

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Навчально-науковий медичний інститут

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра психології

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри психології

_____ А.І.Яблонський

“ _____ ” _____ 20__ року

УДК 159.922.76:173

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему:

**ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ МЕНТАЛЬНОГО
ЗДОРОВ'Я ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ В УМОВАХ ВОЄННОГО
ЧАСУ**

Керівник:

к.пед.н., доцент

Дрозд Олена Володимирівна

(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент:

к.психол.н., доцент

Прасол Дмитро Вікторович

(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконала:

студентка VI курсу групи 665 Мз

Качаун Лілія Володимирівна

(П.І.Б.)

Спеціальності:

053 «Психологія»

(шифр і назва спеціальності)

ОПІ:

«Психологія»

Миколаїв – 2024 рік

З А В Д А Н Н Я НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Качаун Лілії Володимирівні

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) «Психологічні детермінанти ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу»,

Керівник роботи: Дрозд Олена Володимирівна, канд. пед.наук, доцент
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом закладу вищої освіти від
«26» вересня 2024 року № 249/1.

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) «21» листопада 2024 року

3. Об'єкт дослідження – ментальне здоров'я осіб похилого віку.

4. Предмет дослідження – психологічні детермінанти в структурі ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу.

5. Завдання дослідження:

- Розкрити сутність поняття «ментальне здоров'я» в науковому дискурсі психології.
- Вивчити психологічні особливості негативного впливу стресу на ментальне здоров'я осіб похилого віку в умовах невизначеності воєнного часу.
- Здійснити емпіричний аналіз значущих компонентів в структурі ментального здоров'я осіб похилого віку.
- Розробити та апробувати психокорекційну програму збереження ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу.

5. Науковий керівник роботи.

ППП та посада керівника	Завдання видано (дата, підпис)	Завдання виконано (дата, підпис)
к.пед.н., в.о.доцента Дрозд Олена Володимирівна	_____	_____

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Дрозд О.В.		
Розділ 1	Дрозд О.В.		
Розділ 2	Дрозд О.В.		
Розділ 3	Дрозд О.В.		
Висновки	Дрозд О.В.		

7. Дата видачі завдання 10.09.2024**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи магістра (КМР)	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Погодження керівником змісту КМР.	02.09.2024 р.	
2.	Пошук, добір та опрацювання літературних джерел з проблематики дослідження.	23.09.2024 р.	
3.	Робота над підготовкою тексту КМР.	10.10.2024 р.	
3.1.	Розділ I. Теоретико-методологічні підходи до розв'язання проблеми збереження ментального здоров'я особистості	15.10.2024 р.	
3.2.	Розділ II. Концептуальна модель дослідження та характеристика груп досліджуваних	25.10.2024 р.	
3.3.	Розділ III. Результати емпіричного аналізу застосування психокорекційної програми збереження ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу	05.11.2024 р.	
4.	Висновки.	10.11.2024 р.	
5.	Захист КМР на кафедрі (попередній захист).	20.11.2024 р.	
6.	Захист КМР перед Екзаменаційною комісією.	07.12.2024 р.	
10.	Захист дипломної роботи	19.12.2024	

Студент

(підпис)

Качаун Л.В.

(прізвище та ініціали)

Керівник проєкту (роботи)

(підпис)

Дрозд О.В.

(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Качаун Л.В. Психологічні детермінанти ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу. – Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістра за спеціальністю 053 «Психологія» – Чорноморського національного університету імені Петра Могили, Миколаїв, 2024 рік.

Кваліфікаційну роботу присвячено вивченню психологічних детермінант ментального здоров'я особистості в науковому дискурсі психології, емпіричному аналізу значущих компонентів в структурі ментального здоров'я осіб похилого віку, створенню сприятливої, доброзичливої атмосфери у центрі надання соціальних послуг та експериментальній перевірці ефективності психокорекційної програми збереження ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу.

Встановлено, що самоактуалізація людей похилого віку включає в свій зміст такі ж складові, що і адаптивність, але доповнюється певною характеристикою, а саме: «сприйняття себе» (реалізм в оцінці своїх якостей, здібностей і можливостей, розуміння і сприйняття своїх цінностей і потреб, життя в гармонії з собою). Обґрунтовано й експериментально перевірено ефективність психокорекційної програми, що допоможе зберегти і підвищити ментальне здоров'я літніх людей і в перспективі сприятиме довголіттю кожної особистості.

Об'єктом дослідження виступає ментальне здоров'я осіб похилого віку. Предмет дослідження – психологічні детермінанти в структурі ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу.

Наукова новизна полягає в теоретичному обґрунтуванні та експериментальній перевірці ефективності психокорекційної програми збереження ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу.

Ключові слова: особа похилого віку, ментальне здоров'я, ейджизм, війна, стрес, фрустрація.

ABSTRACTS

Kachaun L.V. **Psychological determinants of mental health of the elderly in wartime.** Qualification work for the master's degree in specialty 053 «Psychology» – Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, 2024.

The qualification work is devoted to the study of psychological determinants of mental health in the scientific discourse of psychology, empirical analysis of significant components in the structure of mental health of the elderly, creation of a favorable, friendly atmosphere in the center for the provision of social services and experimental testing of the effectiveness of a psychocorrectional program for the preservation of the mental health of the elderly in wartime.

It has been established that the self-actualization of the elderly includes the same components as adaptability, but is supplemented by a certain characteristic, namely: “perception of oneself” (realism in assessing one's qualities, abilities and capabilities, understanding and perception of one's values and needs, life in harmony with oneself). The effectiveness of the psychocorrectional program, which will help to preserve and improve the mental health of older people and in the long run will contribute to the longevity of each individual, is substantiated and experimentally tested.

The object of the study is the mental health of the elderly. The subject of the study is psychological determinants in the structure of the mental health of the elderly in wartime.

The scientific novelty is the theoretical substantiation and experimental verification of the effectiveness of a psychocorrectional program for the preservation of the mental health of the elderly in wartime.

Keywords: elderly person, mental health, ageism, war, stress, frustration.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМИ ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ	
1.1. Сутність поняття «ментальне здоров'я» в науковому дискурсі психології.....	10
1.2. Психологічні особливості негативного впливу стресу на ментальне здоров'я осіб похилого віку.....	16
1.3. Війна як зовнішній чинник погіршення стану ментального здоров'я осіб похилого віку.....	23
Висновки до першого розділу.....	28
РОЗДІЛ 2. КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУП ДОСЛІДЖУВАНИХ	
2.1. Обґрунтування концептуальної моделі дослідження.....	29
2.2. Обґрунтування психодіагностичного інструментарію та характеристика груп досліджуваних респондентів.....	36
2.3. Емпіричний аналіз значущих компонентів в структурі ментального здоров'я осіб похилого віку.....	43
Висновки до другого розділу.....	54
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО АНАЛІЗУ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ	
3.1. Обґрунтування психокорекційної програми збереження ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу.....	57
3.2. Апробація та результати впровадження психокорекційної програми збереження ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу у «Вознесенському центрі надання соціальних послуг».....	68
3.3. Психологічні рекомендації щодо захисту ментального здоров'я осіб похилого віку.....	72
Висновки до третього розділу.....	76
ВИСНОВКИ.....	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	81
ДОДАТКИ.....	89

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема збереження ментального здоров'я загострилася з початком повномасштабної війни. Подбати про своє ментальне здоров'я – така ж базова потреба кожної людини, як і їжа, сон, безпека, позаяк саме психічне здоров'я дозволяє жити повноцінним життям, долати життєві негаразди, відчувати смак життя і працювати задля Перемоги, робити посильний внесок у життя своєї спільноти.

Ментальне здоров'я – це не лише відсутність розладів, а й наявність внутрішніх ресурсів для активного життя, реалізації бажань і потреб, з опорою на власні ціннісні орієнтації, піклування себе і про інших. Ментальне здоров'я – це невід'ємна частина щасливого життя, стан психічного благополуччя, що охоплює емоційний, соціальний та психологічний аспекти.

Проблема відновлення і захисту ментального здоров'я особистості останнім часом увійшла до кола наукових інтересів багатьох учених: вона вивчається науковими школами, кафедрами, а також окремими дослідниками. Так, проблемам збереження ментального здоров'я присвячені спеціальні дослідження таких учених, як: Д. Арцимеєвої, П. Горностая, Л. Інжиєвської, Л. Карамушки, В. Климчука, О. Креденцера, С. Миронця, В. Панка, Т. Семигіної, Т. Титаренко та ін.

Актуальність, теоретична та практична значущість цієї проблеми, а також наявні суперечності й зумовили вибір теми дослідження – **«Психологічні детермінанти ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу»**.

Мета дослідження – на основі теоретичного аналізу досліджуваної проблеми та вивчення сутності і шляхів захисту ментального здоров'я осіб похилого віку обґрунтувати й експериментально перевірити ефективність психокорекційної програми збереження ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу.

Об'єкт дослідження – ментальне здоров'я осіб похилого віку.

Предмет дослідження – психологічні детермінанти в структурі ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу.

Відповідно до мети дослідження визначено основні **завдання дослідження**:

1. Розкрити сутність поняття «ментальне здоров'я» в науковому дискурсі психології.
2. Вивчити психологічні особливості негативного впливу стресу на ментальне здоров'я осіб похилого віку в умовах невизначеності воєнного часу.
3. Здійснити емпіричний аналіз значущих компонентів в структурі ментального здоров'я осіб похилого віку.
4. Розробити та апробувати психокорекційну програму збереження ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу.

Гіпотеза дослідження ґрунтується на припущенні, що стан ментального здоров'я осіб похилого віку значно покращиться, якщо в геронтологічних закладах використовувати психокорекційну програму збереження ментального здоров'я «Своїми силами».

Для вирішення поставлених завдань і досягнення мети були використані такі **методи дослідження**: *теоретичні* – аналіз філософської, соціологічної, психологічної літератури з досліджуваної проблеми дав змогу визначити концептуальні засади дослідження, уточнити сутність і зміст ключових понять дослідження; *емпіричні*: діагностувальні (анкетування, тестування, опитування осіб похилого віку, бесіда, методики: «Шкала психологічного благополуччя» К. Ріфф (Ryff C. The scales of psychological well-being), «Шкала психічного благополуччя Ворик-Единбург» (Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale, WEMWBS), авторський опитувальник стану ментального здоров'я; психологічний експеримент, що в сукупності дав змогу експериментально перевірити ефективність психокорекційної програми збереження ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу.

База проведення емпіричного дослідження. Дослідно-експериментальна робота проводилася впродовж 2024 року на базі Комунального закладу «Вознесенський центр надання соціальних послуг». Дослідженням було охоплено 30 осіб похилого віку (21 жінка та 9 чоловіків) віком від 60 до 71 року.

Наукова новизна роботи. Вперше теоретично обґрунтовано та експериментально перевірено ефективність психокорекційної програми збереження ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу «Своїми силами»; уточнено зміст понять «ментальне здоров'я», «ментальне здоров'я осіб похилого віку»; подальшого розвитку набули положення про захист ментального здоров'я людей, які мешкають в умовах геронтологічного закладу.

Практична значущість дослідження. Матеріали дослідження можуть бути використані соціальними працівниками, психологами для поліпшення ментального здоров'я людей похилого віку; викладачами закладів освіти у професійній підготовці студентів з курсів «Геронтологія», «Вікова психологія».

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати роботи доповідались та обговорювались на конференціях: I Міжнародній науково-практичній конференції «Evolving Science: Theories, Discoveries and Practical Outcomes» (23-25 вересня 2024 Цюрих, Швейцарія); XXVII Всеукраїнській науково-практичній конференції «Могилянські читання – 2024» (6-10 листопада 2024 р., Миколаїв, Україна).

Публікації. Основний зміст і результати роботи відображено у статті, опублікованій у фаховому науковому виданні України «Габітус» категорії Б.

Структура дослідження. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, висновків, списку використаних джерел (75 позицій), додатків. Повний обсяг кваліфікаційної роботи складає 100 сторінок, із них 80 – основного тексту.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМИ ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

1.1. Сутність поняття «ментальне здоров'я» в науковому дискурсі психології

Актуальність проблеми збереження ментального здоров'я визначається наявністю військового конфлікту в країні та його впливом на психоемоційний стан кожного, а саме зростання стресу, тривожності, посттравматичного стресового розладу тощо; необхідністю психологічної підтримки всіх учасників; спеціалізованої допомоги для подолання емоційних та психічних труднощів: процес повернення в громадське життя та соціальна адаптація вимагають специфічних стратегій та підходів; зростання інтересу до питань ментального здоров'я та підтримки в умовах військових конфліктів [15, с. 2].

Термін «*ментальне здоров'я особистості*» є похідним від психічного здоров'я, а з 1992 року в усьому світі відзначається 10 жовтня як День ментального здоров'я (World Mental Health Day) за підтримки ВООЗ та Всесвітньої Федерації психічного здоров'я. У науковому дискурсі психології поняття «ментальне здоров'я» має чимало варіацій і аспектів. Так, синонімічним до ментального і досі вважається поняття «психічне здоров'я».

Психічне здоров'я – це стан емоційного, психологічного та соціального благополуччя, який дозволяє індивідуумові реалізовувати свій потенціал, ефективно впоратися із стресовими ситуаціями життя, працювати продуктивно та приносити внесок у свою спільноту [15, с. 33]. Свідомі, що обидва поняття доволі

Ментальне здоров'я – це стан психологічного благополуччя, який дає людині можливість:

- реалізувати свій потенціал;
- впоратися з життєвими стресами та нормативними кризами;
- продуктивно та плідно працювати;
- робити внесок у життя своєї громади [15].

Тлумачення ментального здоров'я особистості до пандемії COVID-19, а потім ще війни в Україні, значно відрізняється за змістом та діапазоном критеріїв від того, що було в колишньому звичному житті і що ми маємо на сьогодні.

Згідно з визначенням ВООЗ, *ментальне здоров'я* – це стан щастя та добробуту, в якому людина реалізує свої творчі здібності, може протистояти життєвим стресам, продуктивно працювати та робити внесок у суспільне життя [15, с. 15]. Здатність отримувати задоволення від життя – основна риса ментально здорової людини, відтак ментальне здоров'я об'єднує здоровий дух та психіку людини із соціальним складником [15].

Існує низка концепцій розгляду ментального здоров'я, на які ми спираємося у науковому тлумаченні проблеми. Зокрема, це психодинамічні погляди Зигмунда Фрейда; три типи конфліктної ситуації та теорія мотиваційних конфліктів Курта Левіна; «Я-концепція» Карла Роджерса; теорія потреб Абрахама Маслоу; теорія комплексу неповноцінності Альфреда Адлера; вчення про екстраверсію та інтроверсію Карла Юнга; теорія психосоціального розвитку Еріка Еріксона; теорія Віктора Франкла та ін.

Якщо проаналізувати внесок зарубіжних науковців у розвиток проблеми ментального здоров'я, то для нашого дослідження інтерес представляють ідеї психоаналітичного підходу, а згодом і транзактного аналізу, соціального наочіння (А. Адлер, А. Бандура, Е. Берн, Г. Олпорт, З. Фройд, К. Хорні, М. Кляйн), які пов'язують ментальне здоров'я особистості з її розвитком та особистісним зростанням, хоча, дане поняття тоді ще не існувало, бо йшлося більше про психологічне благополуччя особистості.

Вітчизняна науковиця Л. Інжигєвська зазначає, що «проблема захисту ментального здоров'я надзвичайно загострилася після початку повномасштабної війни Росії проти України. Такі чинники, як участь у бойових діях або перебування в прифронтовій зоні з постійними ракетними та артилерійськими обстрілами, бомбовими ударами, перебування в окупації, значно підвищують уразливість наших співгромадян до психосоціального стресу, сприяють поширенню психічних розладів, як-от депресія, тривога, ПТСР тощо [15, с. 16].

Дослідниця підкреслює, що до таких самих наслідків можуть призвести: «втрата почуття безпеки внаслідок вразливості практично всієї території країни для ракетних обстрілів та атак БПЛА; переміщення в інші регіони або країни й пов'язані з цим утрата роботи й звичного, комфортного середовища; побутові негаразди; фінансові труднощі; соціальна ізоляція; невпевненість у майбутньому і тривога за рідних і близьких» [15, с. 16].

Особливості ментального здоров'я полягають в тому, що воно є індивідуальним та залежить від багатьох факторів, таких як генетика, соціальне оточення, досвід, культурно-історичні та географічні детермінанти. Так, українська дослідниця Н. Каргіна розробила власний діагностичний інструмент дослідження психологічного благополуччя, в якому визначає такі компоненти як *психофізичний, соціально-економічний, екзистенційний, світоглядний, емоційний, поведінковий, когнітивний, вольовий*, а також загальний показник психологічного благополуччя [18].

Зважаючи на багатоаспектність поняття «ментальне здоров'я» у науковому дискурсі психології, можемо визначити такі його складники: стресостійкість, життестійкість, психологічна резильєнтність тощо, а персональні характеристики особистості, які підвищують захист ментального здоров'я, ґрунтуються на позитивному ставленні до обставин свого життя і мають багато спільного із поглядами психологів на феномен психологічного благополуччя.

Узагальнивши наукові підходи до розв'язання проблем ментального здоров'я особистості, можемо виокремити ознаки ментального здоров'я (табл.1.1).

Таблиця 1.1.

Ознаки ментального здоров'я особистості

Спроможність до адаптації	Людина може ефективно пристосовуватися до змін у своєму житті та оточенні
Емоційна стабільність	Людина володіє навичками управління емоціями та має здатність контролювати свої реакції на стрес
Рефлексія	Людина має глибоке розуміння своїх почуттів, думок та поведінки
Самовизначеність	Людина має власну концепцію себе та визначає свої життєві цілі та мету
Емоційний комфорт	Людина відчуває позитивні емоції та задоволення від життя
Асертивність	Людина відстоює власні кордони, точку зору, не порушуючи моральних прав іншої людини, оптимально реагує на критику, здатна говорити «ні».
Емоційний інтелект	Спроможність людини регулювати власні почуття та почуття інших людей, розпізнавати їх адекватно для того, щоб спрямовувати своє мислення та діяльність»
Толерантність до невизначеності	Готовність людини спокійно і без зайвого напруження ставитися і сприймати невизначеність та незрозумілість життєвих ситуацій і подій, при цьому зберігаючи внутрішній і зовнішній контроль за ситуацією
Конгруентність	здатність бути самим собою у взаєминах з людьми, за будь-яких умов людина намагається бути природньою. Відстоює вірність собі, своїм принципам.

Для розвитку ментального здоров'я важливо комплексно підходити до проблеми. По-перше, знати свої сильні і слабкі сторони, мати високий рівень толерантності до невизначеності, бути конгруентним, згадувати попередній досвід подолання кризових ситуацій, вчитися зміщувати акцент із емоційної сфери на когнітивну. По-друге, обмірковуючи зміст попередніх обставин і переживань, особистість здатна трансформувати існуючий досвід «там і тоді» на ситуацію «тут і тепер», розуміючи, що в деяких випадках неможливо ніяк уплинути на ситуацію, а лише прийняти її. Таким чином, виховуючи у собі оптимізм, адже ментальне здоров'я вважають компонентом оптимізму, що є основою позитивного мислення.

Позитивна психологія представляє значний інтерес для нашого дослідження, оскільки в контексті ментального здоров'я особистості саме ідеї «Позитум-підходу – унікального феномена, запропонованого Н. Пезешкіаном, який довів свою ефективність тим, що кожна людина здатна подолати будь-які життєві колізії, з опертям на власні ресурси. У позитум-підході використовують три основні техніки, які є універсальними за своєю природою:

1. Позитивна реінтерпретація.
2. Крос-культурний підхід.
3. Метод історій, притч, метафор.

Позитивна реінтерпретація розладів, проблем, ситуацій, вчинків, захворювань дозволяє побачити їх з іншого боку, знайти в негативному – позитивне, в проблемі – можливості, в патологічному – здорове, у кризі – шанс. Важливо акцентувати минулий досвід і «по крихтам» опиратися на нього, щоб клієнт метафорично відчув стан «наче світло увімкнули в темній кімнаті».

Крос-культурний підхід відкриває можливість для клієнта і консультанта вирішувати психологічну задачу, використовуючи досвід інших, приводить клієнта до зміни точки зору, розширює його горизонт і дає нові можливості для вирішення власної проблеми. Трактують два різновиди

підходу: горизонтальний (крос-культурний) та вертикальний (транскультурний).

Використання притч, афоризмів, історій, мудрих висловлювань і прислів'їв у якості метафор проблемних ситуацій – ще одна дієва техніка Позитум-підходу. За допомогою метафори ми включаємо образне сприйняття у клієнта, впливаючи не тільки на його розум, але і на його серце. Метафора також, як і дві попередні техніки, розширює бачення клієнта, допомагає йому віднайти нові можливості для вирішення проблемних ситуацій.

Таким чином, саме ідеї позитивної психології та Позитум-підходу ми вбачаємо найбільш ефективним інструментом у подоланні ознак вигорання, у пошуку ресурсів для продовження якісного і збалансованого життя осіб похилого віку, для обґрунтування нашої психокорекційної програми збереження ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу.

