**ВСТУП**

**Актуальність теми дослідження** полягає у загальносвітовій тенденції до статистичного збільшення кількості людей похилого віку. Цьому сприяє розвиток медицини, поліпшення умов та автоматизація праці. Відповідно цього факту, що закономірно збільшується тривалість життя, відбувається збільшення кількості людей похилого віку. Звідси постає питання про якість життя людей похилого віку. Чи відчувають люди старші 60-ти років задоволення від власного життя, чи мають високий рівень якості життя та, головне, які чинники впливають на рівень якості життя людей похилого віку.

Особливу актуальність цим питанням додає невідворотність процесу біологічного розвитку, із чого виходить, що тема якості життя у похилому віці так чи інакше стосується кожної людини. Адже кожен із нас, хто пересягне відмітку у віці 60 років і більше стикнеться із цими питаннями та проблемами. Навіть, якщо комусь перспектива питання якості власного життя у літньому віці здається далекою, актуальність теми не зменшується.

Навколо нас вже сьогодні є люди літнього віку. Це наші бабусі та дідусі, інші рідні, сусіди, навіть незнайомі нам літні люди. Рівень якості життя наших рідних може бути частиною нашої персональної зацікавленості та безпосередньо впливає на наше життя, незалежно від того скільки років нам. Зв’язок, як рівень якості життя сторонніх людей впливає на наше життя не такий очевидний, але є.

Зазначимо два головні, на нашу думку, аспекти цього зв’язку. По-перше, від кожної частини системи залежить загальний її стан. З чого можна зробити висновок, що не можливий, або значно утруднюється, сталий розвиток суспільства без урахування потреб всіх його учасників. По-друге, люди літнього віку є найбільш активною категорією населення у виборчому процесі. На жаль, відомо, що політичні сили в Україні нерідко вдаються до маніпуляцій під час виборчих перегонів. Також відомо, що маніпулювати неупевненою у собі, зневіреною людиною із незадоволеними базовими потребами та низьким рівнем якості життя набагато легше. Тож від рівня суб’єктивного сприйняття якості життя людьми похилого віку часто залежить їх вибір під час голосування, від чого в свою чергу залежить напрямок розвитку громади та країни, при цьому ми не розглядаємо тут будь-які політичні переконання, а тільки підвищені ризики піддатися маніпуляціям.

Важливо зазначити, що відчуття рівня якості життя у людей похилого віку, безумовно, ускладняється неминучим біологічним процесом старіння: наявністю фізичних хвороб та старечих розладів психіки, страхом смерті. Ці чинники неможливо не враховувати під час оцінки якості життя, як і рівнем матеріального забезпечення. При цьому у рамках дослідження не психологічні складові якості життя не будуть розглядатися, оскільки головне питання роботи стосується огляду психологічних чинників, що впливають на підвищення якості життя.

Тема дослідження вікових особливостей людей похилого віку, біологічного старіння, когнітивних здібностей літніх людей вивчали такі вчені: Б. Ананьєва, В. Анісімова, Н. Васіленка, О. Дарвіш, В. Моргуна, Р. Пека, М. Смульсону.

Тематика якості життя, та психологічних запорук, що впливає на якість життя підіймається у працях таких дослідників: А.Гакман, А. Недошивіна, А. Новіка, Н. Погосової та А. Ягенського.

Практична частина дослідження – констатувальний експеримент було проведено під час кваліфікаційної виробничої практики на базі кафедри психології та соціології факультету гуманітарних наук, психології та педагогіки СНУ ім. В.Даля у м. Сєвєродонецьк Луганської області.

**Об’єкт дослідження** – якість життя людини похилого віку.

**Предмет дослідження** – психологічні умови підвищення якості життя людей похилого віку.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та експериментально дослідити психологічні умови підвищення якості життя людей похилого віку, розробити практичні рекомендації щодо психологічних умов підвищення якості життя людей похилого віку.

**Завдання дослідження:**

1. Надати теоретичний аналіз психологічних умов підвищення якості життя людей похилого віку представлених у науковій літературі.

2. Надати психологічну характеристику людей похилого віку і досвід вимірювання окремих компонентів якості життя людей похилого віку.

3. Експерементально дослідити психологічні умови підвищення якості життя людей похилого віку.

4. Розробити практичні рекомендації щодо психологічних умов підвищення якості життя людей похилого віку.

