якому ставлення до здоров'я набуває стійкого або нестійкого характеру. Ні гендерна соціалізація сама по собі, ні локус контролю ізольовано не визначають ставлення особистості до тіла - лише у поєднанні вони формують той особливий патерн, який ми зафіксували у кожній із груп. Це спостереження є принциповим для розробки психологічних рекомендацій: ефективний вплив на ставлення до здоров'я можливий лише тоді, коли він торкається одночасно кількох рівнів психологічної реальності особистості.

3.3. Програма психологічних рекомендацій щодо оптимізації ставлення до здоров'я у зрілому віці

Розробка рекомендацій щодо оптимізації ставлення до здоров'я у зрілому віці будується на трьох принципах, що впливають з результатів проведеного дослідження. Перший - принцип гендерної чутливості: рекомендації не можуть бути уніфікованими, оскільки психологічні механізми регуляції здоров'язбережувальної поведінки у чоловіків і жінок принципово відрізняються. Другий - принцип системності: необхідно впливати одночасно на когнітивний, емоційний і поведінковий рівні, а не зосереджуватися лише на інформуванні. Третій - принцип контекстуальності: у 2025-2026 роках будь-яка програма роботи зі здоров'ям в Україні має враховувати специфіку воєнного стресу та пов'язані з ним психологічні деформації самосприйняття.

Запропонована програма рекомендацій структурована за трьома рівнями - індивідуальним, груповим та системно-соціальним - і містить окремі блоки для чоловіків і жінок зрілого віку. Загальна структура програми подана у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Структура програми психологічних рекомендацій щодо оптимізації ставлення до здоров'я

Рівень	Цільова група	Напрями роботи	Методи
Індивідуальний	Чоловіки	Розвиток емоційної рефлексії; переосмислення норм маскулінності; формування превентивних практик	Когнітивно-поведінкова терапія; наративна терапія; психоедукація
Індивідуальний	Жінки	Зміцнення автономного локусу контролю; самопіклування без почуття провини; управління стресом	Терапія прийняття та відповідальності (АСТ); тілесно-орієнтовані практики
Груповий	Обидві групи	Психоедукація щодо здоров'я; групова підтримка; обмін досвідом	Психоедукаційні групи; підтримуючі групи; майстер-класи
Системний	Соціальна і медична система	Гендерно чутливі комунікаційні кампанії; навчання медичного персоналу	Медіапросвіта; тренінги для лікарів і психологів

На індивідуальному рівні для чоловіків зрілого віку ключовим напрямом є розвиток емоційної рефлексії у сфері здоров'я. Під цим розуміється поступове формування навички розпізнавати, називати і припускати як соціально прийнятні власні переживання, пов'язані з тілесним неблагополуччям. Когнітивно-поведінкова терапія виявляється тут особливо доречною, оскільки спирається на звичні для чоловіків стратегії - аналіз ситуації, виявлення дисфункційних когніцій і поступову їхню зміну. У контексті ставлення до здоров'я ця робота орієнтована на виявлення автоматичних думок на зразок «якщо звернуся до лікаря - значить не впорався» і формування альтернативних переконань, що ґрунтуються на більш диференційованому розумінні відповідальності за власне тіло.

Наративна терапія пропонує чоловікам можливість переосмислити власну «історію здоров'я» без загрози руйнування ідентичності. Замість того, щоб змушувати особистість відмовитися від норм маскулінності, наративний підхід допомагає знайти в межах цих самих норм місце для іншого ставлення до тіла - наприклад, через метафори «компетентного фахівця, який стежить за технічним станом власного організму». Такий спосіб роботи зберігає безперервність самонаративу і водночас відкриває простір для нових практик.

Для жінок зрілого віку індивідуальна робота будується навколо двох взаємопов'язаних завдань. Перше - зміцнення автономного локусу контролю у сфері здоров'я, оскільки надмірна орієнтація на «значущих інших» може призводити до пасивності у ситуаціях, коли зовнішня підтримка недоступна. Терапія прийняття та відповідальності (АСТ) забезпечує корисний концептуальний апарат для відокремлення себе від очікувань оточення й прийняття особистої відповідальності за власні здоров'язбережувальні рішення. Друге завдання - формування культури самопіклування без хронічного почуття провини, яке нерідко супроводжує жінку, котра «витрачає час на себе» замість виконання турботницьких ролей. Тілесно-

орієнтовані практики, зокрема усвідомлене рухове навантаження і практики прийняття тілесних відчуттів, допомагають жінкам відновити позитивний контакт з власним тілом і ставитися до нього як до самостійної цінності, а не виключно як до засобу виконання функцій.

На груповому рівні рекомендовано психоедукаційні групи, які, з одного боку, надають систематичну інформацію про здоров'язбережувальні практики, а з другого - формують середовище взаємопідтримки, особливо важливе в умовах хронічного стресу. Для чоловіків групова форма роботи є особливо цінною, оскільки знижує індивідуалізований тиск і нормалізує відкритий розподіл досвіду. Спостереження за тим, як інший чоловік «подібного рівня» відкрито говорить про власне здоров'я, ефективніше послаблює засвоєні заборони, ніж будь-яка індивідуальна переконлива розмова. Детальні рекомендації за рівнями і цільовими групами представлені у таблиці 3.6.