Ізраїльські психотерапевти для підтримання ментального здоров'я і дітей і дорослих використовують Хібукі-терапію – це така іграшкова собака, з надзвичайно довгими лапами, яка здатна обіймати і огортати своїми обіймами, даруючи тепло і відчуття захищеності. Натомість японські ІТ-компанії залучають в офіси кішок, аби співробітники не «вигорали» на роботі. Таким чином, керівники фірм захищають ментальне здоров'я своїх працівників.

Емоційне вигорання (від англ. burn-out – припинення горіння) – це характерна ознака сучасності, стан виснаження, який призводить до «паралічу» сил і почуттів людини й супроводжується втратою радісних відчуттів життя. Зовні синдром вигорання виявляється як підвищена дратівливість і втрата інтересу до життя і діяльності. Крім того, цей стан призводить у подальшому до появи цілої низки психосоматичних захворювань, невротичних розладів тощо. У людини виникають такі симптоми, як роздратованість, відсутність бажань, розлади сну (коли вона не може заснути або, навпаки, спить тривалий час), зниження мотивації, людина відчуває себе переважно некомфортно, можуть виявлятися депресивні

реакції. Звідси випливає, що ментальне здоров'я – це відсутність ознак емоційного вигорання. У наступному підрозділі ми розглянемо вплив стресу на стан ментального здоров'я літніх людей.

1.2. Психологічні особливості негативного впливу стресу на ментальне здоров'я осіб похилого віку

Ментальне здоров'я залежить від психоемоційного стану людини, навіть, від її настрою. Тому під впливом стресів, травм, криз і випробувань життя ментальне здоров'я може значно похитнутися.

Стрес – реакція організму на зовнішні або внутрішні фактори, які ставлять під загрозу його рівновагу [15, с. 33].

Розглянемо більш розлого вплив стресу на осіб похилого віку, оскільки саме цей життєвий етап вікової періодизації представляє об'єкт нашого дослідження. Відтак, якщо порівняти юнака з людиною похилого віку, то вочевидь – кожен по-різному реагує на стрес. Зустрілася цитата, такий собі закон життя про те, що старенькі люди, точнісінько, як і підлітки, стають нестерпними і важкими у спілкуванні: конфліктують, провокують суперечки. А все це через те, що усі вони готують нас – рідних і близьких до того, що скоро підуть, залишать нас: одні – в доросле самостійне життя, а інші – в засвіти.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я понад 14 % людей у віці від 60 років потребують професійної допомоги у лікуванні розладів ментального здоров'я. Тому своєчасний медичний огляд допомагає виявити проблеми і розпочати необхідне лікування, яке може містити як фармакологічні препарати, так і консультації з фахівцем із ментального здоров'я.

Хто з людей у певний період свого життя не замислювався над питанням: навіщо я живу, у чому сенс мого життя? Скільки трагічних колізій пов'язано зі спробами його розв'язання! Але найбільше подібних роздумів

виникає у людини, яка гостро переживає старість. У житті кожної людини з'являються нові і нові випробування. І коли особистість глибока, коли вона вміє тонко відчувати світ, тоді вона схильна до екзистенційної кризи. Натомість людина, яка звикла ризикувати, часто може потрапити в кризу, коли знову і знову слід все розпочинати з нуля.

Особи похилого віку мають, в ідеалі, володіти мудрістю, спираючись на багатий життєвий досвід, на внутрішній світ. Зріла людина впродовж життя мала б навчитися йти на компроміс, мовчати, де це потрібно, і говорити там, де є що сказати. Так само літня людина має приймати свою не ідеальність, свої зморшки і сиве волосся, своє менш пружне тіло і погіршення слуху і зору. В іншому випадку ми можемо спостерігати людину, яка «впала в жертву» або дитячу позицію і вимагає особливого ставлення до себе.

Нам імпонує цитата якоїсь акторки: «Не шкодуйте про те, що старієте, багатьом у цьому було відмовлено. Життя дається всім, а старість – обраним». Цікаво, але все в нашому житті закономірно і підпорядковано природі. Віктор Гюго писав: «Сорок років – старість юності, а п'ятдесят – юність старості [14]. Тому життя людини символічно, але цілком логічно можна порівняти з природою: є весна, літо життя, а є його осінь і зима. І сиве волосся і голі дерева дійсно метафорично нагадують кволих стареньких бабусь і дідусів з сивим волоссям і артритом. Резюмуючи зазначене вище, хочемо підкреслити, що знущатися над старістю, сміятися або зневажати – можуть лише бездуховні і жорстокі люди, бо всі ми будемо старіти, тому безглуздо поводити себе так, наче житимеш вічно.

У Словнику української мови (Академічний тлумачний словник (1970–1980) поняття «старість» визначається як період життя, що настає після зрілості і характеризується поступовим послабленням діяльності організму; похилий вік кого-небудь; протилежність молодості [14, с. 8].

Умовно визначаються такі різновиди старості:

- хронологічна – пов'язана з кількістю прожитих років. Вона визначається паспортним віком та важлива з позиції юриспруденції, демографії, економіки;
- фізіологічна – пов'язана зі станом здоров'я та наявністю хронічних захворювань (є важливою з позиції медицини та біології);
- психологічна – пов'язана з суб'єктивним самовизначенням людиною себе як старої, відчуттям власного біологічного віку;
- соціальна – поєднує усі попередні різновиди у реальних соціальних практиках суб'єктів, орієнтується на такий критерій, як адаптаційна здатність [14, с. 8-9].

У суспільній свідомості еволюційно так склалося, що старість асоціюється переважно із пенсійним віком, який має правову основу і в законодавствах різних країн поняття «пенсіонер» є синонімом поняття «людина похилого віку».

Загальнотеоретичні положення проблеми вікових змін, поведінкових проявів, криз і мотивації людей похилого віку розглядаються в наукових доробках вітчизняних і зарубіжних учених: О. Безносюк, Р. Бернс, М. Бубер, П. Кінг, А. Маслоу, К. Поппер, К. Уейт, М. Уолцер, Д. Хейд та ін. Відповідно до вікової класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я: 60-75 років – це похилий вік.

Одним із перших дослідників соціально-психологічних аспектів старості вважається американський вчений Дж. Холл, монографія якого «Старіння, остання половина життя» (1922 р.) виявилася прологом появи нової науки – соціальної геронтології, що почала швидко розвиватися після Другої світової війни [14].

Слід уточнити, що геронтологія (від грец. Γέρωντος – стара людина і λόγος – слово, знання) – наука, що вивчає процес старіння людини та дієві методи продовження оптимізованого довголіття та омолодження.

Гетеротопність – неоднакова вираженість процесу старіння в різних відділах і структурах одного й того ж органа. Так, швейцарський письменник XIX ст. Анрі Фредерік Ам'єль якось вигукнув: «Вміти старіти – вершина мудрості і одна з найважчих сторінок великого мистецтва життя».

Так, у 25-річного чоловіка клітинна маса складає приблизно 47% всієї маси тіла, а у 70-річного – тільки близько 36%; маса мозку в старості зменшується на 20-30%, маса підшлункової залози – на 50-60%. Процеси втрати маси, що супроводжуються зміною функціонального стану, спостерігаються і в інших органах і системах. Відбуваються вікові зміни органа зору, вікові зміни в органі слуху. Значним змінам підлягають зуби: кількість їх стає менше, вони «стираються», змінюється їх забарвлення, зменшується і кількість органічних речовин зубної емалі, в ній з'являються тріщини, внаслідок склерозу судин порушується живлення тканин зубів. Все це призводить до крихкості зубів, втрати жувальної здатності, гіршого переживання їжі і проблем із травленням.

Наприклад, старіння пучкової зони кори надниркової залози виражено менше, ніж клубочкової зони, яка старіє повільніше. Або, приміром, нейрони в одних звивинах кори головного мозку змінюються більш суттєво, ніж в інших [<https://www.bsmu.edu.ua/blog/4986-procesy-starinja/>].

Відповідно до вікової класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я:

- 25-44 років – молодий вік;
- 44-60 років – середній вік;
- 60-75 років – похилий вік;
- 75-90 років – старечий вік;

Особи, які досягли 90 років – довгожителі.

У підручнику І. Іванової знаходимо таку інформацію: «за класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), до категорії людей похилого віку належать особи віком старше 60 років. В останні десятиріччя зарубіжні країни значно знизили пенсійний вік. Так, середній

пенсійний вік в Австрії, Бельгії, Великобританії, Греції, Іспанії, Канаді, Португалії, Швеції, Швейцарії становить для чоловіків 65 років і для жінок 55–57 років, у Франції – 60 років, у США – 70 років» [14].

Науковці (О. Коваленко, Л. Лук'янова Л, Е. Помиткін, Л. Московець) вважають недоречним уживання поняття «старість» (асоційованого з втратою працездатності, пасивністю і подальшою інвалідизацією) щодо всіх людей цієї вікової категорії, особливо щодо тих, хто свідомо створював свій життєвий світ відповідно до власних задумів. Поняття «старість» доцільно відносити до «біологічної деградації та руйнування, домінування яких характерно для виживання на завершальному етапі життя. Навпаки, обравши для себе активний спосіб життя, людина послідовно проходить період zenіту середньої дорослості, цілісно й гармонійно себе почуває в пізній дорослості» [21, с. 12].

Отже, старість – це період життя людини після втрати здатності організму до продовження роду та до смерті. Характеризується погіршенням здоров'я, згасанням функцій організму. Пізнавальні психічні процеси, такі як пам'ять, мислення, уява, увага притлумляються. Натомість, не можна не згадати, що в старості в людини з'являється мудрість, вміння приймати свою не ідеальність, розуміння неминучості смерті. Літні люди часто згадують минуле, добре пам'ятають своє дитинство, можуть за роками відтворювати події. Красива старість – результат життєвих зусиль, насамперед, самої людини. Звичайно, не можна заперечувати і цілу низку інших чинників, соціальних та психофізіологічних, але екзистенційна наповненість життя особистості, вектор її розвитку і її домінуючий емоційний фон є запорукою гідного старіння людини.

Як правило, за консультацією до психолога звертаються переважно жінки. На нашу думку, особистісний простір є значущим компонентом у життєтворчості жінки в будь-якому віці. Тому важливою місією психолога є пошук смислів для жінки похилого віку. Психолог повинен давати певну семантику життю жінки, своєрідний глибинний смисл її існування. З

проблемою втрати смислу життя зіштовхується більшість жінок після 50 років.

Період, коли діти вже виросли і не потребують надмірної материнської уваги, а завантаженість на роботі також є меншою. Саме відсутність особистісного простору, на нашу думку, у більшості випадків і породжує екзистенціальний вакуум. Відповідно, особистісний простір жінки – це не лише певні прагнення, інтереси, а глибинне усвідомлення смислу власного життя та здатності наповнити його своєю неповторною, самобутньою семантикою. Таким чином, основними компонентами життєтворчого простору жінки є сімейна сфера, професійна реалізація, самоактуалізація та особистісний простір. Існує також багато як глибинно-психологічних, так і соціальних чинників, які блокують креативний потенціал жінки, погіршують її самопочуття і ускладнюють побудову траєкторії свого життєвого шляху [47].

Криза людей похилого віку надзвичайно складна і переживається досить болісно, адже людина проходить справжню трансформацію, «ломку стереотипів», аналізує свої досягнення і здобутки. І нерідко в цю мить переживає фрустрацію. Втрата як умова життєвої кризи – це також найболючіша тема. Адже втрата батьків – це втрата минулого, а втрата дітей – це втрата майбутнього [47]. Таким чином, життєву кризу особистості може зумовити низка обставин і причин, сценарій у кожного свій. Зрозуміло, що і вихід із кризи кожен з нас шукає по-різному. Але людська природа спрямована на виживання, на опір і на прагнення до щастя. Тому кожна психологічно здорова особистість поступово долає кризу і переходить на новий виток свого розвитку.

Життя людини похилого віку супроводжується самотністю, проте нам більше імponує думка, що кожна людина сама для себе визначає: обрати самотність чи усамітнення. Коли самотність стає проблемою, коли людина розуміє, що жити самотньо для неї – тягар, вона страждає і відчуває депресивний стан, тоді варто розглядати таку ситуацію як кризову. Але люди

бувають самотні з деяких причин, бо в цього феномену простежується чітка причинна наслідковість. Інший бік проблеми – це розчарування в житті, коли самотність як вибір, гірше – як трофей.

Коли, наприклад, покинута літня жінка, яка зазнала фрустрацію в особистому житті, зраду, або була відкинута чоловіком, робить вибір «більше не вірити і не будувати стосунки». Але це більше помста самій собі. Такі жінки з часом можуть стати дуже набожними, часто відвідувати церкву, або завести кішку чи собаку. І з часом навіть отримувати насолоду від самотності.

Самотність характерна найбільше похилому віку, коли відбувається глибока і глибинна робота над собою, можливо, навіть екзистенційний вакуум, критичний аналіз прожитого життя, рефлексія. Часто самотньою людина стає, втративши пару (коли один із подружжя помирає). Тобто, діти давно вилетіли з гнізда, а половинка пішла в засвіти. В такому випадку, дійсно, самотність може свідчити про кризовий стан особистості. Або ж той випадок, коли подружжя все-таки лишаються жити удвох, але вони чужі одне одному, і таке явище називають «самотність удвох» [49, с. 77].

На нашу думку, самотність – це ще й певний егоїзм особи, бо все, що вона робить, купує, створює належить тільки їй. У цьому простежується вузький індивідуалізм. Ізоляція – це об'єктивна відсутність соціальних контактів. Самотність є суб'єктивним психічним станом і на неї майже ніяк не впливає наявності або відсутності контактів.

Отже, самотність – це багатоваріантний феномен, який має певну неоднозначність, бо виражений як позитивними, так і негативними аспектами. Керуючись власним досвідом, є підстави для висновків, що криза – це шанс для душевної невичерпності, для саморозвитку і трансформації. В момент кризи можна дозволити собі слабкість, можна плакати і байдикувати певний час. Можна навіть відчувати прокростинацію. Отже, вік не є причиною кризи. Якщо адекватно сприймати свої зміни, приймати свою не ідеальність, порівнювати себе із собою «вчора», а не з іншими людьми. Тому слід гідно

приймати свій вік і з радістю йти в кожен новий день. Таким чином, криза не завжди є трагедією. І сильна людина стане ще сильнішою, пройшовши шлях боротьби і перемоги. Адже найбільша перемога в житті – це перемога над самим собою.

Разом з тим, може спостерігатися явище, описане Е. Берном: «у багатьох літніх людей, які в молодості чітко слідували батьківським сценаріями, відбувається втрата активності», позаяк батьки не передбачили сценарію для старості, тож людина тепер може вибирати їх сама. Але вона цього робити не вміє, боїться, тому психіці зручніше припинити будь-які форми активності, у тому числі й спілкування, аніж боротися з обставинами життя. Бо боротьба завжди вимагає ресурсів, а у людей похилого віку ресурси виснажені. Проте існують і позитивні сторони зміни життєвої ситуації: наявність великої кількості вільного часу, можливість вільно займатися улюбленою справою, присвячувати себе розвагам або хобі, звільнення від суперництва і боротьби за своє місце під сонцем.

1.3. Війна як зовнішній чинник погіршення стану ментального здоров'я осіб похилого віку

Війна виступила потужним негативним чинником зниження якості життя, та й взагалі – поставила перед українцями єдине завдання – вижити. У нашій роботі порушується проблема людей похилого віку, які в умовах воєнного часу зуміли зберегти ментальне здоров'я. Люди похилого віку під час війни – це особливо вразлива група населення, яка потребує уваги. Турбота та піклування вочевидь покращують їхнє ментальне здоров'я та якість життя. Вчасна та ефективна підтримка значно зменшує рівень стресу та допомагає налагодити побут на час війни.

За даними Інституту геронтології імені Д. Чеботарьова АМН України, за станом здоров'я серед населення віком від 70 років понад 18% осіб потребують щоденної соціально-побутової допомоги, 82% постійно

приймають ліки; серед людей, старших за 80 років, 20% необхідна спеціалізована психіатрична допомога [13].

Розглянемо більш розлого сутність психологічних детермінант поведінки осіб похилого віку, інтерес до яких посилився у зв'язку з війною, адже, як відомо, переважна більшість літніх людей залишилися в місцях свого постійного проживання, не зважаючи на обстріли і невизначеність завтрашнього дня. Коли на життєвому шляху виникають перешкоди, які об'єктивно, чи за суб'єктивним сприйняттям є нездоланими, то це призводить до появи фрустрації як відповідного психічного стану переживання невдачі, зумовленого неможливістю задоволення деяких потреб, який виникає за наявності реальних чи уявних непоборних перешкод на шляху до певної мети. Так от люди похилого віку мають високий рівень терпимості до фрустрації. Як то кажуть: «нічого втрачати».

Самоактуалізація людей похилого віку включає в свій зміст такі ж складові, що і адаптивність, але доповнюється певною характеристикою, а саме: «сприйняття себе» (реалізм в оцінці своїх якостей, здібностей і можливостей, розуміння і сприйняття своїх цінностей і потреб, життя в гармонії з собою).

Так, О. Холодова, зазначає, що фрустраційна толерантність – це особистісна стійкість до впливів деструктивних чинників, які містяться в умовах діяльності [48, с. 11]. Ми переконані, що фрустрація супроводжується цілою гамою негативних емоцій: гнівом, роздратуванням, почуттям провини тощо. Разом з тим, стійкість до дії фрустраторів розглядають як постійну, генетично зумовлену особистісну характеристику, а у випадку з людьми похилого віку – як набуту властивість, яка полягає у мудрому, неквапливому прийнятті дійсності, такої, яка вона є. Дійсно, люди похилого віку в умовах війни більш виважено і спокійно приймають реальність, розуміють не ідеальність світу, інших людей і самих себе. Таким чином, на їхній поведінці позначається мотив усвідомлення швидкоплинності часу і неминучого кінця.

У свою чергу, людям похилого віку притаманна стійкість до фрустраторів, в основі якої лежить здатність до адекватної оцінки фрустраційної ситуації та передбачення виходу з неї. Високий (сформований) рівень фрустраційної терпимості виступає умовою більш сприятливого подолання адаптаційної кризи до ситуації невизначеності або стресу у нових умовах середовища, полегшує протікання цієї кризи, підтримуючи формування певної стабільності та визначеності життєвої ситуації особистості [48].

Отже, фрустраційна толерантність – це психічна стійкість, особистісна здатність протистояти зовнішнім впливам, що виводять людину зі стану нервово-психічної рівноваги, і самостійно повертатися в стан психічної рівноваги. Така властивість психіки більше притаманна особам похилого віку.

Але, в будь-якому разі, попри природню здатність людей похилого віку до стійкості в складних умовах, кожен дідусь і бабуся в умовах війни зіштовхнулися зі страхом, відчаєм і стресом. У такому випадку для людей похилого віку найважливішим є забезпечення їх всіма необхідними базовими потребами, такими, як якісні харчові продукти, теплий одяг та доступ до чистої води, тобто зробити все можливе для стабільності життя.

Разом з тим, постійна загроза життю та безпеці може вплинути на сприйняття реальності, змінити цінності та пріоритети літніх людей. Люди похилого віку можуть стати більш пильними, обережними, а також мати зміни у поведінці, наприклад, стати агресивними або відстороненими [15, с. 21]. Якщо поспостерігати за людьми похилого віку, які пережили повінь чи руйнування будинку, обстріли і вибухи, можна помітити, що саме ця вікова категорія обирає залишитися на місці. Одиниці літніх людей покинули свої домівки, незважаючи на ризики, продовжують жити в рідних краях. У цьому і звикання, і усвідомлення фатальності подій («будь що

буде») і чітке розуміння свого призначення, і страх бути надокучливими і «заважати» своєю присутністю.

На фоні страхітливих картин воєнних часів можна помітити погіршення ментального здоров'я літніх людей, аж до депресії та самогубств. На долю українських пенсіонерів випало чимало поневірянь упродовж їхнього життя. Можна сказати, що гарного життя в достатку у більшості взагалі не було. Через мізерні пенсії вони не можуть дозволити собі подорожувати, як то буває в американських чи європейських пенсіонерів, тому радістю для звичайної людини похилого віку є смаколик і телевізор.

Цікаве дослідження провели бердянські науковці на чолі з О. Горецькою. Предметом дослідження вчених стали особливості психологічного захисту людей похилого віку, які мають внутрішні конфлікти. Так, було виявлено, що найбільше притаманне людям похилого віку цієї вибірки використання проєкції як механізму захисту (це найвищі показники) – 82,3%. Приписуючи іншим власні неприйнятні відчуття, почуття, думки тощо, людина похилого віку немов локалізує їх ззовні, що надає їй можливості бути як усі, не виділятися. Таким чином, вона виправдовує, наприклад, власну недоброзичливість, скупість, неохайність, небажання змінюватися тощо.

Наприклад: «Пенсіонери в країні обділені», «Держава не допомагає старим – ось вони і злі», «Усім старим тяжко жити – і мені». Також коли людина проєкує ззовні, то вона частіше створює власне уявлення про світ як ворожий, якого слід остерігатися. Тому часто люди похилого віку не є привітними з іншими, нещирі, скритні, бояться змін, намагаються тримати все під контролем. Вони демонструють такі властивості: образливість, егоїзм, злопам'ятність, мстивість, загострене почуття соціальної несправедливості, нетерпимість до заперечень, звинувачення на адресу оточення [8, с. 68].