**Теоретико-методологічна основа дослідження:** сучасні методології організації та проведення психологічного дослідження (Ю. Є. Альошина, О. Е. Блинова, Ю. О. Бохонкова, Л. Ф. Бурлачук, А. Я. Варга, В. М. Дружинін, Н. Е. Завацька, Л. М. Карамушка, С. Д. Максименко, В. В. Столін, О. В. Тимченко, В. Б. Шапарь, та ін.); вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації у пізньому віці О. В. Краснова; теоретичний опис психологічних вікових особливостей І. Ю. Кулагіна; вивчення психологічного здоров’я як критерію внутрішньої свободи І. І. Галецька; вивчення питання якості життя особистості О. Віговська. Дослідженню суб’єктивних оцінок якості життя людини, що позначаються термінами «суб’єктивне благополуччя», «психологічне благополуччя», «щастя», приділяли увагу закордонні вчені (Н. Бредберн, М. Аргайл, Е. Дінер, М. Селігман, А. Кларк, Д. Канеман, Н. Шварц, Р. Раян, Е. Дісі, С. Любомирскі, К. Ріфф, М. Чіксентміхайі, А. Вотерман та ін.) та вітчизняні вчені (Е. Л. Носенко, І. Ф. Аршава, Т. В. Данильченко, Е. І. Кологривова, Л. З. Сердюк Т. Д. Шевеленкова, П. П. Фесенко, С. В. Карсканова та ін.). Чисельна кількість досліджень різних авторів тільки підкреслює відсутність єдиного визначення, розуміння та чіткої градації складових цих понять. Проте їх вплив поширюється на реалізацію різних життєвих цінностей (І. А. Джидарьян). Важливими компонентами є задоволення базових потреб та поступове задоволення інших потреб за пірамідою Маслоу: збереження здорових соціальних зв’язків та наповнення життя позитивними емоціями самореалізація, (Ж. П. Вірна, Т. В. Данильченко) в утвердженні суб’єктності (А. В. Брушлинський, К. А. Абульханова-Славська), активної творчої позиції людини (Т. М. Титаренко, В. Франкл, М. Чіксентміхайі), життєвих цінностей (З. С. Карпенко). Відтак, суб’єктивне психологічне благополуччя є важливою складовою суб’єктивної оцінки якості життя людини похилого віку.

Північної Зеландії та відділом психіатричних досліджень Данії.

Задля досягнення поставленої мети та розв’язання **завдань** використано комплекс **методів дослідження**:

- теоретичні: аналіз сучасних наукових підходів та емпіричних досліджень з проблеми впливу психологічних умов на підвищення якості життя людей похилого віку;

- емпіричні: спостереження, психодіагностичні методики: Шкала тривоги Бека (BAI), 5-позиційний Індекс добробуту Всесвітньої організації охорони здоров’я, Шкала депресії Бека (BDI); порівняння результатів тестування із результатами опитування за Шкалою задоволеності життям (SWLS);

- методи статистичної обробки даних.

**Теоретичне значення дослідження:** полягає у аналізі теоретичної інформації та обраних психодіагностичних методик, а також дослідження впливу психологічних факторів на суб’єктивний рівень оцінки якості життя людьми похилого віку.

**Практичне значення дослідження:** полягає у можливості використання отриманих даних психологами, соціальними робітниками та фахівцями, які працюють у цьому напрямку, також практичному застосуванні рекомендацій людьми похилого віку задля самоорганізації.

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ ПОХИЛОГО ВІКУ**

**1.1.** **Теоретичний аналіз психологічних умов підвищення якості життя людей похилого віку представлених у науковій літературі**

У комплексних теоріях старіння виокремлюють наступні складові: психологічне старіння, тобто те, як людина відчуває, представляє та відноситься до власного старіння; біологічне старіння, тобто біологічні процеси старіння організму та соціальне старіння, тобто зміни зв’язків літньої людини із соціумом, зміна соціальних ролей, що виконуються [13, с. 21].

На думку Е. Еріксона, кінцевою стадією життєвого циклу є психосоціальний конфлікт «цілісність проти відчаю» [20, с. 762]. Основною потребою у цьому віці стає впевненість у цінності прожитого життя. Для цього вікового періоду характерне досягнення нової форми его-ідентичності та цілісності, досягнення якої можливе лише у підведенні підсумків власного життя та усвідомлення того, що воно є єдиним цілим, у якому вже нічого не змінити. У випадку ж, коли людина не в змозі все підсумувати та переосмислити, вона завершує своє життя в страху перед смертю та у відчаї від неможливості почати знову та повторити життєвий шлях.

В якості провідного виду діяльності в літньому віці виступає особлива внутрішня робота, яка спрямована на сприйняття власного життєвого шляху. Як результат цієї внутрішньої роботи відбувається усвідомлення не лише поточного, а й усього прожитого життя. Реакцією на неприйняття власної старості може стати або збільшення чисельності психосоматичних захворювань, або суїцид. Віковій групі людей, що мають 65 років і більше, згідно статистичних даних, належить 25 % усіх самогубств, хоча сама ця група складає лише 11 % від загальної чисельності населення [24, с. 47]. Слід ураховувати, що оцінка прожитого життя значною мірою залежить від ставлення та сприймання актуальної життєвої ситуації. Таким чином, людині літнього віку необхідно виконати два види роботи, з одного боку, усвідомити необхідність завершити те, що можна завершити, а з іншого, визнати недосконалість як себе, так і соціуму, та відчути межі можливого для виконання.