На системному рівні, де зміни досягаються найважче, але мають найширший радіус дії, принципово важливими є гендерно чутливі комунікаційні кампанії у сфері охорони здоров'я. Характерна риса більшості українських кампаній з пропаганди здорового способу життя полягає в тому, що вони апелюють до раціональних аргументів і загальних статистичних показників, тоді як реальні бар'єри до здоров'язбережувальної поведінки є здебільшого психологічними й культурними. Для чоловіків ефективнішими виявляються кампанії, що апелюють до компетентності й активної відповідальності («сильна людина контролює свій стан»), а не до страху чи слабкості. Для жінок - кампанії, що нормалізують вибір самопіклування як пріоритету, а не розкоші.

Таблиця 3.6

Рекомендації для кожної цільової групи за рівнями втручання

Цільова група	Пріоритетне завдання	Метод / Форма	Очікуваний результат
Чоловіки зрілого віку (індивідуальний)	Підвищення емоційної складової	КПТ, наративна терапія, психоедукація щодо «токсичної	Зниження розриву між когнітивним і поведінковим

Цільова група	Пріоритетне завдання	Метод / Форма	Очікуваний результат
рівень)	ставлення до здоров'я	маскулінності»	компонентами
Жінки зрілого віку (індивідуальний рівень)	Зміцнення автономного локусу контролю	АСТ, тілесно-орієнтована терапія, практики самопіклування	Підвищення ІНЛС, зниження стресового навантаження
Чоловіки (груповий рівень)	Нормалізація звернення по допомогу	Психоедукаційні групи, закриті чоловічі групи підтримки	Зростання поведінкового компонента
Жінки (груповий рівень)	Профілактика емоційного вигорання	Групи підтримки, майстер-класи з управління стресом	Зниження показника СНЛС, збереження ціннісно-мотиваційного компонента
Медичний і психологічний персонал	Формування гендерно чутливого підходу	Тренінги, супервізійні групи	Покращення якості медичної і психологічної допомоги за гендерним принципом

У 2025-2026 роках доцільним є включення психологічної підтримки безпосередньо в систему первинної медичної допомоги. Лікарі загальної практики у більшості випадків є першими фахівцями, з якими контактують люди з погіршенням фізичного або психічного стану, а тому їхня здатність виявляти психологічні чинники, що ускладнюють ставлення до здоров'я, є критично важливою. Навчання медичних працівників базовим принципам гендерно чутливого спілкування, розпізнавання сигналів мінімізації симптомів у чоловіків і перевантаженості у жінок здатне суттєво підвищити ефективність профілактичної роботи.

Таким чином, запропонована програма психологічних рекомендацій виходить за межі стандартних просвітницьких заходів і пропонує диференційований підхід, що враховує специфічну психологічну конфігурацію ставлення до здоров'я у кожній гендерній групі. Поєднання індивідуального, групового й системного рівнів дозволяє охопити різні механізми впливу на ставлення до здоров'я і досягти більш стійких і значущих змін у поведінці, переконаннях і ціннісних орієнтаціях особистості.

Висновки до розділу 3

Результати третього розділу дозволяють сформулювати низку теоретично і практично вагомих положень. Порівняльний аналіз підтвердив, що гендерні відмінності у ставленні до здоров'я у зрілому віці мають системний, а не ситуативний характер. Чоловіки і жінки демонструють принципово різні профілі ставлення до здоров'я, локусу контролю і психологічного благополуччя, які не зводяться до простих кількісних відмінностей, а відображають якісно різні психологічні механізми регуляції здоров'язбережувальної поведінки.

Когнітивний компонент ставлення до здоров'я виявився єдиним показником, за яким гендерні відмінності не досягли статистичної значущості, що підтверджує: обізнаність про здоров'я є відносно незалежною від гендерної соціалізації, тоді як здатність переводити знання в емоційне переживання і поведінковий патерн - істотно зумовленою нею. Це спостереження має безпосереднє прикладне значення: інформаційні кампанії, орієнтовані виключно на підвищення знань, є недостатніми для зміни реального ставлення до здоров'я у жодній із гендерних груп.

Аналіз психологічних чинників засвідчив, що найбільш значущими детермінантами є гендерна соціалізація, рівень емоційної рефлексії і якість соціальної підтримки. Для чоловіків центральним деструктивним чинником виступає культурна норма, що прирівнює звернення по допомогу до визнання слабкості, тоді як для жінок - хронічне підпорядкування власних потреб потребам інших, яке в умовах воєнного стресу набуло особливо виразного характеру. Психологічні рекомендації, розроблені на основі цих спостережень, передбачають диференційований підхід на трьох рівнях - індивідуальному, груповому й системному - і ґрунтуються на принципах гендерної чутливості, системності та контекстуальності. Для чоловіків пріоритетом є робота з емоційним компонентом і переосмислення культурних норм маскулінності; для жінок - зміцнення автономного локусу контролю і нормалізація самопіклування як законного пріоритету.