Ми вже з'ясовували в попередньому підрозділі, що люди похилого віку – найбільш психологічно вразлива категорія населення, яку болісно зачіпають різні зміни: зниження функціональних можливостей організму, хвороби, втрата друзів і близьких, припинення професійної діяльності, зміна соціального статусу, відсутність підтримки близьких і суспільства, матеріальні тощо. Усе це поглиблюється ситуацією соціальної невизначеності в суспільстві, пов'язаною з війною, динамізмом життя, руйнуванням найважливіших життєвих цінностей та їх докорінною переоцінкою, неприємними та тривожними новинами, стресовими подіями, порушенням усталеного ритму життя, що вимагає від людини похилого віку постійної адаптації до мінливих життєвих ситуацій, переструктуруванням стратегій поведінки. Тому в людей похилого віку виникають конфлікти, які провокуються як суперечностями в самій особистості, так і неузгодженістю зовнішньої інформації та сформованого в особистості образу світу [8, с. 67].

Таким чином, одним із найважливіших факторів підтримки ментального здоров'я в похилому віці в умовах невизначеності воєнного часу є соціальна взаємодія, спілкування, регулярна практика медитації та міндфулнес, участь у соціальних групах, відеозв'язок із близькими людьми, фізична і розумова активність, збалансоване харчування і регулярний, повноцінний сон. Пропонуючи людям похилого віку різні варіанти самодопомоги, корисно було б активно реконструювати запропонований Д. Канеманом «Метод реконструкції дня», створений для того, щоб зрозуміти, як літня людина осмислює набутий досвід і яким чином осмислює та переживає його.

Таким чином, тривала дія війни, як зовнішнього чинника, на людей похилого віку, посилює внутрішні суперечності, може провокувати порушення ментального здоров'я, спотворює сприйняття реальності й себе, позбавляє можливості змінювати ситуацію, набувати нового досвіду.

Висновки до першого розділу

У першому розділі кваліфікаційної роботи визначено, що проблема захисту ментального здоров'я надзвичайно загострилася з початком повномасштабної війни. Розкрито, що дбати про своє ментальне (або психічне) здоров'я – така ж базова потреба кожної людини, як і дбати про здоров'я фізичне, тому що саме психічне здоров'я дозволяє якісно жити, реалізувати свій власний потенціал та справлятися із життєвими стресами, продуктивно і плідно працювати, а також прагнути довголіття.

Виявлено, що ментальне здоров'я є важливою складовою життя в будь-якому віці, але для людей похилого віку воно набуває особливого значення. Люди похилого віку стикаються з низкою викликів, що можуть негативно впливати на їхній емоційний стан.

З'ясовано, що серед загальних шляхів підтримки ментального здоров'я осіб похилого віку, які можуть бути корисними як у повсякденному житті, так і в умовах військових дій або стресових ситуацій є такі: регулярні фізичні вправи, адже фізична активність не тільки покращує фізичне здоров'я, але й позитивно впливає на ментальне самопочуття, зменшуючи симптоми стресу, тривоги та депресії.

Визначено, що здорове, збалансоване харчування, багате на всі необхідні поживні речовини, важливе для підтримки ментального здоров'я, а також якісний та достатній сон критично важливий для ментального здоров'я. Недостатній сон може погіршити настрій, здатність до концентрації та загальне самопочуття літніх людей.

Отже, процес повернення в громадське життя та соціальна адаптація вимагають специфічних стратегій та підходів; зростання інтересу до питань ментального здоров'я та підтримки літніх людей в умовах військових конфліктів.

РОЗДІЛ 2.

КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУП ДОСЛІДЖУВАНИХ

2.1. Обґрунтування концептуальної моделі дослідження

У ході розробки констатувального етапу експерименту ми поставили за мету схарактеризувати наявний стан ментального здоров'я осіб похилого віку, а саме – розглянули обрану проблему на базі Комунального закладу «Вознесенський центр надання соціальних послуг». Для цього нам необхідно було визначити критерії, показники та рівні ментального здоров'я усіх літніх людей, які склали нашу експериментальну вибірку.

Критерій – це головний структурний компонент психологічного дослідження, ознака, на основі якої здійснюється об'єктивна діагностика, незалежно від суб'єктивної думки. Під критерієм ми розуміємо ідеальний зразок, еталон, який визначає вищий, найдосконаліший рівень функціонування певної системи, порівняно з яким можна встановити ступінь відповідності та наближення його реального рівня до ідеалу. Критеріями психологічних явищ, процесів і станів більшість учених визначає такі: *когнітивний, ціннісний, емоційно-вольовий, особистісно мотиваційний, діяльнісно-поведінковий* [7]. Визначаючи основні критерії стану ментального здоров'я осіб похилого віку, ми керувалися природою особистості, яка полягає в її здатності позитивно ставитися до дійсності на основі суспільних ідеалів та особистісних цінностей, життєвої мудрості, набутої з досвідом.

Показники – це параметри, які підтверджують критерії, взаємодіють і утворюють цілісність. Показниками ментального здоров'я, на нашу думку, виступають такі інтегральні прояви особистості як система цінностей (смислів), здатність долучатися до виконання різних видів діяльності, проявити в ній цілеспрямованість, осмисленість, самотійність, творчу

активність, відповідальність. Також це резильєнтність, емоційний інтелект і відсутність симптомів емоційного вигорання.

Як уже згадувалося, ментальне здоров'я – це поліфункціональний конструкт, а такі процеси дуже важко вимірювати. Ментальне здоров'я осіб похилого віку є результатом інтеріоризації зовнішніх упливів у внутрішні, вираження єдності зовнішніх і внутрішніх чинників життєдіяльності та розвитку особистості. Завдяки інтеріоризації зовнішні факти людської поведінки переходять в усталені внутрішні якості особистості [31, с. 230].

У попередньому розділі кваліфікаційної роботи ми послідовно розкрили проблему ментального здоров'я особистості, психологічні особливості негативного впливу стресу на ментальне здоров'я літніх людей, що склало теоретичне підґрунтя для констатувального експерименту.

Розглянемо концептуальну модель дослідження та особливості діагностування стану ментального здоров'я осіб похилого віку, зокрема, акцентуємо увагу не лише на дослідженні психоемоційного стану особистості, а й на впливові війни як негативного зовнішнього чинника, оскільки ми досліджуємо проблему в специфічній вибірці, як чинника впливу на безпосередні зміни всередині самої особистості.

У сучасній психодіагностиці доволі багато різноманітних методик щодо вивчення психологічного благополуччя, ментального здоров'я, задоволення життям, проте відчутний дефіцит методик вимірювання саме впливу війни на літню особистість в контексті вивчення стану її ментального здоров'я.

У межах нашого дослідження важливого значення набуває прогностична цінність концептуальної моделі дослідження, яка вимірюється коефіцієнтом кореляції результатів, одержаних при їх виконанні, і зовнішніми критеріями, для передбачення яких застосовується методика. Тобто, в основі концептуальної моделі нашого дослідження – психологічні детермінанти в структурі ментального здоров'я осіб похилого віку. Цілком

прийнятним є застосування методик, цінність яких характеризується коефіцієнтом кореляції – 0,5 од.

У процесі розробки констатувального етапу експерименту ми поставили за мету схарактеризувати наявний стан ментального здоров'я осіб похилого віку і визначити його психологічні детермінанти саме у літніх людей. Зазначимо, що 30 відсотків вибірки – це працюючі респонденти, решта – 70 відсотків – пенсіонери.

У розробці концептуальної моделі дослідження ми спираємося на наукові розвідки Л. Карамушки, щодо проблеми професійного здоров'я. Дослідниця пропонує розглядати ментальне здоров'я як систему, основним компонентом якої є професійна успішність. Науковиця пропонує два основних підходи: перший – більш вузький, в межах якого мова йде про безпосередньо психічне здоров'я, яке пов'язане з робочим місцем, де працює персонал. Для дослідження цього феномену використовуються такі поняття, як «mentally healthy workplace» («психічно «здорове» робоче місце») («Mental healthy & work»), «the psychologically healthy workplace» («психологічно «здорове» робоче місце») (Grawitch & Ballard, 2016) [17, с. 21-22].

Згідно з другим підходом, за Л. Карамушкою, то він більш загальний і має безпосереднє відношення до дослідження психологічного здоров'я організації в цілому (поряд зі здоров'ям індивіда) (Tetrik, 2002). Для цього використовується поняття «healthy organizations» («організації, які забезпечують здоров'я / орієнтовані на здоров'я», або у більш короткому варіанті – «здорові організації» (Di Fabio, 2016; Di Fabio, Cheung, & Peiro, 2020) або «healthy corporation» («здорові корпорації») (De Smet, Loch, & Schaninger, 2007). Також близьким до цього є термін «healthcare organizations» («організації, які турбуються про здоров'я») (Castanheira, Chambel, Santos & Rodrigues, 2020) [17, с. 21-22].

У першому розділі нашого дослідження, спираючись на дослідження О. Кокуна, О. Креденцер, С. Миронця, ми наголосили на таких складниках ментального здоров'я осіб похилого віку, як психологічне благополуччя,

резильєнтність, уміння комунікувати, відсутність ознак стресу та емоційного вигорання. У профільній літературі викладено результати досліджень про вплив на ментальне здоров'я зрілих людей окремих особистісних якостей, наприклад лідерських і творчих здібностей.

Погоджуємося з думкою української дослідниці І. Іванової, яка підкреслює, що літні люди – це окремий світ, усі вони концентруються на різних пріоритетах, утім, високий рівень емоційного інтелекту також виступає показником ментального здоров'я і критерієм у нашому дослідженні [14]. Зарубіжні дослідники також довели позитивний зв'язок між емоційним інтелектом і комунікативною адаптивністю літніх людей (М. Hendon).

На підставі зазначеного вище, визначаємо, що в структурі «ментального здоров'я» логічним є виокремлення трьох основних компонентів: інтелектуального – знання, інтелектуальні вміння та практичні навички щодо їхнього застосування; емоційно-ціннісного – ціннісні орієнтації, ідеали, переконання; діяльнісно-практичного – практичні вміння й навички застосування здобутих знань у практичній діяльності з вирішення особистісних і колективних смисложиттєвих проблем.

У нашому дослідженні визначено критерії дослідження стану ментального здоров'я осіб похилого віку (*когнітивний, емоційний, поведінковий*). Цінними для нашого дослідження виявилися результати експериментальної роботи щодо компонентів формування ментального здоров'я, запропоновані Л. Карамушкою, зокрема, розроблена нею «Модель функціональної системи ментального здоров'я особистості [17].

Так, згідно з ідеями Т. Титаренко, *когнітивний компонент ментального здоров'я* – це оцінка здібностей і особистісних якостей людини, її життєві цілі, ціннісні орієнтації, професійна спрямованість, творчий потенціал. *Емоційний компонент* включає в себе потреби індивіда, мотиви, інтереси, ставлення до праці, наявність чи відсутність емоційного вигорання. *Поведінковий (вольовий) компонент* у нашому дослідженні передбачає

безпосередньо актуальний психоемоційний стан, у якому перебуває особа, тобто наявність чи відсутність тривожності, депресії, стресу тощо.

На основі окреслених критеріїв та показників було схарактеризовано рівні ментального здоров'я осіб похилого віку: *оптимальний, ситуативний, мінімальний*.

Оптимальний рівень ментального здоров'я характеризується хорошою фізичною формою особи похилого віку та високим рівнем стресостійкості. Такі люди не мають ознак емоційного вигорання, характеризуються доволі високим рівнем емпатії, у них відсутні ознаки депресії, тривоги і стресу. Узагальнюючи характеристику оптимального рівня, підкреслимо, що до нього ми уналежнюємо тих літніх людей, які, попри війну та невизначеність, відсутність засобів для існування, місця проживання чи сімейного статусу, не втратили силу духу, оптимізм і психологічне благополуччя.

Ситуативний рівень ментального здоров'я характеризується наявністю в особи похилого віку хронічних хвороб і ситуативної впевненості в собі, яка коливається під впливом зовнішніх чинників; впевненість у собі не завжди усвідомлена. Для таких людей характерна упередженість і схильність до наслідування стереотипів, байдужа позиція до життя або власного здоров'я, у них наявні ознаки емоційного вигорання, наявні деякі ознаки депресії, тривоги і стресу. Слід додати коментар, що такі особи похилого віку в умовах хронічного стресу, через певні зовнішні чинники, можуть поступово втрачати мотивацію, віру в свої сили, відособлюватися, замикатися. Або з точністю – до навпаки – бути пасивно агресивними, вередливими, прискіпливими.

Мінімальний рівень ментального здоров'я характеризується наявністю багатьох хвороб, слабким здоров'ям, слабкістю, пасивною чи негативною позицією стосовно самоповаги, несформованою або втраченою стресостійкістю, проявами емоційного вигорання і тривалої фрустрації. На цьому рівні виявляються ознаки депресії, тривоги і стресу. Варто підкреслити, що такі особи похилого віку розгублені та спантеличені в

умовах війни, вони втрачають «точку опори», і майже втрачають контроль над власним життям. Усі критерії та рівні відображено в моделі ментального здоров'я осіб похилого віку (Див. модель на стор. 35).

Модель – це штучно складений об'єкт у вигляді схеми, фізичних конструкцій, мовних форм і формул, який має бути подібним до того об'єкта (чи явища), що досліджується, відображає й відтворює у найбільш простому й грубому виді структуру, властивості, взаємозв'язки й відношення між елементами цього об'єкта [25]; систему, яка відображається в мисленнєвій діяльності особистості чи реалізується матеріально та здатна заміщувати об'єкт таким чином, що при його вивченні можливо тримати нову інформацію про цей об'єкт [25, с. 52].

Сутність моделювання полягає у виокремленні властивостей, компонентів структури досліджуваного явища і встановленні зв'язків та взаємозалежностей між ними. Експериментальне моделювання дає змогу розкрити якісну сторону теорії, оскільки модель виступає складовою практичної перевірки теорії і цілеспрямовано створює умови для проведення дослідної роботи [25, с. 63].

Таким чином, розроблена нами «Модель захисту ментального здоров'я осіб похилого віку» представляє зміст емпіричного дослідження в системі, через поєднання воедино критеріїв, показників і рівнів феномена, що досліджується.

Модель формування ментального здоров'я осіб похилого віку

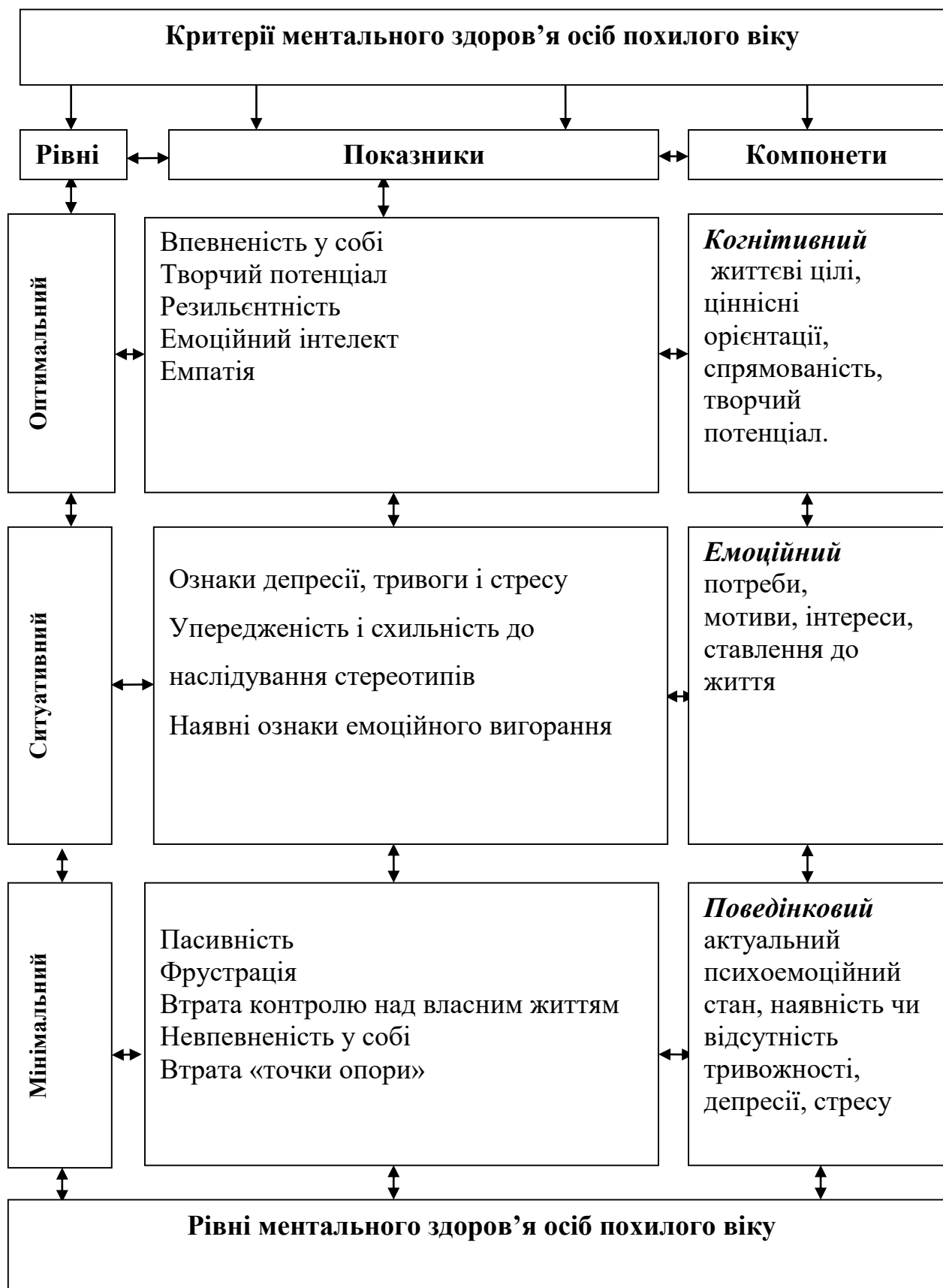


Рис. 2.1. Модель захисту ментального здоров'я осіб похилого віку

2.2. Обґрунтування психодіагностичного інструментарію та характеристика груп досліджуваних респондентів

На констатувальному етапі дослідження для визначення стану ментального здоров'я осіб похилого віку було запропоновано діагностувальні завдання. Дослідження проводилося у групі літніх людей – 30 осіб (21 жінка та 9 чоловіків) віком від 60 до 71 року на базі Комунального закладу «Вознесенський центр надання соціальних послуг». Усі особи на момент дослідження проживали у м. Вознесенськ, мають схожі умови життя, споріднені інтереси, рівень матеріального забезпечення, задовільний стан фізичного здоров'я, відповідно до вікової норми.

Мета емпіричного дослідження: емпірично перевірити рівень ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах невизначеності воєнного часу, та виявити, чи існує зв'язок між отриманими під час дослідження результатами.

Об'єкт дослідження: стан ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах війни.

Предмет дослідження: дослідження психологічних детермінант ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу.

Завдання емпіричного дослідження:

1. Описати етапи проведення емпіричного дослідження.
2. Обрати методи проведення емпіричного дослідження.
3. Провести дослідження ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах невизначеності воєнного часу, проаналізувати отримані дані, зробити висновки.
4. Розробити рекомендації щодо збереження стану ментального здоров'я з урахуванням особливостей умов воєнного часу.

Експериментальне дослідження поділяється на 4 основні етапи:

- 1-й: теоретичний. Відбувається постановка проблеми. Конкретно визначається проблематика, тема майбутнього дослідження. На цьому етапі

обирається об'єкт, предмет дослідження. Також цей етап включає аналіз наукової літератури, обґрунтування мети дослідження і окреслення завдання для її досягнення.

- 2-й: методичний етап. На цьому етапі розробляється методика експерименту, експериментальний план, прописується програма експерименту, визначається вибір контингенту, база дослідження.

- 3-й: власне констатувальний експеримент. Це етап безпосереднього проведення дослідження, диференціації і структуризації отриманих результатів дослідження. Під час цього етапу проводилася діагностика ментального здоров'я осіб похилого віку за допомогою обраних методик («Шкала психологічного благополуччя» К. Ріфф (Ryff C. The scales of psychological well-being), «Шкала психічного благополуччя Ворик-Единбург» (Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale, WEMWBS), авторський опитувальник стану ментального здоров'я.

- 4-й етап: аналітичний. Заключний етап, на якому проводиться аналіз отриманих результатів. За допомогою методів математичної статистики результати систематизуються, складаються порівняльні таблиці, графіки. Результати інтерпретуються і формулюються висновки дослідження.

Нами було дібрано методики, які доцільно використовувати на етапі емпіричного дослідження ментального здоров'я зрілої особистості:

1. Авторський опитувальник стану ментального здоров'я (Додаток А).
2. Для діагностики психологічного благополуччя особистості – методика «Шкала психологічного благополуччя» К. Ріфф (Ryff C. The scales of psychological well-being), яка являє собою шестифакторну модель психологічного благополуччя особистості і вивчає його на принципах евдемоністичного підходу.