Як показують дослідження Дж. Розенома, Б. Ньюгартена, Е. Каммінга [17] (автори теорії соціального звільнення) погіршення соціальної адаптації осіб літнього віку можна пояснити тим, що виникає розрив між особистістю та суспільством, зменшується енергія особистості та погіршується якість її зв’язків з оточенням, унаслідок одночасної дії двох чинників - природних змін психофізіологічних та особистісних характеристик літньої людини та впливом на неї соціального середовища [24, с. 49]. Цей процес супроводжується зміною мотивації, зосередженням на внутрішньому світі та об’єктивно проявляється у втраті попередніх соціальних ролей, погіршенні стану здоров’я, втраті чи віддаленні близьких людей, звуженні кола інтересів, унаслідок чого людина замикається в собі, суб’єктивно ж це проживається як соціальна непотрібність, незатребуваність. Чим активніше літні люди залучені до життя суспільства, тим вище рівень їхньої задоволеності життям. Такий аналіз показує, що з віком людина набуває індивідуальної своєрідності, накопичує життєвий досвід, зокрема й досвід взаємодії з іншими, що виступає основою для вирішення як вікових й інших проблем та подолання труднощів, пов’язаних із цим періодом життя.

Згідно вчення В. Фролькіса, абсолютно не правильно шукати конкретний віковий період, з якого починається старіння. Старіння, на його думку, присутнє вже в заплідненій клітині. Тому необхідно шукати той період, коли руйнування, деградація розвиваються особливо інтенсивно, що й призводить до обмеження адаптації, і, в свою чергу, сприяє розвитку вікової патології [40, с. 13].

Розмежування вікових періодів на завершальному етапі життя дуже умовне, до того ж історично так склалося, що старість постійно відтерміновується паралельно із збільшенням тривалості життя. Вікові межі змінювалися від настання періоду старіння в 30 років до визначення віку 60 років, як вікової межі за якою людина стає тягарем собі та суспільству [20, с.135]. Але радикальне збільшення тривалості життя кардинально змінило погляди на процес старіння та його періодизацію.

Проблема виокремлення меж старіння є дуже складною. Межі періодів зрілості та початку старіння розмиті та постійно змінюються. Деякі вчені взагалі стверджують, що чітких меж настання старості не існує. Зазвичай, коли говорять про літніх людей, керуються віком виходу на пенсію, хоча цей вік значно варіює в різних країнах, для різних професійних груп, для чоловіків та жінок. Згідно класифікації Всесвітньої організації охорони здоров’я, до цієї категорії належать люди, які мають 60 та більше років. Водночас, якщо пов’язувати вік початку старіння та початок пенсійного віку, у великій кількості країн пенсійний вік варіює від 55 до 70 років. І в цьому контексті вживається термін «ті, що старіють», який вказує на поступовий та безперервний процес, а не на визначену, та зазвичай довільно встановлену межу.

У сучасній науці найбільш широко використовується наступна схема вікової періодизації: літній вік: 60-74 роки для чоловіків, 55-74 роки для жінок; старечий вік: 75-90 років для чоловіків та жінок; довгожителі: 90 і більше років для чоловіків та жінок.

Групи людей літнього та старечого віку значно різняться між собою, не говорячи вже про довгожителів. Для першої групи характерним є збереження досить високого рівня функціонування психологічних складових. Найбільш значущими проблемами для них є соціально-психологічна дезадаптація та зниження якості життя. На першому плані проблем для другої групи (старечого віку) знаходяться проблеми переважно суто медичного характеру (погіршення стану здоров’я, необхідність стороннього догляду).

Іноді вчені розділяють людей віком більше ніж 65 років на третій та четвертий вік. Сам термін «третій вік» позначає активний та відносно незалежний стиль життя, а «четвертий вік» - завершальний етап життя людини, який передбачає повну чи часткову залежність від оточуючих. Ця термінологія знайшла своє досить широке визнання у суспільстві та використовується у наукових дослідженнях, оскільки допомагає уникнути негативного емоційного забарвлення термінів «літній» та «старечий» [41, с.36].