Перспективу подальших досліджень убачаємо у лонгітюдному відстеженні динаміки описаних показників на тлі тривалого воєнного впливу, а також у розробці й апробації конкретних психоедукаційних програм із відповідним оцінюванням їхньої ефективності.

ВИСНОВКИ

1. Здійснено теоретико-методологічний аналіз проблеми ставлення до здоров'я у психологічній науці та визначено, що ставлення до здоров'я у зрілому віці є складним багатокомпонентним психологічним феноменом. Його структура охоплює когнітивний, емоційний, поведінковий та ціннісно-мотиваційний компоненти, які не функціонують ізольовано, а утворюють взаємопов'язану систему особистісної регуляції. Встановлено, що когнітивний компонент відображає рівень знань, уявлень і раціонального осмислення здоров'я; емоційний компонент характеризує суб'єктивне переживання власного стану та емоційну значущість здоров'я; поведінковий компонент виявляється у реальних діях, спрямованих на збереження, підтримання й відновлення здоров'я; ціннісно-мотиваційний компонент визначає місце здоров'я у системі життєвих пріоритетів особистості. Теоретичний аналіз також показав, що у зрілому віці ставлення до здоров'я набуває особливої психологічної ваги, оскільки поєднується з професійною відповідальністю, сімейними ролями, досвідом подолання життєвих труднощів, оцінкою власних ресурсів і потребою збереження функціональної активності. У сучасних українських умовах додатковим чинником виступає воєнний стрес, який посилює значення психологічної стійкості, локусу контролю, соціальної підтримки та здатності до саморегуляції.

2. Обґрунтовано гендерні чинники, що визначають специфіку ставлення до здоров'я у чоловіків і жінок зрілого віку. Виявлено, що гендерна соціалізація впливає не лише на зовнішні форми поведінки, а й на внутрішні психологічні механізми сприйняття здоров'я, реагування на ризики, звернення по допомогу та реалізації здоров'язбережувальних практик. Для чоловіків більш характерною є орієнтація на автономність, самоконтроль, індивідуальну відповідальність і раціональне пояснення власного стану. Такий патерн може бути ресурсним за умов необхідності самостійного прийняття рішень, однак водночас він здатний знижувати

готовність до своєчасного звернення по медичну чи психологічну підтримку. Для жінок більш вираженою є емоційна залученість до питань здоров'я, уважність до змін у власному самопочутті, більша роль значущих інших і соціального оточення у прийнятті рішень щодо здоров'язбережувальної поведінки. Обґрунтовано, що чоловіча модель ставлення до здоров'я тяжіє до агентичної орієнтації, пов'язаної з контролем, компетентністю й незалежністю, тоді як жіноча модель більшою мірою відповідає комунальній орієнтації, у якій значущими є міжособистісні зв'язки, підтримка, емоційна безпека та особистісне зростання.

3. Досліджено емпірично особливості когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів ставлення до здоров'я у представників різних гендерних груп. Емпіричне дослідження, проведене у 2026 році на вибірці з 60 осіб зрілого віку, засвідчило наявність статистично значущих гендерних відмінностей за більшістю аналізованих показників. Відмінності за когнітивним компонентом не досягли рівня статистичної значущості, що свідчить про відносно подібний рівень обізнаності чоловіків і жінок щодо здоров'я, його збереження та профілактики ризиків. Водночас за емоційним і поведінковим компонентами встановлено значущу перевагу жіночої групи, що вказує на вищу емоційну включеність жінок у проблематику здоров'я та більшу готовність реалізовувати практичні здоров'язбережувальні дії. Чоловіки продемонстрували вищі показники внутрішнього локусу контролю та автономії, що підтверджує їхню більшу орієнтацію на самостійність, особисту відповідальність і суб'єктивний контроль над власним станом. Жінки мали вищі показники за шкалами «значущі інші», «позитивні стосунки» та «особистісне зростання», що свідчить про більшу роль соціальної підтримки, міжособистісної взаємодії та емоційно-реляційних ресурсів у структурі їхнього психологічного благополуччя. Кореляційний аналіз додатково підтвердив різну організацію психологічної регуляції: у чоловіків провідними є зв'язки між внутрішнім локусом контролю, автономією, когнітивним компонентом і компетентністю, тоді як у жінок

центральне місце посідає взаємозв'язок емоційного компонента, позитивних стосунків та особистісного зростання.