Для діагностики загального психічного благополуччя на момент дослідження – методика «Шкала психічного благополуччя Ворик-Единбург» (Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale, WEMWBS) [7].

- метод констатувального експерименту. Спрямований на визначення стану ментального здоров'я осіб похилого віку, виявлення вихідних даних кількісних показників проявів ментального здоров'я, встановлення психологічних детермінант даного феномену.

- метод порівняльного аналізу і узагальнення отриманих результатів. Даний метод застосовувався для порівняння отриманих результатів психологічного дослідження між контрольною і експериментальною групами. Він дозволив сформулювати закономірності отриманих результатів та визначити психологічні детермінанти ментального здоров'я.

- метод математичної статистики. Середній рівень ментального здоров'я визначався за допомогою середньої арифметичної цих величин (M). Для визначення середньої значення показника у діапазоні балів розраховувалась медіана (M_d) – середній елемент сукупності при їх впорядкованому розташуванні [4, с. 163]. Також був застосований метод кореляційного аналізу, кореляція визначалася за допомогою коефіцієнта кореляції r -Пірсона. Коефіцієнт кореляції r -Пірсона застосовується для дослідження взаємозв'язку змінних [4, с. 164].

Для підрахунку коефіцієнта кореляції r -Пірсона була застосована формула:

$$r_{xy} = \frac{\sum x_i y_i - (\sum x_i)(\sum y_i)}{\sqrt{(n \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2)(n \sum y_i^2 - (\sum y_i)^2)}}$$

де x_i – значення ментального здоров'я

y_i – значення психологічних детермінант ментального здоров'я

Також треба відзначити, що діагностичні методики дослідження ментального здоров'я обираються в залежності від того, який саме компонент цього поняття планується досліджувати в першу чергу: фізичний, матеріальний, духовний, соціальний, економічний, особистісний, екзистенціальний. Або ж загальний рівень ментального здоров'я.

Для кожного цього компоненту підбираються спеціальні діагностичні методики, що дозволяють більш глибоко і ретельно дослідити ті аспекти, що

розкривають суть ментального здоров'я у обраному напрямку. Так, наприклад, для вивчення фізичного компоненту можна застосувати опитувальники рівня загального здоров'я (CHQ-12), опитувальник BOOЗ-100. Суб'єктивне ментальне здоров'я можна оцінити за шкалою суб'єктивного благополуччя (A. Perrudet-Badoux, G. Mendelsohn, J. Chiche). Соціальний аспект – методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Раймонда, матеріально-економічний – шкала задоволеності життям (SLS, В. О. Хащенко, А.В. Баранова), методика суб'єктивного економічного благополуччя В. О. Хащенка. Екзистенціальний – шкала екзистенції А. Ленглі, К. Орглер [2].

Це далеко не повний перелік, за допомогою якого можна проводити діагностику стану ментального здоров'я осіб похилого віку. Але, як правило, методики більш вузького спрямування, краще застосовувати після оцінки загального показника ментального здоров'я. Цей показник допомагає виявити саме ті провідні тенденції психологічного самопочуття особистості, що відображають її загальні ціннісні орієнтири.

Опишемо більш розлого зміст кожної з методик діагностики.

У межах нашого дослідження було обрано саме методику, яка містить не тільки окремі шкали показників ментального здоров'я, але і загальний показник психологічного благополуччя особистості – методику Шкала психологічного благополуччя К. Ріфф (додаток Б).

Методика Шкала психологічного благополуччя К. Ріфф (The scales of psychological well-being) є опитувальником із 84 пунктів, що містить твердження відносно того, як людина ставиться до себе і свого життя.

Даний опитувальник дозволяє виміряти як об'єктивний, так і суб'єктивний бік ментального здоров'я, який тісно пов'язаний із усвідомленням життя, ціннісно-смисловою сферою і мотивацією. Згідно цієї методики психологічне благополуччя досліджується і як показник внутрішньої організації життя людини, і як зовнішнє спрямування її діяльності [13].

Оцінка виводиться по шістьох основних шкалах:

Шкала «Позитивні відносини» – відображає якість відносин досліджуваного із його оточенням, відкритість, теплоту у міжособистісних стосунках. Респондент із найменшим балом має обмежену кількість довірчих відносин із оточуючими, йому складно відкриватися, проявляти теплоту у стосунках та піклуватися про інших. Міжособистісні взаємини характеризуються ізольованістю і фрустрацією, відсутнє бажання йти на компроміси для того, щоб підтримувати важливі зв'язки із оточенням. Респондент із високим балом має задовільні, довірчі стосунки, піклується про благополуччя інших, здатний до співпереживання, допускає у своє життя прив'язаності і близькі відносини, є розуміння того, що стосунки між людьми побудовані на взаємних поступках.

Шкала «Автономність» – характеризує самостійність і незалежність досліджуваного, вміння регулювати власну поведінку, оцінювати себе згідно власних особистих критеріїв, рівень залежності від думки інших. Високий бал за цим критерієм свідчить про самостійність і незалежність досліджуваного, яких здатен протистояти спробам суспільства змусити його думати або діяти певним чином. Він вміє самостійно регулювати власну поведінку, оцінює себе за власними, особистими критеріями. Низький бал свідчить про залежність від думки оточуючих, при прийнятті важливих рішень керується чужою думкою, легко піддається впливу соціуму.

Шкала «Керування оточенням/Управління середовищем» – компетентність в управлінні оточенням, вміння ефективно використовувати наявні можливості. Інша назва цієї шкали «Компетентність», адже досліджуваний із високим рівнем володіє навиком або компетенцією управління оточенням, регулює і контролює свою зовнішню діяльність і вдало використовує наявні можливості, є здібність помічати і створювати такі умови, які задовольняють особисті потреби і сприяють досягненню поставлених цілей. Низький рівень за цією шкалою характерний для людини, яка відчуває певні складності у налагодженні своєї повсякденної діяльності,

відчуває нездатність змінити або поліпшити ситуації і обставини, не відчуває контролю над зовнішньою діяльністю, тобто – не володіє компетентністю керувати власним життям.

Шкала «Особистісне зростання» – відображає розвиток досліджуваного, відкритість до нового досвіду, рівень реалізації власного потенціалу. Досліджуваний із найбільшим балом відчуває безперервний особистісний розвиток, власний прогрес, зміни згідно нових знань і компетенцій. Низький бал – відсутність особистісного розвитку, відчуває нереалізованість, нудьгу, незацікавленість власним життям.

Шкала «Мета у житті» – характеризує почуття спрямованості у житті, сенсу життя, наміри і цілі. Респондент із високим рівнем живе із відчуттям спрямованості власного життя, наявності цілей і стимулів, є розуміння сенсу свого минулого і майбутнього, у нього є наміри і цілі, він дотримується переконань, які ведуть його до мети. У респондента із низьким рівнем відсутній сенс життя, цілі, наміри, переконання і перспективи, які характеризують сенс його життя.

Шкала «Самоприйняття» – вимірює позитивне/негативне ставлення до себе, розчарування у собі, прийняття свого минулого і теперішнього досвіду. Випробовуваний із найбільшим балом позитивно ставиться до себе, розуміє і приймає різні сторони своєї особистості (не тільки позитивні, але й негативні), мудро ставиться до свого минулого. Випробовуваний із низьким балом є людиною незадоволеною собою, розчарованою власним минулим, актуальне занепокоєння деякими особистими якостями, не приймає себе, бажає бути кимось іншим.

Модель містить додаткову шкалу «Загальний рівень психологічного благополуччя», яка підсумовує і виводить інтегральну оцінку ментального здоров'я осіб похилого віку.

При застосуванні цієї моделі автор звертає увагу на гендерні особливості: так жінки похилого віку мають більш високі бали за шкалою «Позитивні відносини із оточуючими» і «Особистісне зростання»; культурні

особливості – досліджувані, які є представниками індивідуалістичних культур демонструють вищі показники самоорієнтованого спектру, а саме – самоприйняття, автономія, особистісне зростання, в той же час представники колективістських культур більш важливими вважають позитивні стосунки із іншими. Перші схильні приписувати собі позитивні якості, другі – іншим; вікові особливості – показники управління середовищем і автономії мають тенденцію підвищуватися із віком досліджуваних, а оцінка особистісного зростання та цілей у житті – навпаки, із віком дещо зменшується.

Особлива увага автора моделі звертається на вікові аспекти. Наприклад, показник управління середовищем та автономії зростає із віком, а показник особистісного зростання та цілі у житті, навпаки, із віком зменшується. Позитивні відносини із іншими і самоприйняття не мають істотної різниці у різних вікових групах. Встановлення цих закономірностей може вказувати на ймовірність психологічних проблем у осіб старших вікових груп.

Також варто оцінити загальний рівень ментального здоров'я осіб похилого віку на момент дослідження, адже він тісно пов'язаний із психологічним благополуччям особистості і дозволяє виявити загальний психоемоційний фон досліджуваної особи. Оцінка психологічного благополуччя дасть змогу підтвердити коректність результатів ментального здоров'я осіб похилого віку у вибірці.

Для цього у дослідженні застосовано методику «Шкала психічного благополуччя» Ворик-Единбург ((Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale, WEMWBS). Цей діагностичний інструмент складається із 14 висловлювань, які мають відобразити почуття та думки досліджуваної особи протягом останнього тижня. Кожне висловлювання оцінюється за п'ятибальною шкалою. Дана діагностична методика була розроблена професором Сарою Стюарт-Браун та професором Стівеном Платтом з Единбурзького університету з метою забезпечити надійний і корисний інструмент для моніторингу стану психічного благополуччя у популяції. Крім того, методика дозволяє оцінити вплив різноманітних втручань у ментальне здоров'я. Дана

методика підходить для дослідження у різних вікових та демографічних групах.

2.3. Емпіричний аналіз значущих компонентів в структурі ментального здоров'я осіб похилого віку

Загальні показники ментального здоров'я за шестифакторною моделлю К. Ріфф по всій вибірці й за всіма 6-ма показниками представлені у Додатку Г, де M – середнє арифметичне рівня психологічного благополуччя, як критерію ментального здоров'я осіб похилого віку.

Отже, загальне середнє арифметичне значення ментального здоров'я осіб похилого віку (M) по всій вибірці склало 364 бали, що відповідає середньому рівню психологічного благополуччя (за К. Ріфф). За окремими шкалами середні арифметичні значення розподілилися наступним чином:

- позитивні відносини – 61 (середній рівень) – для цього рівня характерна достатня кількість довірливих відносин з оточуючими, здатність співпереживати, є близькі і дружні відносини, але існують деякі труднощі із відкритістю, виявленням теплоти, особи можуть відчувати дефіцит теплоти у відносинах.
- автономія – 60 (середній рівень) – характерний середній рівень самостійності і незалежності від думки оточуючих, в цілому респонденти здатні протистояти спробам суспільства змусити думати і діяти певним чином, можуть відстояти власну думку, але інколи відчують невпевненість і деяку залежність від оточуючих;
- керування оточенням/управління середовищем – 57 (середній рівень) – свідчить про помірний контроль своєї зовнішньої діяльності, при цьому не використовуються всі наявні можливості для задоволення особистісних потреб;

- особистісне зростання – 64 (середній рівень) – наявний особистісний розвиток, але дещо обмежена відкритість новому досвіду. Власний потенціал реалізується не в повній мірі, інколи відчувається нудьга;
- цілі у житті – 63 (середній рівень) – респонденти вважають, що минуле і майбутнє життя має сенс, є наміри і цілі у житті, але відчувають невпевненість щодо перспектив і переконань, що стосуються сенсу життя;
- самоприйняття – 60 (середній рівень) – опитувані в цілому позитивно ставляться до себе, знають і приймають свої сильні і слабкі сторони, при цьому існує деяка невдоволеність собою, можливі розчарування якимись подіями у минулому і занепокоєння майбутнім.

У контексті нашого дослідження маємо внести суттєві уточнення. Емпіричне дослідження відбувалося в умовах геронтологічного закладу, тому такі показники, як «цілі у житті» показує потенційно лише ті цілі, які дозволяє реалізувати спецзаклад. Тому ми розуміємо під «цілями» осіб похилого віку найближчу перспективу щодо поліпшення здоров'я, лікування, дієздатності. З бесіди з даною категорією людей нам вдалося зрозуміти, що для багатьох цілями на майбутнє є зустріч із дітьми та внуками, які через війну були змушені виїхати за межі міста, області, країни.

Так само критерій «особистісне зростання» доволі сумнівно сприймається літніми людьми, бо вони усміхаються, коли в бесіді заходить мова про зростання. Багатьом з них видається, що особистісне зростання залишилося далеко позаду, в минулому, і попереду лише кволе існування і смерть. Хоча знайшлися й такі респонденти, хто сміливо заявили: що їхнє зростання – це «мрія про подорож до Парижу», і взагалі дехто із літніх людей, особливо – жінок, дійсно здійснюють рефлексію і самоаналіз, але неусвідомлено.

Проаналізуємо одержані дані емпіричного дослідження і нормативні дані, представлені у методиці К. Ріфф. Для цього визначимо і порівняємо

середні арифметичні значення отриманих результатів ($M_{\text{емп.}}$) і середні арифметичні значення нормативних значень методики ($M_{\text{теор.}}$) у табл. 2.1.

Таблиця 2.1.

Середні значення факторів ментального здоров'я осіб похилого віку

Рівень	Позитивні відносини	Автономія	Керування оточенням	Особистісне зростання	Цілі у житті	Самоприйняття	Психологічне благополуччя
Інтервал розподілу балів для середнього рівня психологічного благополуччя (згідно методики)	53-74	48-62	51-71	53-71	54-75	49-71	315-413
$M_{\text{теор.}}$	63,5	55	61	62	64,5	60	364
$M_{\text{емпир.}}$	61	60	57	64	63	60	364

Як видно із показників таблиці, при порівнянні $M_{\text{теор.}}$ і $M_{\text{емп.}}$ найвищий рівень $M_{\text{емп.}}$ по вибірці у показника «Автономія» – він більший за $M_{\text{теор.}}$ на 5 балів, або на 9,1 %, а найменший – «Управління середовищем» – $M_{\text{емп.}}$ менше за $M_{\text{теор.}}$ на 4 бали, або на 6,6 %. Отже, в умовах невизначеності воєнного часу згідно проведеного дослідження найбільше постраждав такий аспект

психологічного благополуччя як управління середовищем – здатність людини ефективно управляти власним життям і зовнішніми обставинами.

Розділимо нашу вибірку за віковим критерієм на контрольну групу (особи похилого віку 60-65 років) і на експериментальну групу (66-71 рік) і обчислимо середні арифметичні значення ($M_{\text{емп.}}$) по шкалах шестифакторної моделі К. Ріфф для кожної групи на основі даних таблиць, що у Додатку Г. Також обчислимо медіану M_d для діапазону середнього рівня показників ментального здоров'я. Це дозволить порівняти отримані результати із величиною ознаки, що розташована всередині ранжованого ряду, яку і визначають як медіану. Результати внесено у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

**Середні арифметичні значення показників ментального здоров'я
для осіб похилого віку**

Вікова група	Показник ментального здоров'я						
	Позитивні відносини	Автономія	Керування оточенням	Особистісне зростання	Цілі у житті	Самоприйняття	Психологічне благополуччя
Контрольна група ($M_{\text{емп.}}$)	62	63	58	67	66	64	380
Експериментальна група ($M_{\text{емп.}}$)	61	57	56	61	59	55	348
Діапазон балів для середньому рівня ментального здоров'я	53-74	48-62	51-71	53-71	54-75	49-71	315-413
Медіана M_d	63,5	55	61	62	64,5	60	365

Отже, як бачимо у таблиці 2.4 у контрольній групі показники по окремих шкалах і загальний рівень ментального здоров'я знаходяться у діапазоні – середній рівень і тільки показник автономії у контрольній групі у

діапазоні високого рівня. Рівень показників по всіх шкалах у контрольній групі вищий за відповідні показники у експериментальній групі на:

- 1,61 % (позитивні відносини);
- 9,52 % (автономія);
- 3,45 % (управління середовищем);
- 8,96 % (особистісне зростання);
- 10,61 % (мета у житті);
- 14,06 % (самоприйняття);
- 8,42 % (загальний рівень).

Наочно отримані результати порівняння показників відображені у діаграмі (рис. 2.1.)

Примітка:

- 1) на осі ординат – значення показників ментального здоров'я;
- 2) на осі абсцис – показники ментального здоров'я.

У віковій групі 60-71 років порівняно із віковою групою 60-65 років найбільше знижуються показники самоприйняття, особистісного зростання, мети у житті, автономії. Порівняємо отримані рівні по контрольній і експериментальній групі із медіаною (M_d) на графіку (рис. 2.1.)

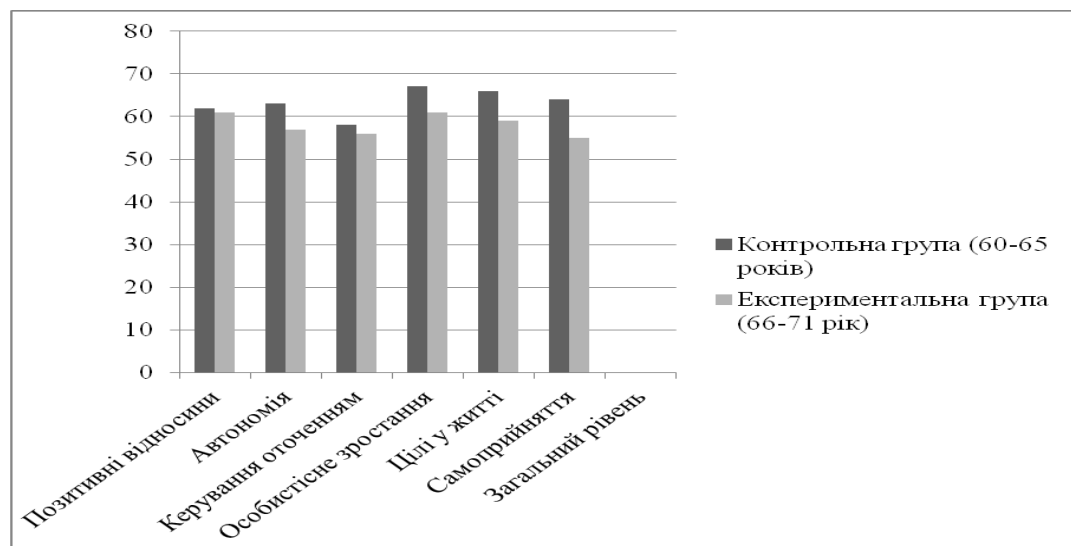


Рис. 2.1. Порівняння рівнів середньоарифметичних значень отриманих результатів по шкалі психологічного благополуччя К. Ріфф.

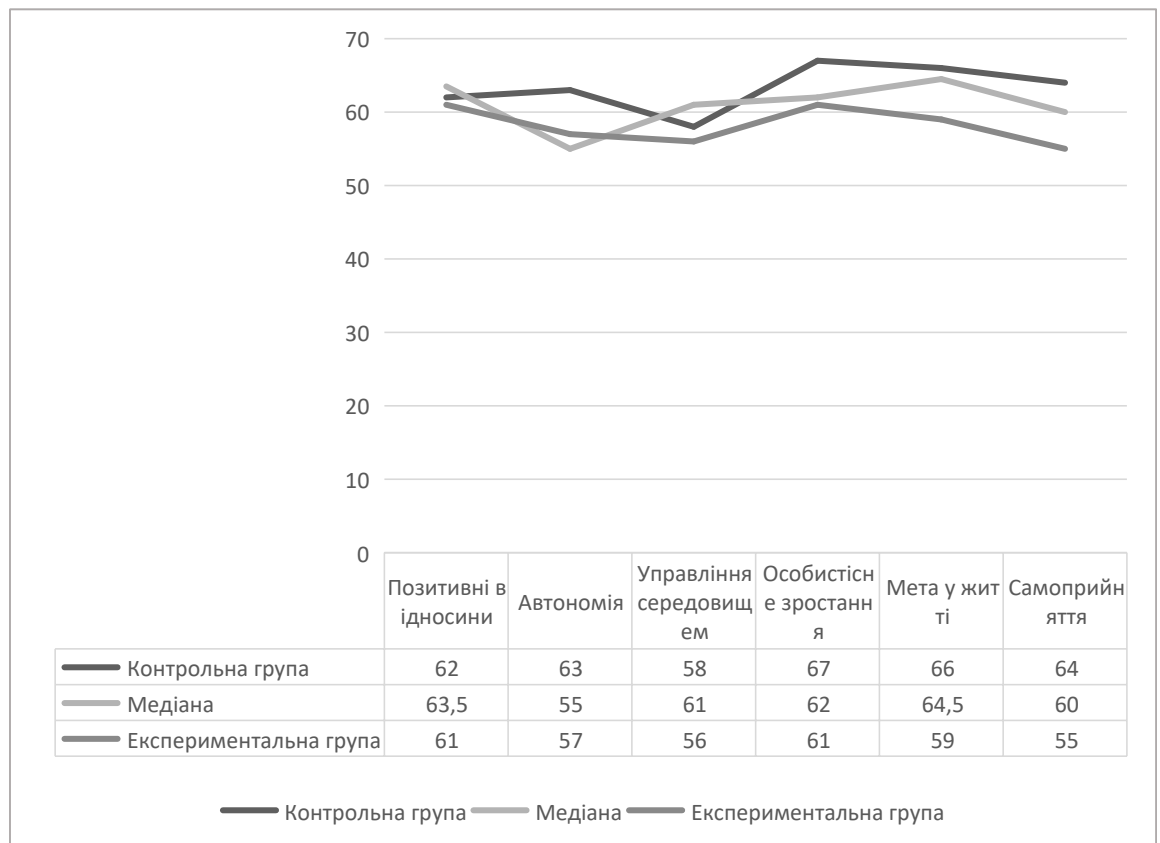


Рис. 2.1. Порівняння рівнів показників ментального здоров'я у контрольній і експериментальній групі із медіаною діапазону

Як бачимо на графіку (рис. 2.1.) у віковій групі 60-65 років більш високі рівні ментального здоров'я по всіх шкалах. При чому, за умов невизначеності воєнного часу менший за медіанне значення рівень в обох групах по показнику «позитивні відносини», «управління середовищем». Отже, можна припустити, що у віковій категорії 60-65 років в умовах невизначеності спостерігається більш високий рівень психологічного благополуччя загалом, а у віковій категорії 66-71 рік – більш низький рівень, що підтверджує припущення, що вікові життєві і екзистенціальні кризи, підсилені умовами невизначеності воєнного часу, компонентом екстремальності та травматичним досвідом.