Досить часто дослідники використовують термін «геронтогенез», який, на думку багатьох учених, найбільш адекватно відображає складний процес старіння як життя в нових умовах взаємодії організму із середовищем. І, як зазначає М. Александрова [1], якщо діють адаптаційні та компенсаторні механізми, то вони дозволяють продовжувати жити у змінених умовах відносно комфортно, і саме це називається нормальним старінням [1, с.117].

Також слід враховувати, що у межах кожного вікового періоду існують значні індивідуальні відмінності, на формування яких впливають умови життя, генетичні фактори, характер активності протягом життя індивіда, стиль життя. Тому хронологічні межі вікових періодів відносні та вимагають постійного коригування, що зумовлено психічними, особистісними, соціально-психологічними, економічними та історичними чинниками.

У нашому дослідженні літній вік ми визначаємо у межах від 60 до 75 років, під час якого особа намагається або подолати ознаки власної психічної інволюції, та, як результат, досягає якісного новоутворення віку - мудрості, або ж апатично спостерігає за процесом власної деградації, очікуючи завершення власної життєдіяльності. Вік від 75 до 90 років (старечий вік) та вік за 90 років, на даному етапі дослідження нами не розглядається.

Одна з тенденцій останнього десятиліття в розвинених країнах світу, – ріст абсолютного числа і відносної частки населення людей похилого віку. Відбувається неухильний, досить швидкий процес зменшення в загальній чисельності населення частки дітей і молоді з одночасним збільшенням частки літніх людей.

За даними ООН у 1950 р. у світі проживало приблизно 200 млн. людей у віці 60 років і більше, до 1975 р. їх кількість зросла до 550 млн. За прогнозами, до 2025 р. чисельність людей старше 60 років досягне 1 млрд. 100 млн. чоловік. По порівняння з 1950 р. їх чисельність зросте більш ніж в 5 разів, тоді як населення планети збільшиться тільки в 3 рази [15, с.116]. У середньому в країнах Організації економічного співробітництва і розвитку тривалість життя чоловіків за 30 років збільшилася на 6 років, у жінок - на 6,5 років. В Україні ж за останні 10 років спостерігалося зниження середньої очікуваної тривалості життя [27 с.79].

Цю тенденцію до збільшення людей літнього віку у рамках нашого дослідження ми не відносимо ні до поганої, ні до гарної. Це наявний факт причини і наслідки якого виносимо за рамки нашого дослідження.

У зв’язку із наявним фактом стрімкого збільшення кількості людей похилого віку на планеті постає актуальне питання щодо якості життя цих людей, у цілому, а також психологічних чинників, зокрема, що впливають на якість життя людей похилого віку.

Соціально-демографічну категорію людей похилого віку, аналіз їх проблем з точки зору теорії і практики соціальної роботи визначають з різних точок зору - хронологічної, соціологічної, біологічної, психологічної, функціональної і т. д. Сукупність людей похилого віку характеризується значними розходженнями, які пояснюються тим, що вона містить у собі осіб від 60 до 100 років. Геронтологи пропонують розділити цю частину населення на «молодих» і «літніх» старих, аналогічно тому, як у Франції існує поняття «третій» і «четвертий» вік. Межею переходу з «третього» в «четвертий» вік вважається подолання рубіжу в 75-80 років. «Молоді» старі можуть мати інші проблеми, ніж «літні», - наприклад, трудова зайнятість, верховенство в родині, розподіл домашніх обов’язків і т. д. Відповідно до класифікації ВООЗ до літніх відносяться люди у віці від 60 до 74 років, до старих - у віці 75-89 років, до довгожителів - люди у віці 90 років і більше [15,с.117]. Відповідно до документів ООН і Міжнародної організації праці літніми вважаються особи у віці 60 років і більше. Саме цими даними, як правило, керуються на практиці, хоча вік виходу на пенсію в більшості розвинених країн - 65 років.

До похилого віку відносяться різні люди - від відносно здорових і міцних до старих, обтяжених недугами, вихідці з різних соціальних шарів, які мають різні рівні освіти, кваліфікації і різні інтереси. Більшість із них не працюють, одержуючи пенсію по старості.

Серед людей похилого віку в усьому світі набагато більше жінок, ніж чоловіків [17, с.28]. Відповідно до перепису населення 2004 р. на 1000 жінок у віці 60-64 років доводилося 633 чоловіка, на 1000 жінок у віці 65-69 років - 455 чоловіків, а на 1000 жінок у віці 80 років і більше - 236 чоловіків. На сьогодні ця тенденція не змінилася.

Соціальні умови життя людей похилого віку насамперед визначаються станом їх здоров’я. Як показник стану здоров’я широко використовується самооцінка. У силу того, що процес старіння в окремих груп та індивідів відбувається далеко не однаково, рівні самооцінки досить значно відрізняються.