4. Розроблено практичні рекомендації щодо оптимізації ставлення до здоров'я в осіб зрілого віку з урахуванням гендерної специфіки. Для чоловіків доцільними визначено заходи, спрямовані на посилення емоційно-рефлексивного компонента ставлення до здоров'я, зменшення розриву між знаннями та реальною поведінкою, формування навичок своєчасного звернення по допомогу, а також переосмислення культурних норм маскулінності, які можуть перешкоджати профілактичній активності. Для жінок першочергового значення набувають рекомендації, пов'язані зі зміцненням автономного локусу контролю, розвитком психологічної стійкості, зниженням психоемоційного напруження, формуванням сталої культури самопіклування та збереженням особистісних ресурсів в умовах тривалого стресового навантаження. На системному рівні запропоновано використовувати гендерно чутливі психоедукаційні програми, комунікаційні кампанії у сфері здоров'язбереження, тренінги для медичного й психологічного персоналу, а також диференційовані програми підтримки для чоловіків і жінок зрілого віку. Практична цінність результатів полягає у можливості їх застосування під час розроблення профілактичних, психокорекційних і просвітницьких заходів, орієнтованих на підвищення відповідальності за здоров'я, зміцнення психологічного благополуччя та формування стійкої здоров'язбережувальної поведінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Базика Є. Л. Психологія здоров'я : метод. рек. Одеса : ОНУ ім. І. Мечникова, 2023. 38 с. URL: https://onu.edu.ua/pub/bank/userfiles/files/fpsr/navchalni_materialy/metodychne_zabezpechenya/053_bakalavr/mr_psykhologiya_zdorovya_do_praktychnykh_zanya_t.pdf
2. Докійчук І. О. Дослідження ставлення до здоров'я здобувачів Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. І. О. Докійчук, О. В. Бацилева. Харківський природничий форум: VI Міжнар. конф. молодих учених, Харків, 18-19 трав. 2023 р. Харків. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди [та ін. ; редкол.: Ю. Д. Бойчук, І. А. Іонов, Д. В. Леонтьєв та ін.]. Харків : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2023. С. 266-268.
3. Большакова А., Перевозна Т., Віденєєв І. Дослідження місця цінності здоров'я в системі ціннісних орієнтацій. Вісник ХНУ ім. В. Н. Каразіна. Серія Психологія. 2021. № 71. С. 7-14. DOI: 10.26565/2225-7756-2021-71-01. URL: <https://periodicals.karazin.ua/psychology/article/view/18185>
4. Гендерна перспектива сфери охорони здоров'я в Україні / UNFPA, Центр Разумкова. Київ, 2022. 52 с. URL: https://razumkov.org.ua/images/2022/07/15/we_act_medical_ukr_report.pdf
5. Гендерні стереотипи та ролі очима молоді / Info Sapiens для ГО «Інсайт». Київ, 2022. URL: https://www.insight-ukraine.org/wp-content/uploads/2023/02/GS_2.pdf
6. Гендерний профіль країни Україна / EU4Gender. Київ, 2023. 98 с. URL: https://euneighbourseast.eu/wp-content/uploads/2024/03/eu4genderhelpdesk_ukrainegenderprofile_2023-cgp_ukr_v5.pdf
7. Градус Ресерч. Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни. 3-я хвиля. Київ, 2024. URL: <https://gradus.app/uk/open-reports/mental-health-and-attitudes-ukrainians-towards-psychological-assistance-during-war/>

8. Державна стратегія забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків до 2030 р. : розпорядження КМУ від 12.08.2022. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/uriadom-skhvaleno-derzhavnu-stratehiu-zabezpechennia-rivnykh-prav-ta-mozhlyvostei-zhinok-i-cholovikiv-na-period-do-2030-roku>
9. Євтушенко І. В. Психологічне здоров'я: сутність, структура, критерії. Вісник післядипломної освіти. 2023. Вип. 25(54). DOI: 10.58442/2522-9931-2023-25(54). URL: http://umo.edu.ua/images/content/nashi_vydanya/visnyk_PO/25_54_2023/Social/Bulletin_25_54_Social_and_behavioral_sciences_Ievtushenko.pdf
10. Дослідження гендерних стереотипів та їх впливу на психічне здоров'я. Додаток ДУ «ІПСПЕМН МОЗ України». Київ, 2023. URL: <https://moz.gov.ua/>
11. Детермінанти психологічного благополуччя сучасних чоловіків і жінок. Проблеми сучасної психології. 2017. URL: <https://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/download/158170/157553>
12. Круцевич, Т. Гендерні особливості прояву факторів ризику серцево-судинних захворювань у чоловіків і жінок зрілого віку / Т. Круцевич, О. Іванік // Спортивний вісник Придніпров'я. — 2019. — № 3. — С. 110-117.
13. Карамушка Л. М. та ін. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка, 2023. 76 с. URL: <https://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/get/56142>
14. Карамушка Л. М. Суб'єктивне благополуччя персоналу в умовах війни. Організаційна психологія. 2023. № 1(28). С. 17-25. DOI: 10.31108/2.2023.1.28.2.
15. Кашлюк Ю. І. Основні чинники психологічного благополуччя особистості. Проблеми сучасної психології. 2016. Вип. 34. С. 145-159. URL: <https://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/157308>

16. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини. Луцьк : Вежа, 2011. 430 с. URL: <https://ela.kpi.ua/server/api/core/bitstreams/14d613a4-d8aa-4fd9-88a4-600da60a05de/content>
17. Мілашовська В., Любінець О. Оцінка власного здоров'я та інформованість про здоров'язбережувальну поведінку. Вісник СГООЗ України. 2023. № 1. С. 20-26. DOI: 10.11603/1681-2786.2023.1.13703.
18. Москаленко О. В., Блохіна І. О. Психологічне здоров'я особистості: теоретичний аналіз. Вісник НТУ «КПІ». Серія Психологія. 2022. Т. 33(72). № 2. С. 92-99. URL: http://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/2_2022/15.pdf
19. Руденок А. І., Войчишин О. О. Психологічні чинники формування здоров'язбережувальної поведінки молоді. Наукові записки. Серія: Психологія. 2024. № 1. С. 132-138. DOI: 10.32782/cusu-psy-2024-1-18. URL: <https://journals.cusu.in.ua/index.php/psychology/article/download/348/330>
20. Савченко О., Калюк О. Методика діагностики когнітивних аспектів суб'єктивного благополуччя. Організаційна психологія. 2022. № 1(25). С. 89-101. DOI: 10.31108/2.2022.1.25.10.
21. Супрун Д. М. Когнітивна, емоційна та поведінкова складова ставлення до здоров'я. URL: <https://enpuirb.udu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/05531a08-339b-48b8-8222-d85cbc611d44/content>
22. Титаренко Т. М. Моє майбутнє залежить від мене: практики здорового сьогодення. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2024. 130 с. URL: <https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2024/05/tytar-mono-24.pdf>
23. Толкунова І. В. та ін. Психологія здоров'я людини : навч. посіб. Львів : ЛНУ, 2022. 280 с. URL: https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2022/02/Tolkunova_Psykholohiia-zdorovia.pdf

24. Харитинський А. Психологічний зміст суб'єктивного благополуччя. Організаційна психологія. 2022. № 3(27). С. 149-159. DOI: 10.31108/2.2022.3.27.15.
25. Чепур К. С. Вікові особливості мотивації до здорового способу життя. Особистість, суспільство, закон. Харків, 2019. С. 153-156. URL: https://univd.edu.ua/general/publishing/konf/25_04_2019/pdf/43.pdf
26. Чепурко Г., Соболев А. Стратегії формування здорового способу життя. Grail of Science. 2023. № 32. С. 222-230. DOI: 10.36074/grail-of-science.13.10.2023.039.
27. Шевченко Н. Ф., Шульц В. В. Дослідження взаємозв'язку співзалежності та благополуччя. Наукові записки. Серія: Психологія. 2025. № 3. С. 101-108. URL: <https://journals.cusu.in.ua/index.php/psychology/article/view/923>
28. Blanchflower D. G., Bryson A. The gender well-being gap. Social Indicators Research. 2024. Vol. 175. P. 1-45. DOI: 10.1007/s11205-024-03334-7. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-024-03334-7>
29. Boerma T. et al. A global assessment of the gender gap in self-reported health. BMC Public Health. 2016. Vol. 16. Art. 675. DOI: 10.1186/s12889-016-3352-y.
30. Botha F., Dahmann S. C. Locus of control, self-control, and health outcomes. SSM - Population Health. 2024. Vol. 25. Art. 101566. DOI: 10.1016/j.ssmph.2023.101566. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827323002318>
31. Campbell O., Bann D., Patalay P. The gender gap in adolescent mental health across 73 countries. SSM - Population Health. 2021. Vol. 13. Art. 100742. DOI: 10.1016/j.ssmph.2020.100742.
32. Courtenay W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being. Social Science and Medicine. 2000. Vol. 50. No. 10. P. 1385-1401. DOI: 10.1016/S0277-9536(99)00390-1. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10741575/>

33. Duplaga M., Grysztar M. Nutritional behaviors, health literacy, and health locus of control. *Nutrients*. 2021. Vol. 13. Art. 4323. DOI: 10.3390/nu13124323.
34. Duplaga M. The association between health locus of control and health literacy. *Int. J. of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19. Art. 2264. DOI: 10.3390/ijerph19042264.
35. Garcia D. et al. The 18-item Swedish version of Ryff's psychological wellbeing scale. *Frontiers in Psychology*. 2023. Vol. 14. Art. 1208300. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1208300. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10580072/>
36. Gender-aware mental healthcare: counteracting sex and gender disparities. *BJPsych Advances*. 2025. DOI: 10.1192/bja.2025.45. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-advances/article/genderaware-mental-healthcare/28B4234BD6651EDE80730BC7AF6FD6F6>
37. Gil-Lacruz M. et al. Gender gap in self-rated health in Eastern European countries. *Healthcare*. 2022. Vol. 10. No. 2. Art. 365. DOI: 10.3390/healthcare10020365. URL: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/2/365>
38. Grotz M. et al. Health locus of control and health behaviour. *Psychology, Health and Medicine*. 2011. Vol. 16. No. 2. P. 129-140. DOI: 10.1080/13548506.2010.521564.
39. Gruszka W. et al. Nutritional status and health locus of control. *Int. J. of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19. Art. 15513. DOI: 10.3390/ijerph192315513.
40. Infurna F. J. et al. Historical change in midlife health and well-being. *American Psychologist*. 2021. Vol. 76. No. 6. P. 870-887. DOI: 10.1037/amp0000817. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9377163/>
41. Jang Y., Baek S. Health locus of control among older Korean adults. *Journal of Health Psychology*. 2018. Vol. 23. No. 5. P. 778-787. DOI: 10.1177/1359105316634438.