Для того, щоб перевірити одержані дані дослідження ментального здоров'я осіб похилого віку визначимо його рівень у контрольній і основній

групі згідно «Шкала психічного благополуччя» Ворик-Единбург ((Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale, WEMWBS). Твердження цієї методики багато в чому схожі із твердженнями опитувальника К. Ріфф і дозволяють визначити стан психічного ментального здоров'я на момент дослідження. Отримані дані представлені у Додатку Д.

Таким чином, середній рівень ментального здоров'я за використаною методикою – 53,3 бали, що входить у діапазон високого рівня психічного благополуччя (самопочуття) на момент дослідження.

Розподілимо отримані дані по групах у табл. 2.3

Таблиця 2.3

Показники ментального здоров'я на момент дослідження

Група досліджуваних	Показники ментального здоров'я	
	Бал	Рівень
Контрольна (М _{емп.})	54	Високий
Експериментальна (М _{емп.})	52	Високий

Дані табл. 2.3. свідчать про високий рівень психічного благополуччя як у контрольній, так і у експериментальній групі, але у контрольній групі він більший на 3,7 %.

Отже, показники психічного благополуччя проранжовані згідно віку досліджуваних і відрізняються несуттєво, майже всі знаходяться у високому діапазоні, який починається із 43 балів (нижня межа). Тільки одна досліджувана особа (вік 67 років) має середній рівень. Представимо на графіку такий розподіл балів (рис. 2.2)

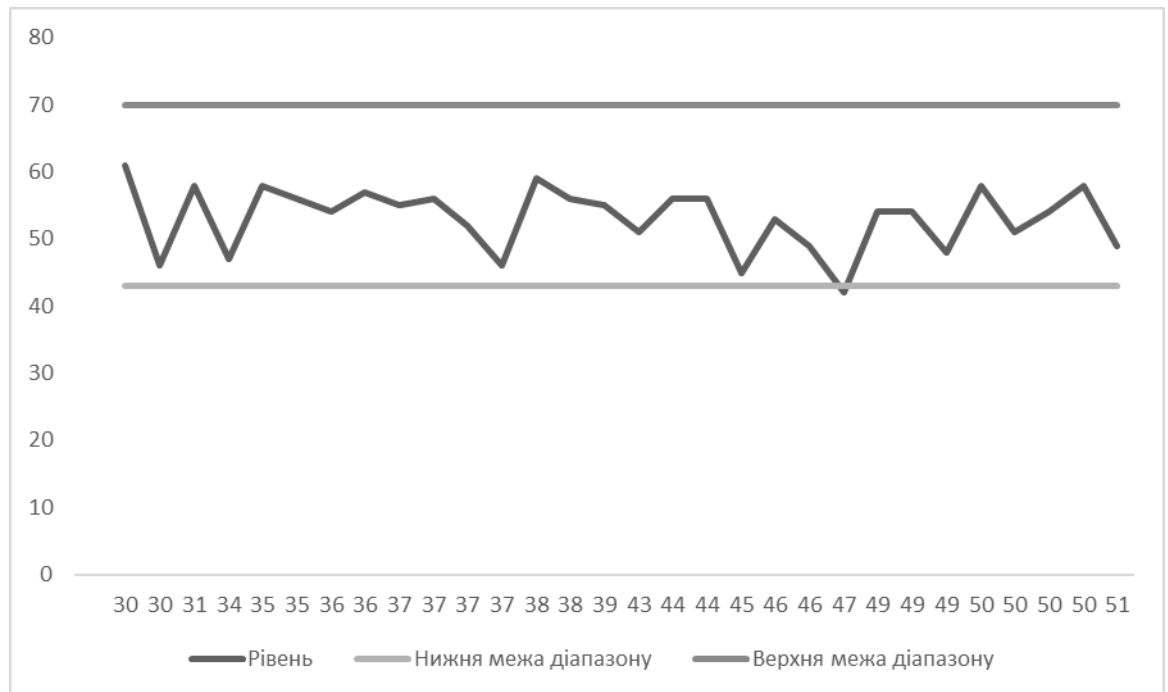


Рис. 2.2. Розподіл рівнів психічного благополуччя відносно нижньої межі діапазону

Примітка: 1) на осі ординат – значення психічного благополуччя в балах; 2) на осі абсцис – вік досліджуваних.

У контрольній групі найбільший показник психічного благополуччя (61), а у експериментальній – найменший (42), що вже входить у діапазон середнього рівня. Застосована методика дає можливість зробити висновок, що на момент дослідження майже всі особи похилого віку ментально почувалися в цілому нормально, мають досить високий рівень психічного благополуччя.

В цьому контексті варто відзначити, що невизначеність воєнного часу, для якої характерна, в першу чергу, відсутність подібного травматичного досвіду у минулому людини, більш негативно впливає саме на людей у віковій категорії 65-71 рік. До таких умов невизначеності опитувані відносять страхи і сумніви щодо майбутнього, благополуччя і здоров'я як власного, так і близького оточення.

Оскільки отримані дані дослідження щодо ментального здоров'я більш високі у контрольній групі, а рівень психологічного благополуччя – нижчий, доречно визначити, чи існує кореляційний зв'язок між цими показниками. В даному випадку припустимо, що існує кореляція – більш високі показники психологічного благополуччя відповідають більш високим значенням рівня ментального здоров'я.

H_0 : кореляція між рівнем психологічного благополуччя і рівнем ментального здоров'я не відрізняється від 0.

H_1 : кореляція між рівнем психологічного благополуччя і рівнем ментального здоров'я статистично значимо відрізняється від 0.

Ступінь кореляційного зв'язку визначимо за допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона (r_{xy}), де x – рівень психологічного благополуччя, а y – рівень ментального здоров'я осіб похилого віку. Після розрахунків отримано наступні результати:

$$r_{xy \text{ емп.}} = -0,44. \quad r_{0,01} = 0,46. \quad r_{0,05} = 0,36$$

Таким чином, приймається гіпотеза H_1 : існує статистично значущий зв'язок між рівнем психологічного благополуччя і рівнем ментального здоров'я осіб похилого віку $p \leq 0,05$. Чим більший рівень психологічного благополуччя, тим вищий рівень ментального здоров'я, тобто властивість людини більш спокійно витримувати умови невизначеності і стрес-фактори (резильєнтність) може позитивно впливати на загальний рівень її ментального здоров'я.

А оскільки нам відомо, що представники контрольної групи мають більш високі рівні психологічного благополуччя по всіх шкалах і відповідно більш високий рівень ментального здоров'я, то можна припустити, що з віком стан ментального здоров'я дещо зростає, людина схильна більше боятися нового досвіду, складнощів і відсутності інформації, відчуваючи при цьому більшу напругу і стрес, ніж раніше. При цьому умови невизначеності воєнного часу, екстремальність подій, травматичний досвід, підсилюють рівень стресу і напругу у експериментальній групі, адже вік досліджуваних у

цій групі характеризується проявом вікових і екзистенційних криз, а новизна проблеми є основним джерелом напруги.

Для кращого розуміння того, від чого залежить найбільше задоволення життям як фактор ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах невизначеності воєнного часу було проведено анкетування (Додаток А), результати надані на діаграмі (рис. 2.3.)

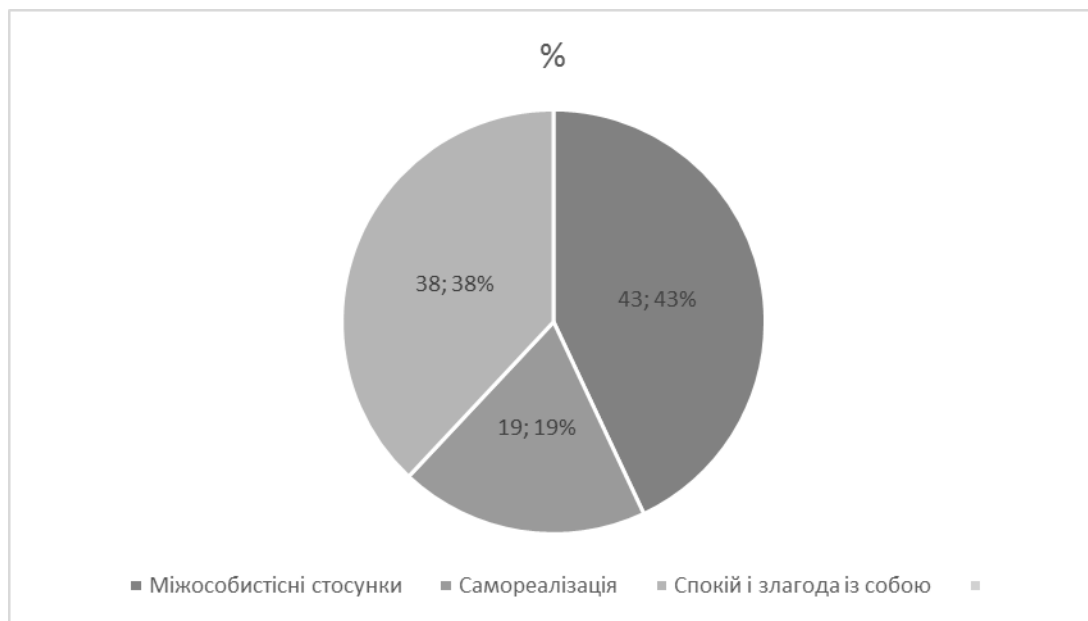


Рис. 2.3. Результати анкетування осіб похилого віку щодо їхнього ставлення до задоволення життям

Отже, на думку опитаних осіб похилого віку, ментальне здоров'я залежить від якості міжособистісних стосунків (43 %), спокій і злагоду із собою назвали 38 % опитаних, а досягнення цілей і самореалізація (саморозвиток) як фактор задоволення від життя назвали 19 %. Це свідчить, що цінність міжособистісних взаємин є найбільшою для опитаних, адже ми вже акцентували в нашій роботі, що літня людина найбільше потребує спілкування і поваги. Також люди похилого віку переважно пенснери, вони вже реалізовані особистості на законному відпочинку.

Задоволеними від життя на даному етапі вважають себе 83 % опитуваних. Але, зважаючи на загальний характер цього питання, цей результат є досить відносним.

Питання «Чи можете ви сказати, що війна похитнула ваше здоров'я і психологічне благополуччя?» викликало переважно відповідь «Так», але особи похилого віку вважають, що час все одно лікує, допомагає оговтатися, дає спокій та рівновагу.

На запитання «Як ви справляєтеся з поганим настроєм, негативними думками?» знову-таки переважна більшість респондентів вказала на спокій і злагоду з собою, міжособистісні стосунки, ресурс отримують від улюблених занять, перегляду серіалів, прослуховування аудіо-книг, гортання стрічки Тік-Ток, від домашніх тваринок, дітей, онуків, городу тощо.

Отже, підсумовуючи результати емпіричного дослідження, можна зробити висновок, що найбільш вразливим показником в умовах невизначеності воєнного часу виявився показник «Керування оточенням», найменш вразливим – «Автономія».

Позитивні відносини, товариськість більшість опитуваних вважають пріоритетом у задоволенні життям в умовах війни.

Із віком знижується значення особистісного зростання і цілей у житті, що підтверджує висновки авторки шестифакторної моделі психологічного благополуччя К. Ріфф.

На запитання «Що б ви побажали молодому поколінню задля збереження здоров'я і оптимізму?» особи похилого віку вказали «терпіння, доброта, вміння пробачати, взаємоповага, життєва мудрість, цілеспрямованість, завзятість, здатність не накопичувати образи».

Отже, результати констатувального експерименту розкрили для нас картину дійсності життя і стану ментального здоров'я осіб похилого віку одного з геронтологічних закладів Півдня України. Це, на нашу думку, специфічне дослідження яскраво демонструє злободенні проблеми реального життя літніх українців.

Висновки до другого розділу

Узагальнені та проаналізовані дані, отримані під час емпіричного дослідження, дозволили сформулювати наступні висновки:

Визначено етапи проведення емпіричного дослідження ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах невизначеності воєнного часу, які дозволили організовано і ефективно провести дане дослідження.

Обґрунтовано обрання методів проведення даного дослідження: метод теоретичного аналізу і узагальнення – для опрацювання наукової літератури та інформації, що стосується теми дослідження; метод психодіагностичного обстеження – для отримання загальних показників рівня ментального здоров'я (шкала психологічного благополуччя К. Ріфф, шкала психічного благополуччя Ворик-Единбург, метод констатувального експерименту; метод анкетування – для визначення критеріїв поняття «ментальне здоров'я» в умовах війни; метод порівняльного аналізу і узагальнення отриманих результатів у контрольній і експериментальній групах; метод математичної статистики – для визначення середнього арифметичного, медіани розподілу та наявності кореляції між рівнем психологічного благополуччя та рівнем ментального здоров'я за допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона.

Проведено емпіричне дослідження ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах невизначеності воєнного часу та їх рівня психологічного благополуччя. Аналіз встановив наступне:

- загальний рівень ментального здоров'я за шестифакторною шкалою К. Ріфф по всій вибірці відповідає середньому рівню цього показника, також на середньому рівні показники всіх шести компонентів у моделі К. Ріфф. Найвразливіший чинник ментального здоров'я – «Керування оточенням», що свідчить про певну обмеженість повного і ефективного контролю своєї зовнішньої діяльності, залежність від обставин, адже воєнний час, нажаль, зменшив можливості людини похилого віку повною мірою контролювати

обставини свого життя. Разом з тим, перебування у спеціальному закладі для осіб похилого віку не дозволяє вважати себе господарями.

- поділ вибірки на контрольну і експерименту групи за віковим критерієм дозволив встановити, що у осіб у віковому діапазоні 60-65 років показники по всіх шкалах нижче загалом на 8,42 %. Найбільше – по показнику «Самоприйняття» – менший у експериментальній групі на 14,6 %, «Мета у житті» - на 10,61 %, «Особистісне зростання» - на 8,96 %. Найменше відхилення між групами досліджуваних по показнику «Позитивні відносини» - 1,61 %, що свідчить про актуальність близьких, теплих стосунків у будь-якому віці.

- рівень ментального здоров'я за шкалою Ворик-Единбург майже по всій вибірці високий, лише одна людина похилого віку має цей показник у середньому діапазоні. Це означає, що на момент дослідження всі опитувані почували себе цілком нормально. Але у контрольній групі цей показник на 3,7 % вищий за експериментальну, що підтверджує більш високі показники ментального здоров'я у контрольній групі за шкалою К. Ріфф.

- після проведеного кореляційного аналізу за допомогою коефіцієнта кореляції r -Пірсона було встановлено, що існує статистично значущий зв'язок між рівнем психологічного благополуччя і рівнем ментального здоров'я. Чим більший рівень ментального здоров'я, тим вищий рівень психологічного благополуччя.

- аналіз результатів анкетування показав, що якість міжособистісних стосунків під час війни є найважливішою умовою задоволення життям. Цей аспект на 5 % важливіший для опитаних осіб похилого віку за внутрішній спокій і злагоду, і на 24 % – за самореалізацію та особистісне зростання. Задоволеними життям на даному етапі вважають себе 83 % опитаних, а до візуальних ознак задоволення життям досліджувані визначили показники, що характеризують товариську, людяність, комунікативність.

За результатами психодіагностичної роботи було розроблено психокорекційну програму для захисту ментального здоров'я осіб похилого

віку, яка містить тренінгові зустрічі щодо підвищення психологічного благополуччя і ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу. Дані тренінги містять наступні основні напрямки: спілкування, мінімальна фізична активність, навчання, допомога іншим, увага до себе.

Акцент робиться на розвитку комунікабельності, подоланні бар'єрів саморозвитку (що вкрай актуально для більш літніх осіб), самоприйняття. Ефективні методи арт-терапії, когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованої терапії, позитивної психології тощо закладені в зміст нашої психокорекційної програми.

Для підвищення рівня ментального здоров'я ефективним є усвідомлене застосування копінг-стратегій адаптації до умов невизначеності (підвищення відповідальності, звернення по допомогу, зміна ставлення до наявної ситуації, планування життя, самоконтроль та ін.). Для ефективного вирішення особистісних проблем, подолання внутрішньоособистісного конфлікту необхідний психологічний супровід літніх людей, який має бути спрямовано на вироблення конструктивних стратегій подолання внутрішніх суперечностей, життєвих труднощів, здатність зберігати цілісність особистості, розкривати власні ресурси й потенціал, відчувати щастя.

Доречним буде використання запозичених із інших культур елементів підвищення задоволення життям у осіб похилого віку. Захист ментального здоров'я літнього населення є базою для покращення і збереження психологічного благополуччя в умовах невизначеності воєнного часу.

Комплекс цих заходів в умовах невизначеності воєнного часу допоможе зберегти і захистити ментальне здоров'я літніх людей і в перспективі сприятиме довголіттю кожної особистості.

РОЗДІЛ 3.

РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО АНАЛІЗУ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

3.1. Обґрунтування психокорекційної програми збереження ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу

Для осіб похилого віку ми дібрали спеціальні методи захисту та збереження ментального здоров'я, з опорою на виявлені дані констатувального експерименту. Так, ми з'ясували, що для літньої людини надзвичайно важливим є режим, нормальний сон, фізичні вправи і збалансоване харчування. Такий набір ми вбачаємо оптимальним на рівні фізіології. Що стосується когнітивної сфери, то дуже цікавою нам видається ідея мемуарів, або написання щоденників свого життя. Така робота позитивно впливає на самоцінність, саморефлексію, самоаналіз. У той же час, встановлення причинної наслідковості подій і явищ власного життя допомагає прийняти його таким, як воно є.

Не менш важливою ми вважаємо ідею розробки копінг-стратегій для пенсіонерів щодо їхніх мрій, потреб і бажань. Так, у англomовних наукових розвідках поняття «копінг-поведінка» «coping behavior» – це будь-яка поведінка, спрямована на управління стресом і зниження напруги. Відтак, для нашої програми ідея копінг-стратегій для людей похилого віку вельми продуктивна. У це поняття часто включають емоційну складову – як здатність людини до саморегуляції своїх емоційних станів, включаючи мимовільні процеси, що зумовлені відмінностями в темпераменті та звичній поведінці. Термін фігурує і при описі дій, спрямованих на майбутній стресор та підготовку до можливої стресової ситуації.

Отже, копінг-стратегіями називають прийоми та способи, за допомогою яких відбувається процес подолання. Об'єднавши різні критерії,

які використовуються дослідниками для систематизації копінг-стратегій, наведемо список параметрів копінгу:

1. Спрямованість дій людини;
2. Інтенсивність подолання (активність/пасивність);
3. Адаптивність (ефективність, конструктивність, продуктивність) копінгів;
4. Соціальність (просоціальність/асоціальність);
5. Модальність (психічна сфера, з якою співвідносяться стратегії: когнітивна, емоційна, поведінкова).

На сучасному етапі виокремлено вісім видів ситуативно-специфічних копінг-стратегій, орієнтованих за вище названими модусами: «Планомірне вирішення проблем», «Позитивна переоцінка», «Пошук соціальної підтримки», «Прийняття відповідальності», «Дистанціювання», «Конфронтація», «Самоконтроль» та «Уникнення». Саме на цих ідеях збудовано один із блоків нашої програми.