Інший показник стану здоров’я - активна життєдіяльність, рівень якої знижується у людей похилого віку в силу хронічних захворювань, погіршення слуху, зору, наявності ортопедичних проблем. Рівень захворюваності людей похилого віку майже в 6 разів вищий, ніж молодих. У середньому на одного літнього хворого в Україні припадає від 2 до 4 захворювань, а вартість лікування їх у 1,5-1,7 рази вища від вартості лікування молодих людей [43, с.13]. Особливої уваги заслуговує той факт, що вікові потреби в розширенні послуг довгострокового догляду за старими збільшують витрати на такі цілі.

Матеріальне становище - єдина проблема, яка може суперничати за своєю значимістю зі здоров’ям. Люди похилого віку стривожені своїм матеріальним становищем, рівнем інфляції, високою вартістю медичного обслуговування. У результаті соціально-економічної кризи останніх років ще актуальнішим стало питання про необхідність істотного підвищення пенсій. На сьогодні кожна п’ята родина пенсіонерів зазнає труднощів у придбанні одягу і взуття [23, с.22]. Багато людей похилого віку продовжують працювати, причому суто з матеріальних міркувань. Відповідно до проведених соціологічних досліджень хотіли б працювати 60% пенсіонерів. Спостерігаються значні розходження в психіці людей похилого віку, які живуть у домашніх умовах і в будинках для людей похилого віку.

За окремими оцінками 56% проживаючих у будинках для людей похилого віку страждають хронічними відхиленнями у психіці, викликаними старістю, і 16% - психічними захворюваннями. У домашніх умовах проживають лише 5-6% літніх людей, які страждають старечим слабоумством, у стаціонарних установах їх частка набагато вище. Разом з тим у ряді будинків-інтернатів для людей похилого віку немає посад психіатра, психолога чи соціального працівника.

**1.2.** **Психологічна характеристика людей похилого віку і досвід вимірювання окремих компонентів якості життя людей похилого віку**

Розглядаючи питання психологічних особливостей осіб літнього віку, необхідно визначити сутність самого процесу старіння людини, а також те, якого віку особи належать до категорії осіб літнього віку. Старіння людини представляє собою базовий універсальний біологічний процес, який реалізується в конкретних соціокультурних умовах. Старіння розглядається як комплексне явище, що об’єднує в собі особистісні, соціальні та економічні аспекти життя людини.

Коли йдеться про персональний аспект старіння, тобто про основні способи інтерпретації власних вікових змін людьми похилого віку, то головне значення мають три складові: особистісні переживання (погіршення самопочуття, зменшення привабливості), особливості соціального статусу (включення, інтеграція чи ізоляція), усвідомлення скінченності власного буття.

Такі показники, як тривалість життя та схеми періодизації, які відзначають початок старіння та тривалість його протікання, з плином часу значно змінюються, що обумовлює постійні зміни вікового періоду, який визначається як літній вік. Щодо терміну «особа літнього віку», то пошуки чіткого визначення продовжуються. Практично у кожного вченого, який займається означеною проблематикою, існує власна періодизація і визначення.

Розглядаючи психологічні особливості осіб літнього віку, ми виходимо із підходу, який наголошує на збереженні потенціалу особистісного зростання літніх людей, незважаючи на високий соматичний та соціально-економічний ризик цього періоду життя. Саме безперервність особистісного розвитку та соціалізації людини літнього віку, як наголошує О. Краснова [21], забезпечує продовження активної творчої та соціальної діяльності; наявність великого життєвого досвіду, його творче переосмислення та використання; індивідуальне різнобарв’я моделей життя [21, с.187].

У літньому віці психічні процеси зазнають певних змін. Слід зазначити, що в цьому віці відбувається загальне зниження психічної активності, яке проявляється у зменшенні обсягу уваги, існують труднощі у зосередженості та перемиканні уваги. Процеси сприймання стають з віком менш чіткими і людина частіше починає використовувати уяву.

Закономірні зміни мозкової діяльності у цьому віці цілком логічно призводять до зміни інтелектуальної активності. Знижується загальна інтелектуальна діяльність, хоча вербальні навички залишаються на відносно високому рівні, на відміну від показників кмітливості, які нижче, ніж у інших вікових категоріях. Та як показують дослідження, у людей з високим освітнім рівнем спостерігається зростання багатьох інтелектуальних здібностей до 70 років [13, с.53]. Зниження інтелектуальних функцій у літньому віці більше залежить від стану здоров’я, аніж від віку безпосередньо.

Інтелект адаптується до вікового адаптогенного фактору, послаблення одних функцій сприяє формуванню пристосувальних функціональних систем, що дозволяє компенсувати деструктивні явища когнітивного старіння. Такі позитивні адаптаційні зміни спрямовані на актуалізацію резервних можливостей, які були накопичені на ранніх етапах онтогенезу.