42. Lee C., Ryff C. D. Pathways linking early-life adversities to adult mortality. *Social Science and Medicine*. 2019. Vol. 240. Art. 112566. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.112566.
43. Li W. et al. Gender differences in self-rated health among older adults. *Frontiers in Public Health*. 2024. Vol. 12. Art. 1450045. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1450045. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39712317/>
44. Macintyre S., Hunt K., Sweeting H. Gender differences in health: are things as simple as they seem? *Social Science and Medicine*. 1996. Vol. 42. No. 4. P. 617-624. DOI: 10.1016/0277-9536(95)00335-5.
45. Ng T. W. H., McIvers G. J. Health locus of control and health appraisal: meta-analysis. *Journal of Health Psychology*. 2017. Vol. 22. No. 4. P. 481-496. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5214986/>
46. Nowak P. F. et al. Health behaviors mediating locus of control and life satisfaction. *Scientific Reports*. 2024. Vol. 14. Art. 19133. DOI: 10.1038/s41598-024-70178-z. URL: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-70178-z>
47. OECD. Gender equality in a changing world. Paris : OECD Publishing, 2025. URL: https://www.oecd.org/en/publications/gender-equality-in-a-changing-world_e808086f-en.html
48. Oksuzyan A. et al. Gender differences in health after adjustment for reporting behavior. *Social Science and Medicine*. 2019. Vol. 228. P. 41-50. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.03.016.
49. Pradeep Y., Ahuja M. Health challenges in midlife. *Journal of Midlife Health*. 2023. Vol. 13. No. 4. P. 267-268. DOI: 10.4103/jmh.jmh_63_23. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10266567/>
50. Pudrovskaya T. Gender and health control beliefs among middle-aged adults. *Journal of Aging and Health*. 2015. Vol. 27. No. 2. P. 284-303. DOI: 10.1177/0898264314549659.

51. Rohlfsen L. S., Jacobs K. J. Gender differences in trajectories of self-rated health. *Journal of Aging and Health*. 2014. Vol. 26. No. 4. P. 637-662. DOI: 10.1177/0898264314520960.
52. Ryff C. D. Contributions of eudaimonic well-being to mental health practice. *Mental Health and Social Inclusion*. 2023. Vol. 27(3). P. 276-293. DOI: 10.1108/MHSI-12-2022-0091.
53. Ryff C. D. Psychological well-being. *Encyclopedia of Mental Health*. 3rd ed. Elsevier, 2023. Vol. 2. P. 629-637. DOI: 10.1016/B978-0-323-91497-0.00096-5.
54. Ryff C. D., Keyes C. L. M. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995. Vol. 69. No. 4. P. 719-727. DOI: 10.1037/0022-3514.69.4.719.
55. Salk R. H. et al. Gender differences in depression. *Psychological Bulletin*. 2017. Vol. 143. No. 8. P. 783-822. DOI: 10.1037/bul0000102. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5532074/>
56. Sharma M. Theoretical foundations of health education. Burlington : Jones and Bartlett, 2022. 384 p. URL: <https://www.researchgate.net/publication/364325284>
57. Specht J. et al. Stability and change of personality across the life course. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2011. Vol. 101. P. 862-882. DOI: 10.1037/a0024950. URL: <https://www.researchgate.net/publication/51588000>
58. Stradnik A. V., Melnyk Yu. B. Opytuvalnyk zahalnoho zdorovia. Kharkiv, 2023. URL: <https://www.researchgate.net/publication/376884793>
59. Tay J. L. Ryff's psychological well-being scale: validity and gender differences. *Psychological Studies*. 2023. Vol. 68. P. 592-600. DOI: 10.1007/s12646-023-00757-z. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12646-023-00757-z>
60. Trzesniewski K. H. et al. Low self-esteem predicts poor health in adulthood. *Developmental Psychology*. 2006. Vol. 42. No. 2. P. 381-390. DOI:

10.1037/0012-1649.42.2.381. URL: <https://healthselfesteem.org/wp-content/uploads/2016/04/research-Low-Self-Esteem-in-Adolescents.pdf>

61. Umberson D. et al. Gender and social isolation across the life course. *Journal of Health and Social Behavior*. 2022. Vol. 63. No. 3. P. 319-335. DOI: 10.1177/00221465221109634. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10409601/>

62. Vafaei A., Yu J., Phillips S. P. Intersectional impact of sex and social factors on subjective health. *BMC Geriatrics*. 2021. Vol. 21. Art. 473. DOI: 10.1186/s12877-021-02412-6.

63. Vogel D. L. et al. Masculine norms and help-seeking attitudes. *Journal of Counseling Psychology*. 2011. Vol. 58. P. 368-382. DOI: 10.1037/a0023688.