Розкриємо зміст психокорекційної програми, якій ми дали алегоричну назву «Своїми силами». Серед мешканців Вознесенського центру надання соціальних послуг є люди з серйозними недугами, які часто потребують амбулаторного лікування і догляду. Є ті, хто мали в минулому шкідливі звички, вели асоціальне життя, є безхатки і інваліди. Із зрозумілих причин, ці соціальні категорії ми не залучали до апробації психокорекційної програми «Своїми силами». Джерельною базою нашої програми є документ «Жити в ногу з часом: Посібник з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки для людей старшого віку під час пандемії COVID-19: <https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-resources-covid-19>

У нашій психокорекційній програмі «Своїми силами» зазначається, що різноманітність людей, що входять до групи осіб похилого віку, подібно до будь-якої вікової категорії, матиме визначальний вплив на ступінь їхньої вразливості. Стать, вік, інвалідність, етнічне походження, сексуальна

орієнтація (ЛКБТКІ+), соціальні зв'язки, рівень грамотності, бідність, можливості працевлаштування та інші фактори сукупно впливають на те, наскільки людина буде схильна до сприйняття запропонованого матеріалу або зможе надавати підтримку іншим особам похилого віку.

Психокорекційна програма «Своїми силами» – це наш подарунок особам похилого віку. Вона спрямована на підвищення рівня адаптації, впевненості й стресостійкості; розвиток уміння виокремлювати пріоритетні мотиви й потреби; звільнення від виявів агресивності, тривожності, страхів і почуття провини; здобуття самодостатності; отримання емоційної підтримки, збереження цілісності особистості, ментального й фізичного здоров'я.

Метою психокорекційної програми «Своїми силами» є надання практичного інструментарію особам похилого віку та рекомендацій щодо того, як захистити своє здоров'я та благополуччя, а також стосовно того, як саме вони зі свого боку можуть самотужки підтримувати власне ментальне здоров'я під час та після війни в Україні. Розроблена нами програма дає відповідь на такі запитання:

- Як залишитися здоровим?
- Що мені робити, щоб покращити свій настрій?
- Як мені підтримувати зв'язки із членами моєї сім'ї та громадою?
- Де я можу отримати допомогу в разі потреби?
- Як мені впоратися з горем та відчуттям втрати?

Нижче подаємо загальні інструкції та поради, які допоможуть в реалізації програми:

1. Ви можете проводити заняття в групах або індивідуально. У випадках, коли цього вимагають культурні та соціальні традиції, діяльність має бути організована в групах із гендерною сегрегацією.

2. Рекомендується починати з тієї теми, яка найбільше підходить для вашої конкретної аудиторії – жінок і чоловіків похилого віку. Можна відштовхуватися від контексту (наприклад, міська або сільська місцевість,

біженці чи населення, що приймає), гендерних відмінностей, уподобань або релігійних звичаїв, а також будь-яких конкретних проблем, що виникають у особи (осіб) похилого віку.

3. Створіть теплу та доброзичливу атмосферу, вислухайте літню людину (людей) та визнайте доцільність їхніх почуттів.

4. Переконайтеся у наявності стільців або місць, які пристосовані та зручні для людей із будь-якими фізичними обмеженнями.

5. Переконайтеся, що ви можете стояти обличчям до осіб похилого віку, аби мати можливість комунікувати з ними очима і жестами, а також розмовляти. Також враховуйте, що вам, можливо, доведеться голосно і чітко, щоб літні люди з порушенням слуху могли вас розуміти. Дізнайтеся, чи потрібні їм окуляри для читання, щоб дивитися відео, або спостерігати за надписами на фліпчарті, чи виконувати арт-терапевтичні вправи.

6. Сплануйте достатньо часу для того, щоб можна було все вислухати, і переконайтеся, що надана вами інформація добре зрозуміла. Для цього стисло зробіть висновки і попросіть осіб похилого віку переказати, що вони зрозуміли. Наприклад, можна запитати: «Ви мене розумієте? Бажаєте, щоб я повторив(ла) інформацію?» або скажіть «Як нам краще продовжити?».

7. Під час спілкування з людьми старшого віку варто звертати увагу на тон голосу та загальну емоційну атмосферу. Проявляючи зацікавленість до потреб і побажань співрозмовника, ви демонструєте свою турботу, розуміння та повагу. Це дає їм можливість вільно поділитися спогадами, досвідом та емоціями. Важливо запитати, чого саме вони потребують у цей момент і як ви можете допомогти. Також варто не нав'язувати увагу, але дати зрозуміти, що ви готові бути поряд. Іноді кожному достатньо просто відчувати себе потрібним та цікавим.

Опишемо більш розлого блоки нашої психокорекційної програми, якій ми дали алегоричну назву «Своїми силами». Найперше, на що ми звернули пильну увагу – це тіло, фізична складова, стан здоров'я осіб похилого віку. Даний блок символічно отримав назву: «В здоровому тілі – здоровий дух».

У цьому блоці ми запропонували дихальні вправи, для зняття тривожних розладів, для зниження рівня стресу. Також запропоновано вправи на заземлення.

Техніка на заземлення «Море»

Потрібно ввімкнути шум моря, обрати для себе зручне місце, встати, стійка: ноги нарізно (поставити ноги на середину плечей і трохи зігнути в колінах), руки вільно звисають. Необхідно повністю розслабити плечі, шию, заплющити очі і уявити себе частиною моря

Чиста морська вода ніжно торкається вас, плавно гойдають хвилі вліво-вправо. Вам має бути дуже приємно.

Щоб залишатися фізично та психічно здоровими під час війни в нашій країні, жінкам і чоловікам старшого віку важливо:

- Дотримуватись звичайного розпорядку дня або розробити новий.
- Лягати спати і приймати їжу в один і той же час щодня.
- Пити достатньо рідини та вживати здорову їжу.
- Бути фізично активними (намагатися виконувати фізичні вправи з малим навантаженням щонайменше 30 хвилин щодня).¹
- Бути розумово активними. Пропозиції щодо розумової діяльності включають збирання пазлів, рішення кросвордів та головоломок, гру на музичних інструментах, в шахи, доміно тощо.
- Приймати всі призначені медичним працівником ліки та не припиняти їх прийом до вказівок лікаря.

Другий блок нашої психокорекційної програми «Своїми силами» має назву «Душа» і його присвячено емоціям і почуттям людей похилого віку. Наукові геронтологічні дослідження в Україні свідчать, що провідною детермінантою суїциду серед людей похилого віку стає їх соціальна ізоляція: майже половина тих, хто скоює самогубство, живуть самотньо. В осіб похилого віку разом з депресією можуть проявлятися клініка деменції (частково оборотна або продромальна) та наявність психотичного фокусу.

Особи похилого віку, які страждають на депресивний розлад, можуть мати скарги на пригнічений настрій, які, однак, носять загальний характер, коли хворі не можуть пояснити особливості зниженого настрою і починають скаржитися на соматичні хвороби. Літні люди демонструють звуженість мовної тематики, а також загальмованість розумової діяльності.

Також у осіб похилого віку наявне збільшення поширеності тривожних симптомів і розладів наприкінці життя, їх висока коморбідність з фізичними та іншими психічними розладами, в тому числі з депресією.

При розробці другого блоку програми ми брали до уваги той факт, що потреба у спілкуванні є актуальною для осіб похилого віку. Цікаво, що більша частина людей старше 60 років воліє спілкуватися з людьми свого віку, а представники вікової групи від 55 до 60 років найбільше цінують різноманітність у спілкуванні. Разом з тим, значна частина людей похилого віку займає «позицію жертви», чекаючи турботи і уваги від оточуючих людей: влади, медиків, сім'ї, покладаючи на них вирішення своїх життєво важливих потреб. У низці психологічних проблем людей старшого покоління основною є проблема мотивації, втрати сенсу і мети подальшого існування. Допомогти літній людині знову знайти сенс життя, повернутися до самої себе, виявити, підтримати та розвинути її творчий потенціал, усвідомити свої можливості – ось найважливіше завдання другого блоку психокорекційної програми «Своїми силами».

Другий блок програми представлений такими видами взаємодії:

Груповий інтерактив:

- Пригадайте, за що вас хвалили в дитинстві?
- Що ви відчували в той момент?
- Що з того, що ви робите сьогодні, ви робите із задоволенням?

Медитація «Яблуко»

Сядьте зручно, заплющіть очі, спробуйте розслабити кожен нерв, кожную кісточку і м'яз вашого тіла. Ваша голова порожня від думок, ви зараз у нульовій відмітці системи координат. Щелепи розслаблені, рот і губи теж,

шия поступово розслабляється, плечі поволі стають невагомими, як крила. Руки важкі, теплий струм тече в животі, і плавно перетікає в ноги. Ноги м'які, як пух. Ви повністю розслаблені. А зараз уявіть, що в грудях (десь поблизу серця) у вас красиве яблуко, і зосередьтеся на ньому. Роздивіться його, поспостерігайте. А тепер розплющуйте очі. Намагайтеся завжди бути в такому стані, коли відчуваєте стрес, роздратування або гнів.

- Вправа «Метелик».
- Поясніть літній людині, що коли вона вдихає, то м'яко надуває свій живіт, як повітряну кульку, а коли видихає, повітря ніби повільно виходить із кульки.
- Покласти руки на ребра і відчути, як вони здійснюються і опускаються при вдихах і видихах.
- Уявляти, як вдихаєш сірий кисень, а видихаєш рожевий.
- Техніка «Свічка-Квітка»: задуваємо уявну свічку (довгий видих), вдихаємо аромат уявних квітів (мінімум 8 разів).
- Використати техніку заземлення: попросити літню людину знайти навколо себе 5 речей однакового кольору, 4 речі, яких можна торкнутися, 3 речі, які можна почути, 2 речі, які можна понюхати, 1 річ, яку можна скуштувати.
- Можна запропонувати літній людині вправу «Шпигую за зеленим». Попросити її *просканувати* кімнату на наявність зеленого об'єкта. Назвати його. Знайти і назвати 5 зелених об'єктів.
- Випити склянку теплої води маленькими ковтками, можна із содою.
- Витягати язика, немов бажаючи дістати ним до шиї.
- Робити почергове напруження і розслаблення різних частин тіла.
- Якщо крутиться голова, то треба попросити уважно дивитися на свої ноги, ступні, пальці ніг, щоб з'явилося відчуття міцної опори під ногами.

Вправа «Я вчора. Я сьогодні. Я завтра.»

Підійдіть до уявного дзеркала. Подивіться на себе. Побачте себе у своїй найкращій формі: одяг, зачіска, ідеальна вага, у якій комфортно, найкращий вік, вираз обличчя. Помилуйтеся своїм відображенням.

А тепер відійдіть на відстань, або обійдіть дзеркало і знову подивіться на себе. Але вже на себе через 5 років.

- Яка(ий) ви?
- Що змінилося?
- Як ви виглядаєте (одяг, взуття, вага, обличчя, зачіска)
- Вам подобається ваш майбутній образ?
- Якщо ні, то чому? Що б вам хотілося змінити?
- А тепер візьміть аркуш і розділіть його на 3 частини:
- Я – вчора
- Я – сьогодні
- Я – завтра
- Намалюйте себе, наче в 3 D-вимірі.

Аналітична робота проводиться за ідеями О. Венгера «Малюнок людини».

Рефлексія:

Візьміть аркуш, і запишіть три гарних вчинки, які Ви зробили протягом цього тижня. Подумки згадайте все гарне, що Ви зробили. Наприклад, виконали складне і неприємне завдання, підготувалися до важкої розмови. Виберіть із усього цього *три* вчинки, якими Ви особливо пишаєтеся і запишіть їх на аркуші паперу. Переконайтеся, що Ви вибрали саме три пункти. Після того, як Ви їх запишете, похваліть себе одним спокійним реченням за всі три події. Наприклад: «Тетяно, ти насправді зробила це неперевершено». Потім запишіть на аркуш і цю фразу.

Казкотерапія.

- Жила-була жінка (чоловік) і у неї (нього) була Тінь...

- І ось одного разу Тінь зникла.
- Як це відбулося? За яких обставин?
- Що змінилося у вашому житті, які проблеми з'явилися без Тіні?
(декілька речень)
- І тоді... (що робить персонаж, аби вирішити проблему)
- І з тих пір.... (аналіз казок за бажанням).

Техніка «Мій день»

Візьміть аркуш і ручку. Зробіть декілька дихальних вправ. Розслабтеся.

Розділіть аркуш навпіл.

У лівій частині напишіть заголовок «Мій звичайний день», а в правій колонці «Мій незвичайний день».

Розпишіть ліву колонку покроково. В деталях.

Праву ж – слід писати одночасно «розумом і серцем»...

Трансформаційна робота:

- Прошу Вас зачитати другу колонку.
- Чи є в цьому списку енергія?
- Чи є ресурс? Де саме?
- Що в правій колонці вразило, насторожило, здивувало.
- Чи можна це реалізувати?
- Чи бажаєте Ви це реалізувати?
- У вас два шляхи: якщо «так», то як?
- Якщо «ні», то все одно знайте, що свідомість несе інформацію про те, що вона цього хоче.

Робота з метафорою засобами МАК

Дістати з будь-якої колоди МАК наосліп 6 карток. Розкласти та перегорнути. Написати історію, в якій кожна карта відповідає на питання:

1. Герой (який він)
2. Що він хоче (мета, бажання)
3. Що йому заважає (перешкода)
4. Що допомагає (ресурс)

5. Яким чином може впоратися з перешкодою?

6. Результат

Важливо, щоб від казки було комфортно. Якщо ні, то додати або змінити її таким чином, щоб вона викликала позитивні емоції.

Щоб покращити загальний настрій жінок і чоловіків старшого віку під час війни та невизначеності, їм важливо:

- Мати розпорядок дня.
- Займатися справами, які приносять їм задоволення.
- Регулярно спілкуватися зі своєю родиною та друзями.
- Зосередити увагу на активностях, які приносять радість, і зробити їх частиною свого повсякденного життя.
- Спробувати релаксацію, медитацію, дихальні вправи та фізичні вправи з малим навантаженням.
- Дивитися менше новин (або, принаймні, знаходити прийнятний баланс), щоб мозок відпочивав від репортажів у ЗМІ, що викликають паніку і стрес.

У посібнику Л. Інжиєвської запропоновані різні варіанти самодопомоги, які корисно було б активно реконструювати. Наприклад, запропонований Д. Канеманом «Метод реконструкції дня», створений для того, щоб зрозуміти, як людина осмислює набутий досвід і яким чином осмислює та переживає його [15, с. 26]. Людині пропонується докладно описати минулий день, розбивши його на окремі епізоди, як в кіно. Далі вона вибирає із справ, якими займалася, ту, що потребувала від неї найбільшої уваги. Також вона згадує і перераховує тих людей, з ким зустрічалася протягом дня. Далі за 5-бальною шкалою оцінює інтенсивність почуттів, які супроводжували кожний епізод (0 – відсутність почуття; 5 – максимальне почуття) [15, с. 27].

Кожний епізод треба також позначити як позитивний чи негативний, приємний чи неприємний відповідно до модальності переживань (позитивний – радість, здивування, надія, любов тощо; негативний – гнів,

стид, депресія, самотність). Тепер вона може подивитися на весь прожитий день і побачити, які емоції переважали, чи була вона більше під владою неприємних або приємних переживань. Крім того, подібний ретроспективний самоаналіз допоможе зробити висновки щодо корисності для себе тих чи інших справ, зустрічей, прийнятих рішень [15, с. 27].

Крім осмислення власного минулого, бажано також пропонувати літнім людям способи моделювання майбутнього, адже саме майбутнє викликає у них найбільше тривоги.

Отже, реалізація нашої комплексної психокорекційної програми «Своїми силами» дає можливість літнім людям:

- звільнитися від страхів;
- підвищити рівень стресостійкості, рівень адаптації;
- набутти впевненості, комунікабельності;
- налагодити взаємини з оточуючими і близькими, знайти друзів;
- знизити рівень агресивності, тривожності, звести нанівець почуття провини;
- знайти сенс життя; здобути самостійність і самодостатність;
- отримати емоційну підтримку, зберегти здоров'я;
- підвищити психологічні знання.

Рефлексія:

- Які вправи і техніки були найбільш ефективними?
- Що ви відчуваєте зараз?
- Що хочеться сказати наостанок?

Отже, підтримувати ментальне здоров'я осіб похилого віку під час війни надзвичайно важливо, з літніми людьми потрібно проговорити, що жити треба і не можна падати духом, лінуватися, навіть не зважаючи на обставини. Варто говорити особам похилого віку:

- Я тебе чую / розумію / приймаю;
- Я визнаю твої почуття / складну ситуацію;
- Я готова бути з тобою поруч.

- Я повністю розділяю твої емоції/співчуваю/розумію твій біль або Мені дуже шкода, що це сталося.
- Не використовуйте заклик до сили. Для психіки літньої людини слова «тримайся» та «зберись» можуть дати зворотний ефект.
- Не підсилюйте проблему. Уникайте фраз «Який жах!» або «Боже, а якими будуть наслідки!».
- Запитайте, як ви можете допомогти.
- Цікавтеся першими. Навіть якщо людина не говорить про свої переживання, то варто першим запитати про її почуття.

Таким чином, психокорекційна програма «Своїми силами» забезпечує особам похилого віку здорове старіння, під яким ми розуміємо динамічний процес, який охоплює всіх літніх людей і вимагає загальносупільного підходу.

3.2. Апробація та результати впровадження психокорекційної програми збереження ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу у «Вознесеньському центрі надання соціальних послуг»

Реалізація психокорекційної програми «Своїми силами» відбувалася впродовж червня-вересня 2024 року на базі Комунального закладу «Вознесеньський центр надання соціальних послуг». В апробації добровільно було задіяно 30 осіб похилого віку (21 жінка та 9 чоловіків) віком від 60 до 71 року. Ми створили тренінгову групу, зауважимо, що всі особи похилого віку охоче погодилися взяти участь у формувальному експерименті.

На початку взаємодії учасники заповнили анкету очікувань, що дало змогу максимально врахувати потреби і запити аудиторії літніх людей. Після закінчення курсу пенсіонери також заповнили анкету зворотного зв'язку. Кожне заняття програми було присвячено конкретній темі, заключне – відповідям на додаткові питання осіб похилого віку. Цікавим з позиції поліпшення психоемоційного стану літніх людей виявився воркшоп про

«Панічні атаки», на якому активно підключено метод самоаналізу за кейсами, в яких показано результати неадекватної поведінки літніх людей. Учасники обговорювали побачені фрагменти, аналізували власний стан, рефлексували.

Особам похилого віку сподобалося аутогенне тренування на тему: «Асертивна поведінка. Її особливості». Результативність підтвердила проєктивна методика «Куб у пустелі». Також для осіб похилого віку ми провели семінар-практикум «Життєва криза. Фізіологічні зміни та їх вплив на поведінку людини». Всі вправи і методики, які ми заклали в зміст психокорекційної програми «Своїми силами», безумовно, мали вплив на психоемоційний стан літніх людей, що підтверджують результати повторної діагностики. Дослідження після формувального експерименту проводилось у вересні 2024 року. Експериментальну базу дослідження склали 30 осіб похилого віку, які були залучені до дослідження з самого початку експерименту.

Оскільки програма розрахована на роботу з подоланням кризи життя, страхів, тривожності, безсоння, панічних атак, – словом усіх наслідків воєнного часу, то наша робота була комплексною. За анкетами зворотного зв'язку нам вдалося встановити, що всі особи похилого віку, які були залучені до тренінгової групи відчують полегшення, оптимізм, віру в світле майбутнє, впевненість у собі, позитивне мислення і щирю вдячність.

Ми запропонували особам похилого віку «Вознесенського центру надання соціальних послуг» пройти Тест-опитувальник «Сенсожиттєві орієнтації» (СЖО), адаптований у 1993 році до пострадянських соціокультурних умов Д. Леонтєвим варіант опитувальника «Meaningful life orientations» Дж. Крамбо і Л. Махолика. Опитувальник містить 20 пар дихотомічних тверджень – респондент вибирає одне, що відповідає його уявленням. Отримані результати підраховуються та аналізуються за 5 субшкалами: *цілі, процес, результат, локус контролю – Я, локус контролю – Життя*.

Було з'ясовано, що локус контролю для даної вибірки містить думку про «позицію жертви», про яку ми вже згадували у попередніх підрозділах. Тобто, якщо особа похилого віку демонструє внутрішній (інтернальний) локус контролю, то це є свідченням того, що у всіх негараздах вона звинувачує себе. У випадку, де особа похилого віку показує яскравий прояв зовнішнього локусу контролю (екстернальний рівень), то тут явна вказівка на жертву, яка, напевно, має вторинні вигоди від стану безпорадності.

Аналіз змісту відповідей респондентів по опитуванню також дозволив виявити особливості ціннісно-сислової складової картини світу осіб похилого віку після психокорекційної програми «Своїми силами»:

1. *Оптимальний рівень*: літні люди впевненіше оцінюють свої можливості визначати життєві цілі та втілювати їх у життя, приймати рішення, самостійно планувати своє життя, контролювати його; якщо обмеження і виникають, то лише через особистий вибір. Саме тому серед копінг-стратегій вони надають перевагу «пошуку соціальної підтримки», «проблемно-орієнтованому» копінгу, «самоконтролю», «прийняттю відповідальності»;
2. У осіб похилого віку *ситуативного рівня* спостерігається менша усвідомленість життя, а їх перспективні цілі та їх спрямованість характеризується певною обмеженістю;
3. Літні люди *мінімального рівня* частіше сприймають себе як пасивний об'єкт. Різноманітні негаразди, що мають місце в їхньому житті, за їх думкою, є результатом впливу зовнішніх, некерованих ними сил. Такі обставини впливають на те, що особи похилого віку у стресових ситуаціях надають перевагу емоційно-орієнтованим стилям/стратегіям поведінки, а не проблемно-орієнтованим.