В літньому віці можливе погіршення пам’яті. Як зазначає М. Єрмолаєва, вікові зміни обсягу короткочасної пам’яті незначні, на відміну від суттєвих змін у довгостроковій пам’яті. У людей літнього віку залишаються більш дієвими процеси впізнавання порівняно з процесами відтворення, що є важливою ознакою того, що когнітивні ресурси, необхідні для переробки інформації знижуються з віком. Найкраще зберігається в літньому віці логічне запам’ятовування, основою міцності пам’яті стають внутрішні смислові зв’язки. Значно погіршується механічне запам’ятовування. Образна пам’ять погіршується більшою мірою, аніж словесно-логічна.

Обсяг сприймання у літніх людей знижений. Можливою причиною цього може бути погіршена робота зорової та слухової системи, або знижена вибірковість уваги. Також можливою причиною є знижений рівень мотивації необхідний для успішного виконання завдань, що потребують підвищеної точності [13, с.61].

За даними досліджень І. Малкіної-Пих [73], емоційна сфера набуває специфічних змін - нові враження втрачають свою яскравість та різноманітність забарвлень, як наслідок, люди літнього віку стають більш прикуті до минулих, яскравих спогадів. Емоційна відстороненість людини літнього віку також є захисним механізмом, який дозволяє уникати зайвих страждань, що присутні у цьому віці в значній кількості, оскільки існує велика кількість переживань стосовно втрат та зменшуються можливості компенсувати їх. Заклопотаність літньої людини є одним із найбільш розповсюджених переживань. Незважаючи на всю можливу непотрібність цієї якості, в літньому віці заклопотаність має важливу роль, оскільки представляє собою певну готовність до фрустрації та допомагає уникнути сильних емоційних реакцій [23, с.73]. До того ж постійне переживання заклопотаності додає досить сірій та буденній дійсності без яскравих подій, деякої подібності наповненості, яскравості, що є незамінною якістю в умовах соціального та емоційного голоду під час сенсорної ізоляції.

Типовою для цього представників цього віку, як зазначає О. Хухлаєва, є вікова ситуаційна депресія, що суб’єктивно переживається як почуття власної непотрібності та не цікавості того, що відбувається довкола, їй характерний пригнічений настрій без вагомих причин. Як результат - образливість, тривожність, тривалі негативні емоційні реакції. Основні прояви цієї депресії - іпохондрична фіксація на хворобливих відчуттях, ідея про постійні утиски з боку оточення (моральні та фізичні), тенденція до вигадувань для підтвердження власної значущості [43, с.58].

Особистісні характеристики залежать від вибору літньою людиною однієї із двох стратегій адаптації до старості - або підтримка та розвиток соціальних зв’язків та як результат збереження себе як особистості, або дистанціювання від суспільства з поступовим згасанням психологічних функцій, з метою зберегти себе як індивіда. У випадку вибору другої стратегії, можливе проявлення сенсорної депривації, егоцентричності, образливості, виникнення відчуття самотності у світі, який сприймається як незрозумілий та загрозливий.

Потреби на цьому віковому етапі, як показують дослідження І. Малкіної-Пих [73], залишаються такими ж, що і в період дорослості, змінюючи лише своє значення для особистості. На перший план виходять потреби в униканні страждань (що пов’язано зі страхом появи різного роду соматичних захворювань та супутніх їм фізичних страждань), у врятуванні (пов’язано зі страхом безпорадності) і стабільності (страх перед новими обставинами, прив’язаність до близьких та власної території). За деякими даними, рівень страхів у цьому віці збільшується у зв’язку з тим, що вони накопичуються протягом життя і з виникненням загрози скінченності існування. Таким чином, основним є безпосередньо сам страх смерті, який набуває різноманітних конфігурацій - чи то страх самотності, чи хвороби, чи майбутнього, чи взагалі ірраціональні страхи [23, с.76].

Потреба літніх людей у самовизнанні має особливе значення та може мати позитивне забарвлення, оскільки слугує стимулом до розвитку. В результаті зовнішня оцінка втрачає своє першорядне значення та значно зменшується боротьба за визнання соціумом, що може слугувати поштовхом для творчого прояву.

Проблема самотності у літньому віці має подвійний характер - з одного боку, страх перед розривом з оточенням, а з іншого - прагнення відсторонитися та захистити свій світ від сторонніх. Якщо людина на цьому віковому етапі має адекватний, цікавий для неї вид діяльності, то вона буде значно рідше відчувати себе самотньою, оскільки опосередковано через власну діяльність вона буде спілкуватися із соціумом.