64. Wallston K. A., Wallston B. S., DeVellis R. Multidimensional health locus of control scales. *Health Education Monographs*. 1978. Vol. 6. P. 160-170. DOI: 10.1177/109019817800600107. URL: <https://www.researchgate.net/profile/Kenneth-Wallston/publication/22452198>

65. WHO. Constitution. Geneva : WHO, 1948. URL: <https://www.who.int/about/governance/constitution>

66. WHO. World health statistics 2024. Geneva : WHO, 2024. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094703>

67. Williams J. S., Garacci E., Egede L. E. Gender differences in social support and mortality. *Journal of Behavioral Medicine*. 2021. Vol. 44. No. 5. P. 673-681. DOI: 10.1007/s10865-021-00221-1. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8484032/>

68. Yoon J., Kim J., Son H. Gender differences of health behaviors in metabolic syndrome risk. *Int. J. of Environmental Research and Public Health*. 2021. Vol. 18. No. 7. Art. 3699. DOI: 10.3390/ijerph18073699.

69. Zhang A., Jang Y. Internal health locus of control and self-rated health in older adults. *Journal of Applied Gerontology*. 2019. Vol. 38. No. 12. P.

1696-1713. DOI: 10.1177/0733464817749754. URL:
<https://www.researchgate.net/publication/311613716>

70. Zhang Y. et al. Preventive behaviors and self-rated health among middle-aged adults. PLoS One. 2024. Vol. 19. No. 7. Art. e0305672. DOI: 10.1371/journal.pone.0305672. URL:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0305672>

71. Zulic-Agramunt C. et al. Healthy relationships in adolescents. Frontiers in Psychology. 2025. Vol. 13. Art. 1489208. DOI: 10.3389/fpsyg.2025.1489208. URL:
<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2025.1489208/pdf>

72. Conner M., Norman P. Predicting health behaviour. 3rd ed. London : Open University Press, 2022. DOI: 10.1093/hebz/9780197529423.001.0001.

73. Diener E., Suh E. M. Culture and subjective well-being. Cambridge : MIT Press, 2000. DOI: 10.7551/mitpress/2242.001.0001.

74. Krutsevich T., Trachuk S., Ivanik O. Healthy lifestyle and quality of life based on SF-36. Teoriâ ta Metodika Fizičnogo Vihovannâ. 2021. Vol. 21. No. 3. P. 211-218. DOI: 10.17309/tmfv.2021.3.04.

75. Lee C., Tsenkova V. K., Boylan J. M., Ryff C. D. Gender differences in pathways from childhood disadvantage to metabolic syndrome. SSM - Population Health. 2018. Vol. 4. P. 216-224. DOI: 10.1016/j.ssmph.2018.01.003.

76. Lindfors P., Berntsson L., Lundberg U. Factor structure of Ryff's scales in Swedish workers. Personality and Individual Differences. 2006. Vol. 40. No. 6. P. 1213-1222. DOI: 10.1016/j.paid.2005.10.016.

77. Awaworyi Churchill S. et al. Locus of control and the gender gap in mental health. Journal of Economic Behavior and Organization. 2020. Vol. 178. P. 740-758. DOI: 10.1016/j.jebo.2020.08.006.

78. Kostruĉa N. Attitude to health in young people: cross-cultural analysis. Problemy suchasnoi psykhologii. 2024. URL:
<https://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/download/331031/320349>

79. Gender matters: a critical piece in mental health. The Spanish Journal of Psychology. 2024. Vol. 27. DOI: 10.1017/SJP.2024.21.

80. Karamushka L. M. Mental health during war. Institute of Psychology NAES of Ukraine. 2022. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/730974/>

Всього джерел - 80

Джерел за останні десять років - 62

Джерел зарубіжних авторів за останні десять років - 28

(28;30;31;33;34;35;36;37;39;40;43;45;46;47;49;52;53;56;59;61;62;67;68;70
;71;72;77;79)

Джерел українських авторів за останні десять років - 34

(1;2;3;4;5;6;7;8;9;10;12;13;14;17;18;19;20;21;22;23;24;25;26;27;58;74;78;8

0)

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник «Ставлення до здоров'я»

Призначення методики

Методика використовується для діагностики особливостей ставлення респондента до власного здоров'я через аналіз когнітивного, емоційного, поведінкового та ціннісно-мотиваційного компонентів. Її застосування дає змогу встановити, наскільки здоров'я усвідомлюється як особистісна цінність, як емоційно оцінюється респондентом і як це ставлення відображається у практичній поведінці.

Інструкція для респондента

Вам пропонується низка тверджень, що стосуються ставлення до власного здоров'я, способу життя, профілактики захворювань і повсякденної поведінки. Уважно прочитайте кожне твердження та оберіть варіант відповіді, який найбільше відповідає Вашій позиції. Правильних або неправильних відповідей немає. Важливо відповідати щиро, орієнтуючись на власний досвід.