Для чистоти експерименту ми залучили до опитування мешканців геронтологічного закладу. Так, 30 осіб, які брали участь у нашій експериментальній програмі ми умовно назвали ЕГ (експериментальна група), і тих осіб похилого віку, які не були залучені до формульовального

експерименту, ми назвали КГ (контрольна група), їх виявилося 28 осіб. Зауважимо, що представники КГ – це, здебільшого, особи похилого віку з явними маргінальними рисами. Вочевидь, навіть без констатувального етапу, не беручи до уваги реалізацію нашої психокорекційної програми «Своїми силами», рівень їхнього ментального здоров'я мінімальний.

Виявлені дані після формувального експерименту ми представили у табл.3.1.

Таблиця 3.1.

**Динаміка рівнів ментального здоров'я осіб похилого віку за
результатами констатувального та формувального етапів
експерименту (у %)**

Рівні	Експериментальна група			Контрольна група		
	Констатувальний зріз	Прикінцевий зріз	Приріст	Констатувальний зріз	Прикінцевий зріз	Приріст
Оптимальний	7,6	19,0	+11,4	7,4	10,0	+2,6
Ситуативний	16,7	38,6	+21,9	17,3	21,1	+3,8
Мінімальний	75,7	42,4	-33,3	75,3	68,9	-6,4

Виявлені дані свідчать про те, що особи похилого віку, які пройшли власну терапію засобами нашої психокорекційної програми «Своїми силами», мають значно нижчі показники тривожності, стресу, соціальної фобії, аніж ті, які в силу певних обставин не змогли взяти участь у нашому експерименті. Їхні дані виявилися доволі низькими, і засвідчили поширеність проблеми і потребу в негайних заходах для захисту ментального здоров'я.

Одержані результати підкреслюють важливість розробки та впровадження ефективних програм і підходів, спрямованих на підтримку

психологічного благополуччя літніх людей та потребу у збільшенні усвідомлення та розуміння причин та особливостей їхніх бажань, цінностей, проблем, реакцій і поведінки.

3.3. Психологічні рекомендації щодо захисту ментального здоров'я осіб похилого віку

Особи похилого віку – це люди, які об'єднані поняттям «старість», але окрім віку і цілої низки хронічних хвороб, слабкості та зниження працездатності і життєдіяльності, вони мають і чимало відмінностей.

Літня людина може бути мудрою і досвідченою, вчити, допомагати, підтримувати. А може перетворитися в незадоволеного, вічно ображеного і буркотливого діда чи бабцю. Хтось вважає, що це особливості характеру, темпераменту, які до старості лише проявляються і закріплюються, як структура особистості. Хтось переконаний, що під впливом життєвих обставин людина похилого віку набуває певних рис, які спровоковані складним життям і випробуваннями долі. В будь-якому випадку, літня людина – це такий самий світ, як немовля, підліток, і юнак.

У ході глибокого вивчення літератури з теми дослідження, ми розробили низку психологічних рекомендацій щодо захисту ментального здоров'я осіб похилого віку. Так, частина з них буде корисною простим, пересічним людям, які взаємодіють з літніми людьми, частина – стане у пригоді працівникам геронтологічних установ, частина – допоможе психологам, які працюють з людьми поважного віку, здійснюють підтримку і психологічний супровід даної вікової категорії.

1. Людина похилого віку потребує уваги. Увага – широке поняття, яке передбачає захист, допомогу, участь і підтримку. Бути уважним до особи похилого віку – значить слухати і чути, запитувати: чим я можу вам допомогти. Говорити спокійно і без роздратування. Адже літня людина може недочувати, і по-своєму інтерпретувати зміст

почутого, мати проблеми з опорно-руховим апаратом, забувати все, що говорила, робила, навіть – їла. Останнє буває тоді, коли літня людина вже відчуває ознаки деменції. З такою людиною складно, але терпіння і спокій – це ключ до порозуміння. Пригадайте золоте правило моральності: «стався до інших так, як би ти хотів, щоб ставилися до тебе». Коли ми виховуємо немовля, дитину раннього і дошкільного віку, ми розуміємо, що ми дорослі, а дитина ще не була дорослою, тому не знає, не вміє, тільки вчиться. Так само і з літніми людьми. Потрібно пам'ятати, що за функціями організму, та за пізнавальними психічними процесами особа похилого віку – це той самий малюк, тільки він не вчиться, а втрачає, і поступово стає більш немічним і безпорадним.

2. Людина похилого віку потребує поваги. Це також межує в поняттям увага, але наголошує на тому, що навіть сам вислів «людина поважного віку» апріорі передбачає повагу. Поважати людину – означає розуміти, не кепкувати, входити в становище, співчувати і співпереживати, але без схильності до сарказму, чи-то цілковитого милосердя, що нагадує «медвежі послуги». Бажано звертатися з повагою, називаючи ім'я та по-батькові, у діалогах використовувати конструкцію: «Я вас правильно розумію?», «Ви мали на увазі ось це?»
3. Людина похилого віку потребує спілкування. Дійсно, Екзюпері був правий, коли казав, що «найбільша розкіш життя – це спілкування». Літня людина полюбляє розповіді про минуле, свої захоплення і колишні заслуги. Тому потрібно вислухати її, поставити запитання, які свідчать про зацікавлення і не байдужість. Стає помітним, що в такі моменти, коли літня людина помічає, що її слухають, що нею зацікавилися, вона окрилена і щаслива.
4. Людина похилого віку потребує захисту. Дійсно, наша країна слабо опікується пенсіонерами, а мізерна пенсія дозволяє лише купити

ліки, і то не всім. Що казати про харчування, оплату комунальних послуг і радощі життя. Звісно, цього не може дозволити собі звичайний пенсіонер. Тому на всьому доводиться заощаджувати, багато в чому собі відмовляти. Тож, якщо ви подаруєте літній людині продовольчий пакет із смаколиками, теплий одяг, чи оплатите її рахунок на касі в магазині, або комунальні послуги – це буде найкращий захист для даної категорії людей.

Якщо мова йде про психологічне консультування осіб похилого віку, то тут слід дотримуватися таких рекомендацій:

По-перше, метою психологічного консультування осіб похилого віку є надання допомоги людині у прийнятті старості і всього минулого життя в цілому, пошуку нових життєвих орієнтирів, сенсів життя; гармонізація та збагачення змісту життя і діяльності людини, продовження її тривалості.

На думку О. Лідерса, підставою для психологічної допомоги в формі консультування може бути добровільне звернення до психолога та потреба в психосоціальній допомозі. Обидві названі причини є актуальними в похилому віці, оскільки і звертаються літні люди за допомогою доволі часто, і соціальних показань для таких звернень у них більш ніж достатньо.

У роботі з людьми похилого віку, як показують теоретичні дослідження та практика роботи, важливими та ефективними є майже всі основні напрямки консультування: вікове психологічне консультування, сімейне консультування, профорієнтаційне консультування, індивідуальне консультування, зокрема психологічне консультування в особливих ситуаціях. Така робота проводиться з психічно здоровими, культурно продуктивними та здатними до особистісного зростання людьми похилого віку.

Тривожність в більшій чи меншій мірі є типовою для всіх людей похилого віку. Особливо яскраво вона проявляється тоді, коли вихід на пенсію є примусовим або суперечить особистим установкам (тоді, як відмічається в літературі, можуть виникнути невротичні розлади або пенсійні

психози, які супроводжуються важкими негативними переживаннями та порушеннями соціопсихологічної адаптації). В умовах невизначеності воєнних часів у більшості літніх людей значно підвищився рівень тривожності.

Починаючи роботу з особами похилого віку, психолог повинен мати на увазі наступне:

- Чим раніше людина міркує над тим, чим вона буде займатись в старості, тим легше їй буде самовизначитися після виходу на пенсію. Починати готуватися до старості необхідно завчасно, тоді легше створити «подушку безпеки» для подальшого просування вперед.
- Психолог має показати, що будь-яка форма діяльності особи похилого віку може стати значущою для нього. Так, робота на городі або виховання онуків корисні для ментального здоров'я літньої людини тим, що створює часову перспективу, спрямованість на майбутнє.
- Адаптація до статусу пенсіонера залежить від індивідуальних особливостей людей похилого віку: особи з багатогранними інтересами легше «знаходять себе» в новому житті, в той час як «вузькі спеціалісти» прагнуть віддалити вихід на пенсію всіма можливими способами.

Друге важливе завдання вікового психологічного консультування в похилому віці – допомога в пристосуванні людини до старості як заключного етапу життя, в прийнятті старості і всього попереднього життя в цілому, в пошуку смислів життя та нових орієнтирів. У цьому випадку психолог в ході консультування має спонукати клієнта похилого віку до роздумів над питаннями, пов'язаними з сенсом життя.

Сподіваємось, що надані рекомендації щодо взаємодії з людьми поважного віку дозволять психологам більш ефективно підтримувати їх на

даному етапі життя та відкривати індивідуальні резерви для захисту ментального здоров'я в період військового конфлікту в Україні.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі кваліфікаційної роботи нами обґрунтовано та представлено психокорекційну програму захисту та збереження ментального здоров'я осіб похилого віку «Своїми силами». Розроблена програма містить два взаємодоповнюючих блоки «У здоровому тілі – здоровий дух» та «Душа», спрямованими на покращення фізичного та емоційного стану осіб похилого віку. Вважаємо, що гармонійне поєднання Тіла і Душі – баланс цих двох сил – запорука міцного ментального здоров'я будь-якої особистості, незалежно від вікових чи гендерних ознак.

Нами здійснено психологічний експеримент другого порядку – контрольний, задля виявлення динаміки змін у компонентах ментального здоров'я осіб похилого віку, які брали участь у апробації програми, і тими, хто не брав участь у нашій авторській розробці.

У результаті опитування – на прикінцевому етапі за тестом-опитувальником «Сенсожиттєві орієнтації», було виявлено, що більшість осіб похилого віку нашої вибірки – мають ціль у житті, стратегічне планування майбутнього, усвідомлені, мають інтернальний локус контролю, не бояться змін і готові до них. Щодо контрольної групи, яка не відвідувала наші тренінги і психологічний супровід, то результати тесту мінімальні.

Така ситуація дає нам підстави для висновків про доцільність і ефективність розробленої психокорекційної програми для літніх людей «Своїми силами». Нами комплексно дібрано арт-терапевтичні вправи, медитації, тілесно-орієнтовані вправи, подано елементи копінгу і КПТ. Програма універсальна і може бути застосована в інших геронтологічних закладах подібного зразка з метою захисту та збереження ментального здоров'я його мешканців. Розроблені нами рекомендації щодо захисту ментального здоров'я осіб похилого віку допоможуть психологу в процесі здійснення психологічної інтервенції.

ВИСНОВКИ

Для кожного українця – і того, хто на фронті, і того, хто в тилу, війна, безумовно, стала тим зовнішнім чинником, який похитнув стан ментального здоров'я. Відтак, саме високий рівень ментального здоров'я допоможе протистояти стресам і тривогам, кризам і травмуючим подіям.

У дослідженні здійснено теоретичне узагальнення проблеми психологічних детермінант ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу, а також розроблено та апробовано психокорекційну програму «Своїми силами», спрямовану на збереження ментального здоров'я для осіб похилого віку.

1. Розкрито сутність поняття «ментальне здоров'я» в науковому дискурсі психології. Визначено «ментальне здоров'я особистості» як стан психіки, коли людина відчуває гармонію зі своїм оточенням, здатна адаптуватися до життєвих викликів та відчуває задоволення від життя.

Обґрунтовано та доведено, що ознаками ментального здоров'я є спроможність до адаптації, емоційна стабільність, рефлексія, самовизначеність, емоційний комфорт, асертивність, толерантність до невизначеності, конгруентність.

2. Вивчено психологічні особливості негативного впливу стресу на ментальне здоров'я осіб похилого віку в умовах невизначеності воєнного часу. З'ясовано, що старість – віковий етап, який має певну специфіку. У цей період особливого значення набуває дія таких законів психічного розвитку, як гетерохронність, специфічність та різноманітність, пластичність і компенсація розвитку психіки, що призводить до внутрішньої розбіжності соматичного й нервово-психічного розвитку людини, зростання індивідуалізації різних осіб, перебудови й суперечливості розвитку різних підструктур у психіці.

Переживання людиною похилого віку власної нездатності вирішити певну життєву проблему, складності й суперечності між бажаннями,

обов'язками, моральними принципами й особистими прихильностями, порушення рівноваги процесу соціальної адаптації, розбіжність особистих можливостей та вимог оточення, неможливість реалізації власних прагнень, коливання, сумніви – усе це є полем внутрішньоособистісного конфлікту і призводить до виникнення кризових ситуацій, втрати сенсу життя, підвищеної тривожності, агресивності, емоційного напруження і зривів, дезорганізації діяльності, викликає стани безнадійності, безперспективності, сприяє розвитку невротичних реакцій, зменшує активність, руйнує цілісність особистості.

3. Здійснено емпіричний аналіз значущих компонентів в структурі ментального здоров'я осіб похилого віку. Для одержання загальних показників рівня ментального здоров'я використано такий діагностичний інструментарій: шкала психологічного благополуччя К. Ріфф, шкала психічного благополуччя Ворик-Единбург, авторська анкета; метод констатувального експерименту; метод анкетування – для визначення критеріїв поняття «ментальне здоров'я» в умовах війни; метод порівняльного аналізу і узагальнення отриманих результатів у контрольній і експериментальній групах; метод математичної статистики – для визначення середнього арифметичного, медіани розподілу та наявності кореляції між рівнем психологічного благополуччя та рівнем ментального здоров'я за допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона.

Після проведеного кореляційного аналізу за допомогою коефіцієнта кореляції r -Пірсона було встановлено, що існує статистично значущий зв'язок між рівнем психологічного благополуччя і рівнем ментального здоров'я. Чим більший рівень ментального здоров'я, тим вищий рівень психологічного благополуччя осіб похилого віку.

4. Розроблено та апробовано психокорекційну програму збереження ментального здоров'я осіб похилого віку в умовах воєнного часу «Своїми силами». Розроблена програма містить два взаємодоповнюючих блоки «У

здоровому тілі – здоровий дух» та «Душа», спрямованими на покращення фізичного та емоційного стану осіб похилого віку.

Ефективність розробленої психокорекційної програми для літніх людей «Своїми силами» підтверджено. Програма універсальна і може бути застосована в інших геронтологічних закладах подібного зразка з метою захисту та збереження ментального здоров'я його мешканців.

Подальші наші наукові здобутки плануємо в темі психологічного супроводу осіб похилого віку з інвалідністю.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамюк О. О., Липецька А. С. Концептуальна структура феномену «Суб'єктивне благополуччя» та особливості його вимірювання. *Збірник наукових праць РДГУ. Психологія: реальність і перспективи*. 2018. Вип. 11. С. 10-16.
2. Бардин Н. М., Жидецький Ю. Ц., Кіржецький Ю. І. та ін. Стресостійкість : навчальний посібник / за ред. Я. М. Когута. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 204 с.
3. Байєр О. О. Життєві кризи особистості: навчальний посібник. Дніпро: Вид-во Дніпропетр. нац. ун-ту, 2018. 244 с.
4. Близнюк Є. Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни. Київ: Градус. 2022. 39 с.
5. Вальчук С. Л. Синдром професійного вигорання. *Педагогічна майстерня*. 2014. № 6. С. 30-32.
6. Васильєв Я. В. Цільова спрямованість особистості (футурреальний підхід). Saarbrücken: Palmarium Academic Publishing. 2015. 232 с.
7. Віговська О. С. Психологічне благополуччя як визначальний критерій самозбереження особистості. *Inforum science for the future*. <https://www.inforum.in.ua/conferences/16/25/163/> (дата звернення 26.06.2024).
8. Горецька О. В. Особливості психологічного захисту людей похилого віку, які мають внутрішні конфлікти. *Габітус*. 2021. Вип. 27. С. 64–71.
9. Горностай П. Поранені війною: Україна в епіцентрі колективної травми. *Психологія українсько-російської війни*, 2022, № 1, С. 9-13.
10. Групові ресурси подолання наслідків негативних соціальних явищ: практичний посібник / Л. Г. Чорна, П. П. Горностай, В. І. Вус, О. Л. Коробанова, О. Т. Плетка; за наук. ред. Л. Г. Чорної; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2021. 98 с.

11. Джавадян О. Соціальна реклама та ментальне здоров'я. *Соціальна робота та соціальна освіта*, 2021, № 2. С. 24-34.
12. Епігенетика – прямий виклик еволюції. *Креацентр планета Земля*. URL: <https://creacenter.org/uk/news/epigenetika-pryamij-viklik-evolyuciyi> (дата звернення 28.02.2024)]
13. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2011 році: Статистичний бюлетень. Київ: Державна служба статистики України. 2012. 89 с.
14. Іванова І. Б. Соціальна робота з людьми похилого віку: навч. посібник. Київ: Університет «Україна», 2023. 220 с.
15. Інжиєвська Л. А. Ментальне здоров'я та його підтримка в умовах військових дій в Україні: електронний навчальний курс. Біла Церква: БІНПО ДЗВО «УМО» НАПН України, 2024. 31 с.
16. Кашлюк Ю. І. Основні чинники, які впливають на психологічне благополуччя особистості / Ю. І. Кашлюк // Проблеми сучасної психології. – 2016. Вип. 34. С. 170-186. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2016_34_16 (дата звернення 26.06.2024).
17. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я персоналу організацій в умовах війни: Навч.-методичний посібник. К.: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 124 с.
18. Каргіна Н. В. Первинна апробація методики діагностики психологічного благополуччя особистості/ Інсайт: зб. наук. праць студентів, аспірантів та молодих вчених / ред. кол. І.В. Шапошникова, О.Є. Блинова та ін. Херсон: ПП Вишемирський В.С., 2016. С.162-166.
19. Костишин Н., Яковець Т. Стресостійкість колективу під час війни: налаштування психологічного клімату. *Grail of science*. 2022. No 14-15. С. 565–570. URL: <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.27.05.2022>. (дата звернення: 10.09.2024).
20. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.

21. Коваленко О., Лук'янова Л., Помиткін Е., Московець Л. Психологія людей літнього віку. Навч. посібн. / Ін-т педагогічної освіти і освіти дорослих імені Івана Зязюна НАПН України. Київ : Вид-во ТОВ «Геопринт». 2021. 288 с.
22. Костєва Т. Вплив ментального здоров'я. *Наукові праці. Педагогіка*, 2018. № 229, С. 38-40.
23. Кризова психологія. Навчальний посібник. [Александров Ю.В., Гонтаренко Л.О., Миронець С.М. та ін., за заг. ред. проф. О.В.Тімченка]. Харків: НУЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2013. 383 с.
24. Людина та її символи. Карл. Юнг. Київ: Центр навчальної літератури, 2022. 436 с.
25. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій: психологічний практикум. Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М. Івкін, О. С. Ковальчук ; за ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.
26. Миронець С. М. Науково-практичні засади надання психологічної допомоги в надзвичайних ситуаціях. *Актуальні проблеми психології*. Збірник наукових праць. За ред. академіка С.Д. МаксименкаТ. 7. Вип. 16. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2008 , С. 116 – 120.
27. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій: навчально-методичний посібник. Миколаїв : Іліон, 2018. 298 с.
28. Мул С. Фрустрація як проблема психічного стану особистості. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки. 2020. Т. 12, № 1. С. 193-203. URL: <https://doi.org/10.32453/5.v12i1.146> (дата звернення: 10.12.2023).
29. Нестеренко В. В. Можливості використання арт-терапії з корекційною метою. Сучасні проблеми логопедії та реабілітації: матеріали VII Всеукраїнської заочної науково-практичної конференції (15 лютого 2018 року, м. Суми). Суми: ФОП Цьома С. П., 2018. С. 171-175.

30. Олексюк О. Є. Психологія кризова та травмуючих ситуацій. Теоретичний матеріал до дисципліни «Психологія кризова та травмуючих ситуацій» : навчально-методичний посібник. Миколаїв : СПД Румянцева, 2020. 420 с.
31. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія: підручник: У 2 кн. Кн. 2: Соціальна психологія груп. Прикладна соціальна психологія. Чернівці : Книги XXI, 2010. 464 с.
32. Охорона психічного здоров'я в умовах війни : у 2 т. / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова, Ольга Тесленко. 2-ге вид. Київ : Наш Формат, 2022. 1 том. 568 с.
33. Основи виживання: заходи, що забезпечують життєдіяльність в умовах автономного існування при надзвичайних ситуаціях. Навчальний посібник. ІДУЦЗ УЦЗУ, УНПЦЕМД та МК МОЗ України. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. [Миронець С. М., Рошчін Г. Г. Іскра Н. І. та ін.] під заг. ред. д.мед.н., професора Гур'єва С.О. Київ: 2009 209 с.
34. Потреби населення у послугах сфери психічного здоров'я та кращі практики надання послуг у розвинених країнах. Київ: Civitta, 2022. 45 с.
35. Предко В. Особливості психічного стану українців під час війни. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом, 2022, № 3(56), С. 78-84.
36. Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни. *Gradus Research Company*. URL: https://gradus.app/documents/307/Gradus_Research_Mental_Health_Report_full_version.pdf?fbclid=IwAR0Hifw4bMuopDf6kid6Truf9kmFxxcQc2jIRQ2ZxwiCHG18a3ybMZjUK9 (дата звернення: 10.08.2024).
37. Психологія особистості: Підручник для студ. вищ. навч. закл. Максименко С. Д., Максименко К. С., Папуча М. В. Київ: Вид-во ТОВ «КММ», 2017. 296 с.
38. Психологія життєтворення особистості в сучасному світі : монографія / Ю. Д. Гундертайло, В. О. Климчук, О. Я. Кляпець та ін.; за ред.