Я-концепція періоду старості представляє собою складне утворення, в якому існує інформація про велику кількість Я-образів, які виникають у людини в різних варіантах його самосприйняття та самопрезентації. Це вибіркова пам’ять особистості, що відображає події таким чином, щоб не порушити основні особистісні позиції. Соціальні стереотипи впливають на суб’єктивні відношення людини не лише до соціуму, а й до себе. Значна частина рис літніх людей зумовлені поширеними у суспільстві негативними стереотипами людей цього віку, як непотрібних, інтелектуально деградованих, безпомічних. Інтеріорізація цих стереотипів знижує самооцінку [39, с.65].

Я-концепція у цьому віці залежить від здатності людини інтегрувати своє минуле, актуальне та майбутнє, зрозуміти їх взаємозв’язок. Цій властивості сприяє успішне вирішення індивідом нормативних криз та конфліктів, набуття адаптивних якостей особистістю, здатність накопичувати корисний потенціал усіх минулих етапів власного життя.

Деякі психологічні особливості літніх людей можна пояснити тим, що втрата активності у тих, хто завжди чітко виконував батьківські сценарії життя, є наслідком того, що немає готового батьківського сценарію на період старіння. Людина, на думку Е. Берна [3], чітко зберігши установку на те, що обирати та розробляти власний сценарій небезпечно, припиняє будь-які форми активності, навіть активне спілкування [3, с.171].

Спілкування в літньому віці є продовженням основних тенденцій спілкування в молодому віці, а також визначається успішністю адаптації до старості. Внаслідок загостреної чутливості до прояву уваги, піклування та наявності почуття непотрібності на фоні втрати соціальних ролей, зростає роль спілкування з друзями, яке підкріплене спільними інтересами, соціальним статусом, особливою увагою до минулого, що не завжди наявне у спілкуванні з членами родини. Хоча, варто зазначити, родинне спілкування значною мірою задовольняє потреби у безпеці, любові, сприйманні, а також у визнанні.

Криза цього віку, як зазначає О. Хухлаєва, [43] має дві основні лінії, одна з яких передбачає необхідність прийняття завершального етапу власного існування, інша - усвідомлення можливості до виконання життєвих завдань, або прийняття їх без змін [43, с.41]. Успішне, чи, навпаки, невдале вирішення кризи, формує основні якості особистості залежно від яких і проявляється установка на власне життя в цей період.

Узагальнена характеристика людей літнього віку з урахуванням усіх негативних якостей особистості має наступний вигляд - як правило, знижена активність, сповільнюються психічні процеси, погіршується самопочуття. У процесі старіння змінюється відношення до явищ і подій, змінюється спрямованість інтересів. У багатьох випадках відбувається звуження кола інтересів, невдоволення оточуючими. Поряд з цим має місце ідеалізація минулого, тенденція до спогадів. У літньої людини часто знижується самооцінка, зростає невдоволення собою, невпевненість у собі. Вони стають егоїстичними та егоцентричними, більш інтровертованими. Та, як зазначає Н. Зоткин [18], було б неправильним вважати, що психологічні особливості представників цього віку мають негативний відтінок та однаковою мірою проявляються у всіх [18, с.19]. Також слід відмітити і позитивні особливості, такі як відхід від дріб’язкових інтересів та звернення до головних цінностей життя, адекватну переоцінку власних бажань і можливостей, нівелювання неприємних для оточення рис характеру, можливість набуття мудрості.

Однією із основних соціально-психологічних проблем осіб літнього віку є проблеми, пов’язані із соціальною адаптацією. Літній вік називають «періодом погіршеної адаптації», що зумовлено різноманітними соматичними, психічними та психологічними змінами особистості, а також змінами, що відбуваються в сімейному житті та соціальному оточенні.

Сучасна соціальна робота з людьми похилого віку повинна будуватися відповідно до Плану дій із проблем літніх людей, розробленим ООН більше 15 років тому. У передмові до цього плану країни світу урочисто визнають, що якість життя є не менш важливою, ніж її тривалість, у зв’язку з чим старіючим людям треба (наскільки це можливо) жити у власних родинах плідним, здоровим, таким, що приносить задоволення, життям і вважатися органічною частиною суспільства.

Виходячи з описаного документа на сьогодні ООН рекомендується урядам всіх країн розпочати наступні заходи в області соціальної підтримки людей похилого віку:

- розробити національну політику у відношенні літніх людей, тим самим зміцнюючи зв’язок між поколіннями;

- заохочувати благодійні організації;

- захистити людей похилого віку від економічних потрясінь;

- забезпечити якість життя в спеціалізованих установах для літніх людей;

- повністю забезпечити літніх людей незалежно від місця їх проживання - на батьківщині або в іншій країні [25, с.69].