Шкала відповідей

Бал	Зміст відповіді
1	повністю не згоден
2	скоріше не згоден
3	важко відповісти
4	скоріше згоден
5	повністю згоден

Бланк відповідей до опитувальника «Ставлення до здоров'я»

№ твердження	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					

№ твердження	1	2	3	4	5
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Матриця обробки результатів

Компонент ставлення до здоров'я	Номери тверджень	Сума балів	Рівень вираженості
Когнітивний компонент	_____	_____	низький / середній / високий
Емоційний компонент	_____	_____	низький / середній / високий
Поведінковий компонент	_____	_____	низький / середній / високий
Ціннісно-мотиваційний компонент	_____	_____	низький / середній / високий

Інтерпретація результатів

Високі показники за когнітивним компонентом свідчать про достатній рівень поінформованості щодо чинників збереження здоров'я. Високий емоційний компонент відображає позитивне емоційне ставлення до здоров'я як особистісно значущої цінності. Поведінковий компонент характеризує практичну готовність дотримуватися здоров'язбережувальної поведінки.

Ціннісно-мотиваційний компонент показує місце здоров'я в системі життєвих пріоритетів респондента.

Примітка. Повний текст тверджень вноситься до бланка відповідно до тієї адаптованої версії методики, яка фактично використовувалася у дослідженні.

Багатовимірна шкала локусу контролю здоров'я MHLC

K. A. Wallston, B. S. Wallston, R. DeVellis

Призначення методики

Методика призначена для визначення локалізації відповідальності за стан здоров'я. Вона дає змогу оцінити, чи пов'язує респондент збереження здоров'я переважно з власною активністю, впливом значущих інших осіб або випадковими зовнішніми обставинами.

Інструкція для респондента

Нижче наведено твердження, що стосуються уявлень про те, від чого залежить стан здоров'я. Прочитайте кожне твердження та оберіть один варіант відповіді. Відповідайте самостійно, без тривалого обдумування кожного пункту, орієнтуючись на власні переконання.

Шкала відповідей

Бал	Зміст відповіді
1	повністю не згоден
2	не згоден
3	частково не згоден
4	частково згоден
5	згоден
6	повністю згоден

Бланк відповідей до шкали MHLC

№ твердження	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

№ твердження	1	2	3	4	5	6
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

Матриця обробки результатів MHLC

Шкала	Умовне позначення	Номери тверджень	Сума балів	Інтерпретація
Внутрішній локус контролю здоров'я	IHLС	—	—	орієнтація на власну відповідальність за здоров'я
Значущі інші	PHLC	—	—	орієнтація на вплив лікарів, родини, авторитетних осіб
Випадок	CHLC	—	—	орієнтація на випадковість, долю, неконтрольовані обставини

Інтерпретація результатів

Високі показники за шкалою IHLС свідчать про переконання респондента в тому, що стан здоров'я значною мірою залежить від його власної поведінки, профілактичної активності та способу життя. Високі показники за шкалою PHLC вказують на схильність пов'язувати здоров'я з діями значущих інших осіб. Високі показники за шкалою CHLC відображають переконання, що здоров'я визначається випадком, долею або неконтрольованими зовнішніми чинниками.

Примітка. Повний текст тверджень вноситься до бланка відповідно до тієї адаптованої версії методики, яка фактично використовувалася у дослідженні.

Шкала психологічного благополуччя К. Д. Ріфф

18-пунктна версія у перекладі Д. Гарсія

Призначення методики

Методика використовується для оцінювання психологічного благополуччя особистості за основними вимірами еудемонічного функціонування. У межах дослідження вона дає змогу охарактеризувати автономію, компетентність, особистісне зростання, позитивні стосунки, мету в житті та самоприйняття.

Інструкція для респондента

Вам пропонується низка тверджень, що стосуються ставлення до себе, життєвих цілей, стосунків з іншими людьми та відчуття особистісного розвитку. Прочитайте кожне твердження та оберіть відповідь, яка найбільше відповідає Вашій думці. Відповіді мають відображати Ваш реальний стан, а не бажаний образ себе.

Шкала відповідей

Бал	Зміст відповіді
1	повністю не згоден
2	не згоден
3	частково не згоден
4	частково згоден
5	згоден
6	повністю згоден

Бланк відповідей до шкали психологічного благополуччя К. Д. Ріфф

№ твердження	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

№ твердження	1	2	3	4	5	6
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

Матриця обробки результатів

Шкала психологічного благополуччя	Номери тверджень	Сума балів	Рівень вираженості
Автономія	_____	_____	низький / середній / високий
Компетентність / керування середовищем	_____	_____	низький / середній / високий
Особистісне зростання	_____	_____	низький / середній / високий
Позитивні стосунки з іншими	_____	_____	низький / середній / високий
Мета в житті	_____	_____	низький / середній / високий
Самоприйняття	_____	_____	низький / середній / високий

Інтерпретація результатів

Високі показники за шкалами методики свідчать про вищу вираженість відповідних компонентів психологічного благополуччя: автономії, компетентності, особистісного зростання, позитивних стосунків, мети в житті та самоприйняття. Низькі показники вказують на потребу додаткового аналізу тих сфер психологічного функціонування, у яких респондент демонструє найменшу суб'єктивну задоволеність або недостатню ресурсність.