- Т. М. Титаренко. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Київ: Міленіум, 2016. 320 с.
39. Психологічний стан українців у воєнний період. *Укрінформ*. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3716026-psihologicnij-stan-ukrainsiv-u-voennij-period.html> (дата звернення 23.06.2024).
40. Савчин М. В. Василенко Л. П. Вікова психологія: Навчальний посібник. Київ: Академвидав, 2005. 360 с.
41. Савченко Н. І. Роль механізмів психологічного захисту в адаптації особистості до процесу старіння. *Проблеми сучасної психології*. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка АПН України. 2009. Том 2. № 6. С. 249–258.
42. Сергєєнкова О. П., Столярчук О. А., Коханова О. П., Пасєка О. В. Вікова психологія. Навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2012. 376 с.
43. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: практичний посібник. Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.; за наук. ред. Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.
44. Стрес і психологічна травма, що з нами відбувається зараз. *Нова українська школа*. URL: <https://nus.org.ua/articles/stres-i-psyhologichna-travma-shho-z-namy-vidbuvayetsya-zaraz/> (дата звернення 27.06.2024).
45. Титаренко Т. М. Життєвий шлях особистості. Основи практичної психології. Київ: Либідь, 2016. 536 с.
46. Титаренко Т. М. Моє майбутнє залежить від мене: практики здорового сьогодення у воєнних і повоєнних умовах: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2024. 130 с.
47. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія Т. М. Титаренко. Національна академія педагогічних наук України,

Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

48. Холодова О. В. Психологічні засоби запобігання та корекції фрустрації в літніх людей : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 ; Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Київ, 2013. 18 с.
49. Черезова І. О. Психологія життєвих криз особистості: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Бердянськ, БДПУ, 2016. 193 с.
50. Шпак В. П. Реабілітаційна педагогіка: навч. посіб. Полтава: АСМІ, 2016. 328 с.
51. Arrindell, W. A., & Luteijn, F. (2000). Similarity between intimate partners for personality traits as related to individual levels of satisfaction with life. *Personality and Individual Differences*, 28(4), 629–637. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(99\)00125-7](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(99)00125-7)
52. Adller A. Studie uber. Niderwertigiceil von Organen / A. Adller. Munchen, 1927.
53. Allport G. W. *The Person in Psychology* / G.W. Allport. Boston, 1969.
54. Assagioli R. *Psychosynthesis. A manual of principles and techniques*. N.Y., 1982.
55. Bandura A. *Adolescent Agression* / A. Bandura, R.H. Walters. N.Y., 1959.
56. Berne E. *Games people play*. N.Y., Grove Press, 1964.
57. Beck A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. N. Y.: American Book, 1976.
58. Burns David D. *Feeling Good: The New Mood Therapy* (preface by Aaron T. Beck). New York: Wm. Morrow and Co. (hardbound); New American Library, 1981 (paperback). Revised and updated, 1999.
59. Csikszentmihalyi, Mihaly. *Finding Flow: The Psychology of Engagement With Everyday Life*. Basic Books. 1998.

60. Deci E. L., Ryan R. M. The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*. 2000. Vol. 11. P. 227–268.
61. Fromm E. S. Über Methode und Aufgaben einer analytischen Sozialpsychologie. Bemerkungen über Psychoanalyse und historischen Materialismus. *Zeitschrift für Sozialforschung*. Франкфурт-на-Майні: Institut für Sozialforschung, 1932.Nr. 1. S. 28-54.
62. Freud Z. Normality and pathology in childhood: assessments of development. Taylor & Francis Group, 2000.
63. Harre R. Social being. Oxford: Blackwell, 1979. 356 p
64. Herbert J. Freudenberger [en] Staff-burn-out (англ.) // *Journal of Social Issues* [en]. 1994. Vol. 30, no. 1. P. 159-165.
65. Holmes T. H. The social readjustment rating scale / T. H. Holmes, R. H. Rahe. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967. Vol. 11. P. 213-218.
66. Horney K. Neurotic personality of our time. Taylor & Francis Group, 2018. 300 p.
67. Kinder Velt. <https://www.kindervelt.net/>
68. Maslow A. Motivation and Personality [Електронний ресурс] / Abraham H. Maslow. 2nd ed. N. Y.: Harper & Row, 1970. Режим доступу : <http://www.psylib.org.ua/books/masla01/index.htm>.
69. Minds Unlimited. Jon Kabat-Zinn Mindfulness 9 Attitudes – non judging. Published 26 June 2013. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=yNICQ-x_Gek (last accessed 22 Mar 2021)
70. Ryff C. The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995. Vol. 69. №4. P. 719-727.
71. Rogers C. Client centred therapy (new ed). Little, Brown Book Group Limited,
72. Saarni C. The development of emotional competence. New York : Guilford Press, 1999. 381 p.

73. Seligman M. E. P. Positive psychology / M.E.P. Seligman & M. Csikszentmihalyi. *American psychologist*. 2000. Vol. 55. N 1. P. 5-14.
74. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma & transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Sage Publications, Inc. URL:<https://doi.org/10.4135/9781483326931> (дата звернення 20.06.2024)
75. <https://www.bsmu.edu.ua/blog/4986-procesy-starinja/>

ДОДАТКИ

Додаток А

Розробник: Качаун Лілія

Опитувальник

1. Як ви розумієте поняття «Ментальне здоров'я»? (1 речення)
2. Чи можете ви сказати, що війна похитнула ваше здоров'я і психологічне благополуччя? (Так або ні)
3. Як ви справляєтеся з поганим настроєм, негативними думками? (1 речення)
4. Звідки берете ресурс? (1 речення)
5. Що б ви побажали молодому поколінню задля збереження здоров'я і оптимізму? (1 речення)

Додаток Б

Шкала психологічного благополуччя К. Ріфф

Запропоновані твердження відносно того, як Ви ставитеся до свого життя. Ми пропонуємо Вам погодитися або не погодитися із кожним із запропонованих тверджень. Обведіть цифру, котра найкраще всього відображає ступінь Вашої згоди чи незгоди із кожним твердженням

Цілком не згоден	Не згоден	Швидше не згоден	Швидше згоден	Згоден	Цілком згоден
1	2	3	4	5	6

Пам'ятайте, що вірних і невірних відповідей не існує.

Твердження	1	2	3	4	5	6
1. Більшість моїх знайомих вважають мене люблячою і відданою людиною						
2. Іноді я змінюю свою поведінку або образ мислення щоб не виділятися						
3. Як правило, я несу відповідальність за спосіб життя						
4. Мене не цікавлять справи, які дадуть результат у віддаленому майбутньому						
5. Мені приємно думати про те, що я зробив у минулому і що сподіваються зробити у майбутньому.						
1. Озираючись назад, мені подобається як склалося моє життя						
2. Підтримання близьких стосунків було пов'язано для мене із труднощами і розчаруваннями						
3. Я не боюся висловлювати власну думку, навіть якщо вона суперечить думці більшості						
4. Вимоги повсякденного життя часто пригнічують мене						
5. В основному, я вважаю, що з часом дізнаюся про себе дедалі більше						
6. Я живу сьогодні і не дуже переймаюся майбутнім						
7. Загалом, я впевнений у собі						
8. Мені часто буває самотньо бо маю мало друзів, з ким я можу поділитися своїми проблемами						
9. На мої рішення, зазвичай, не впливає те, що роблять інші						
10. Я не дуже «вписуюся» в спільноту людей, що оточують мене						
11. Я належу до тих людей, яким подобається пробувати все нове						
12. Я намагаюсь зосередитися на сьогоднішньому, бо майбутнє майже завжди породжує якісь проблеми						
13. Мені здається, що багато моїх знайомих досягли більшого успіху у житті, ніж я						

14. Я люблю душевні розмови із рідними і друзями						
15. Мене хвилює думка інших про мене						
16. Я справляюсь із своїми повсякденними турботами						
17. Я не хочу пробувати нові види діяльності – моє життя і так мене влаштовує						
18. Моє життя має сенс.						
19. Якби я мав таку можливість, я б багато чого у собі змінив						
20. Я вважаю, що необхідно бути гарним слухачем, коли друзі діляться зі мною своїми проблемами						
21. Для мене важливіше бути в гармонії з собою, ніж отримувати схвалення оточуючих						
22. Я часто відчуваю, що мої обов'язки пригнічують мене						
23. Мені здається, що новий досвід, який може змінити мої уявлення про себе та навколишній світ, дуже важливий						
24. Мої повсякденні справи часто здаються мені банальними і незначними						
25. Загалом, я собі подобаюсь						
26. У мене не так багато знайомих, які можуть вислухати мене, коли мені потрібно поговорити						
27. На мене впливають сильні люди						
28. Якби моє життя склалося нещасливо, я б вжив би ефективні заходи, щоб змінити ситуацію						
29. Якщо задуматися, то з роками я не став кращим						
30. Я не дуже добре розумію, чого хочу досягти у житті						
31. Я робив помилки, але, все, що не робиться – на краще						
32. Я вважаю, що багато чого отримую від друзів						
33. Люди рідко можуть умовити мене зробити те, що я не хочу						
34. Я добре можу впоратися зі своїми фінансовими справами						
35. На мій погляд, людина може розвиватися у будь-якому віці						
36. Колись я ставив собі мету, але тепер це здається мені марною тратою часу						
37. Багато в чому, я розчарований своїми досягненнями у житті						
38. Мені здається, що інші люди мають більше друзів ніж я						
39. Для мене важливіше пристосуватися до оточуючих, ніж самотужки відстоювати власні принципи						
40. Я засмучуюсь, коли не встигаю зробити все, що заплановано на день						
41. Згодом я став краще розуміти життя і це зробило мене більш сильним і компетентним						
42. Я отримую задоволення, коли складаю плани на майбутнє і втіляю їх у життя						
43. Як правило, я пишаюся собою і своїм способом						

життя						
44. Оточенн вважає мене чуйною людиною, у якої завжди знайдеться час для інших						
45. Я впевнений у своїх судженнях, навіть якщо вони відрізняються від загальноприйнятої думки						
46. Я вмію розраховувати свій час, щоб встигати все робити						
47. Я відчуваю, що з роками я став краще						
48. Я активно намагаюся втілювати у життя намічені плани						
49. Я заздрю способу життя багатьох людей						
50. У мене було мало теплих, довірливих стосунків із іншими людьми						
51. Мені важко висловлювати свою думку щодо спірних питань						
52. Я зайнята людиною, але я отримую задоволення від зроблених справ						
53. Я не люблю опинятися у нових ситуаціях, коли потрібно змінювати звичний для мене спосіб поведінки						
54. Я не належу до людей, які живуть без жодної мети						
55. Можливо, я ставлюся до себе гірше, ніж більшість людей						
56. Коли справа доходить до дружби, я часто відчуваю себе стороннім спостерігачем						
57. Я часто змінюю свою думку, якщо друзі або рідні не погоджуються з нею						
58. Я не люблю планувати день, тому що ніколи не встигаю зробити все заплановане						
59. Для мене життя – це безперервний процес пізнання і розвитку						
60. Мені іноді здається, що я вже все зробив у своєму житті						
61. Я часто прокидаюся із думкою про те, що жив неправильно						
62. Я знаю, що можу довіряти своїм друзям, а вони знають, що можуть довіряти мені						
63. Я не належу до тих людей, на які тисне суспільство, диктує, як поводитися та мислити						
64. Мені вдалося знайти собі улюблене заняття та побудувати гармонійні стосунки.						
65. Мені подобається спостерігати, як із роками мої погляди змінилися і стали вираженими						
66. Цілі, які я ставив перед собою, частіше приносили мені радість, ніж розчарування						
67. У моєму минулому були злети і падіння, але я не хотів би нічого змінювати						
68. Мені важко повністю розкритися у спілкуванні із людьми						

69. Мене хвилює, як оточення оцінює мій життєвий вибір						
70. Мені важко влаштувати своє життя так, як хочеться						
71. Я вже давно не намагаюся змінити чи покращити своє життя						
72. Мені приємні думки про свої життєві досягнення						
73. Коли я порівнюю себе із своїми друзями і знайомими, то розумію, що я багато в чому краще за них						
74. Ми з друзями співчуваємо один одному, коли маємо якісь проблеми						
75. Я роблю висновки про себе, виходячи із того, що вважаю важливим, а не із того, що вважають важливим інші						
76. Мені зумів створити собі таку оселю і такий спосіб життя, які мені дуже подобаються						
77. Старого пса не можна навчити нових трюків						
78. Я не впевнений, що мені варто чогось очікувати від життя						
79. Кожний має недоліки, але у мене їх більше, ніж у інших						

Твердженням приписується значення в балах, що дорівнює числовому значенню у відповідях у бланку відповідей. Частина пунктів інтерпретується у зворотних значеннях:

Варіант відповіді	В прямих значеннях	У зворотних значеннях
Цілком не згоден	1 бал	6 балів
Не згоден	2 бали	5 балів
Швидше не згоден	3 бали	4 бали
Швидше згоден	4 бали	3 бали
Згоден	5 балів	2 бали
Цілком згоден	6 балів	1 бал

Підрахунок сирих балів за основними шкалами

Шкала	Прямі твердження	Зворотні твердження
Позитивні відносини	1, 19, 25, 37, 49, 67, 79	7, 13, 31, 43, 55, 61, 73
Автономія	8, 14, 26, 38, 50, 68, 80	2, 20, 32, 44, 56, 62, 74
Керування оточенням	3, 21, 33, 39, 51, 57, 69, 81	9, 15, 27, 45, 63, 75
Особистісне зростання	10, 16, 28, 40, 46, 52, 64, 70	4, 22, 34, 58, 76, 82
Мета у житті	5, 23, 47, 53, 59, 71, 77	11, 17, 29, 35, 41, 65, 83
Самоприйняття	6, 12, 30, 36, 48, 72, 78	18, 24, 42, 54, 60, 66, 84
Психологічне благополуччя	1, 3, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 19, 21, 23, 25, 26, 28, 30, 33, 36, 37, 38, 39, 40, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 57, 59, 64, 67, 68, 69, 70, 72, 71, 77, 78, 79, 80, 81	2, 4, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 20, 22, 27, 29, 31, 32, 34, 35, 18, 24, 41, 42, 43, 44, 45, 54, 55, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 73, 74, 75, 76, 82, 83, 84

Рівень	Позитивні відносини	Автономія	Управління середовищем	Особистісний ріст	Мета у житті	Самоприйняття	Психологічне благополуччя
низький	< 53	< 48	< 51	< 53	< 54	< 49	< 315
середній	53-74	48-62	51-71	53-71	54-75	49-71	315-413
високий	75-84	63-84	72-84	72-84	76-84	72-84	414-504

Додаток В

**Шкала психічного благополуччя» Ворик-Единбург ((Warwick
Edinburgh Mental Well-being Scale, WEMWBS)**

Ніколи – 1 бал. Рідко – 2 бали. Іноді – 3 бали.

Часто – 4 бали. Весь час – 5 балів

Твердження	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Весь час
1. Я з оптимізмом дивлюся в майбутнє.					
2. Я відчуваюся корисним.					
3. Я відчуваюся розслабленим					
4. Мене цікавлять інші люди					
5. У мене достатньо енергії					
6. Я добре справляюся із проблемами					
7. Я ясно думаю					
8. Я добре себе відчуваю					
9. Я відчуваю близькість із іншими людьми					
10. Я відчуваюся впевнено					
11. Я маю власну думку стосовно речей					
12. Я відчуваюся коханим					
13. Я цікавлюсь новими речами					
14. Я відчуваюся бадьорим					

Інтерпретація результатів:

14-28 – низький рівень психічного благополуччя;

29-42 – середній рівень психічного благополуччя;

43-70 – високий рівень психічного благополуччя.

Показники ментального здоров'я осіб похилого віку згідно моделі

К. Ріфф

№ досл.	Вік	Позитивні відносини		Автономія		Керування оточенням		Особистісне зростання	
		Бал	Рівень	Бал	Рівень	Бал	Рівень	Бал	Рівень
1	69	59	середній	58	середній	63	середній	74	високий
2	67	51	низький	64	високий	64	середній	68	Середній
3	65	66	середній	43	низький	63	середній	61	середній
4	69	48	низький	50	середній	55	середній	56	середній
5	69	65	середній	68	високий	65	середній	73	високий
6	64	55	середній	65	високий	51	середній	72	високий
7	70	53	середній	58	середній	50	низький	63	середній
8	65	73	середній	61	середній	59	середній	60	середній
9	67	57	середній	54	середній	57	середній	47	низький
10	66	74	середній	72	високий	69	середній	75	високий
11	67	67	середній	65	високий	54	середній	63	середній
12	70	67	середній	59	середній	53	середній	61	середній
13	70	62	середній	63	високий	61	середній	64	середній
14	62	65	середній	65	високий	52	середній	59	середній
15	68	58	середній	57	середній	56	середній	57	середній
16	67	64	середній	58	середній	58	середній	67	середній
17	70	59	середній	64	середній	43	низький	69	Середній
18	66	57	середній	53	середній	56	середній	63	середній
19	64	64	середній	57	середній	53	середній	66	середній
20	70	68	середній	63	високий	56	середній	71	середній
21	71	68	середній	67	високий	66	середній	65	середній
22	66	56	середній	60	середній	55	середній	61	середній
23	63	63	середній	42	низький	63	середній	58	середній

24	68	56	середній	59	середній	54	середній	56	середній
25	36	49	низький	64	високий	59	середній	67	середній
26	67	69	середній	65	високий	64	середній	73	високий
27	64	62	середній	58	середній	50	низький	61	середній
28	65	66	середній	67	високий	56	середній	65	середній
29	69	51	низький	57	середній	44	низький	57	середній
30	65	61	середній	60	середній	62	середній	58	середній
М		61	середній	60	середній	57	середній	64	середній

(продовження вивчення критеріїв)

№ досл.	Вік	Цілі у житті		Самоприйняття		Загальний показник	
		Бал	Рівень	Бал	Рівень	Бал	Рівень
1	69	72	середній	66	середній	392	середній
2	67	70	середній	60	середній	377	середній
3	65	65	середній	48	низький	346	Середній
4	69	54	середній	52	середній	315	середній
5	69	66	середній	67	середній	404	середній
6	64	72	середній	58	середній	373	середній
7	70	49	низький	47	низький	320	середній
8	65	53	низький	44	низький	350	середній
9	67	58	середній	55	середній	328	середній
10	66	75	середній	78	високий	443	високий
11	67	64	середній	64	середній	377	середній
12	70	55	середній	55	середній	350	середній
13	70	69	середній	65	середній	384	середній
14	62	62	середній	61	середній	364	середній

15	68	56	середній	62	середній	346	середній
16	67	69	середній	59	середній	375	середній
17	70	57	середній	54	середній	346	середній
18	66	59	середній	68	середній	356	Середній
19	64	63	середній	54	середній	357	середній
20	70	69	середній	60	середній	387	середній
21	71	68	середній	70	середній	404	середній
22	66	53	низький	53	середній	338	середній
23	63	66	середній	50	середній	342	середній
24	68	56	середній	60	середній	341	середній
25	66	70	середній	60	середній	369	середній
26	67	73	середній	77	високий	421	високий
27	64	54	середній	54	середній	339	середній
28	65	63	середній	69	середній	386	середній
29	69	57	середній	54	середній	320	середній
30	65	60	середній	63	середній	364	середній
М		63	середній	60	середній	364	середній

Додаток Д

Рівень психологічного благополуччя досліджуваних за «Шкалою психічного благополуччя» Ворик-Единбург ((Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale, WEMWBS)

№ досл.	Вік	Бал	Рівень ментального здоров'я
1	69	55	високий
2	67	56	високий
3	65	58	високий
4	69	54	високий
5	69	59	високий
6	64	47	високий
7	70	51	високий
8	65	45	високий
9	67	42	середній
10	66	54	високий
11	67	52	високий
12	70	54	високий
13	70	58	високий
14	62	49	високий
15	68	56	високий
16	67	46	високий
17	70	46	високий
18	66	53	високий
19	64	56	високий
20	70	61	високий
21	71	58	високий
22	66	49	високий
23	63	51	високий

24	68	59	високий
25	66	57	високий
26	67	55	високий
27	64	56	високий
28	65	56	високий
29	69	48	високий
30	65	58	високий