Вивченню змісту якості життя людей похилого віку в будинках-інтернатах у світі приділяється велика увага. У США з 70-х рр. ХХ ст. діють «Омбудсмановські програми довгострокового піклування» [40, с.42]. Практика підтверджує актуальність установки ООН на те, щоб «дозволити жити старіючим людям у власних родинах», тому що в будинках-інтернатах літня людина попадає в складну ситуацію: з одного боку, різка зміна навколишнього оточення, з іншого боку - перехід до колективного життя, необхідність підкорятися встановленому порядку, страх втрати незалежності. Це збільшує нестійкість нервово-психічного стану, служить причиною подавленого настрою, непевності в собі, своїх діях негативно позначається на стані здоров’я. Одягнені в однакові халати, позбавлені власного куточка, старі переживають повну деперсоналізацію. Проживаючі в інтернатах для старих в основному скаржаться на якість догляду за ними, харчування, порушення їх прав.

Пріоритетний напрямок соціальної роботи з людьми похилого віку - організація середовища їх перебування таким чином, щоб у літньої людини завжди був вибір способів взаємодії з цим середовищем. Свобода вибору породжує відчуття захищеності, впевненості у завтрашньому дні, відповідальності за своє і чуже життя.

Вдалим прикладом удалого створення навколишнього простору для старіючих людей є пішохідні зони в центрах міст - не тільки тому, що люди повинні пройти пішки обраний маршрут, але й тому, що, перебуваючи в пішохідній зоні, вони інакше сприймають навколишній простір. Пішохід одержує можливість не тільки спостерігати собі подібних людей, але й концентрувати свою увага на архітектурі будинків, порівнювати атмосферу центра міста з його атмосферою в цілому.

У містах України дуже мало місць, де можна просто посидіти (мова йде не про ресторани і кафе, хоча і їх, розраховуючи на можливості людей похилого віку, вкрай мало). Це не просто «вбивання часу» або відпочинок - це одночасно і «спосіб пересування» для старих людей, і демонстрація автономної позиції. Місця, де літня людина могла б просто посидіти, бажано різноманітні, повинні бути не тільки в тихих куточках міста. Дехто уникає багатолюдних міських вулиць і площ, але є й такі, для яких перебування в юрбі людей, які поспішають кудись, підсилює відчуття життя, дає додатковий емоційний заряд [5, с.40]. Іншими стимулюючими елементами міського простору є його мала архітектура, дерева, струмки або річки, які створюють враження «дружності куточків», що зміцнює почуття безпеки. Зрозуміло, середовище перебування старіючих людей не зводиться до міського простору.

Парадокс полягає в тому, що чим більше намагатися допомогти старіючим людям, тим меншою є імовірність одержання ними ефективної, професійної допомоги, тому що бажання допомогти означає в остаточному підсумку взяття на себе відповідальності за вирішення проблем літньої людини, за її долю. Це форма егоцентризму, неприпустима із професійної точки зору. Літня людина, навіть будучи клієнтом соціальної служби, - суб’єкт, тобто особа, яка приймає рішення.

Таким чином, можна підсумувати, що люди похилого віку мають право на повноцінне життя, що можливо лише в тому випадку, якщо вони самі беруть діяльну участь у вирішенні питань, які їх безпосередньо стосуються.

Є дві основних традиції відносини суспільства до старості. Перша нараховує близько 30 тисяч років - її називають давньоєгипетською традицією. Старість називається «найбільш почесним положенням людини серед інших людей», «літня людина єдина з людей, які близькі до богів», «старість - щасливий і безтурботний стан людини» і т. д. Інша традиція нараховує 3 тисячі років - це спартанська традиція. У Спарті говорили: «Краще бути бездомним собакою, ніж старим»: немічних старих у Спарті скидали зі скелі в прірву, причому, старий-спартанець сприймав такий кінець життя як природний.

Дотепер у положенні старих громадян у різних країнах («благополучних» і «неблагополучних») можна побачити або давньоєгипетську, або спартанську моделі. Що ж являє собою старість як явище? Насамперед, кожна літня людина обтяжена масою так званих хронічних хвороб (у середньому 9-13). Вони з’являються, як тільки людина починає старіти і хворіє від 20 до 30 років. Патологоанатоми добре знають, що люди похилого віку не вмирають від своїх хронічних захворювань, навіть якщо це гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця або виразкова хвороба (від них помирають найчастіше у віці від 40 до 50 років).

Особливе положення старої людини у житті полягає в тому, що вона «близька до бога». Характерна риса літньої людини полягає в тому, що вона все повніше виявляється перед лицем смерті. Спеціальні дослідження підтверджують, що думки про швидку і неминучу смерть так чи інакше присутні у свідомості кожного, кому за 60. Це пояснюється тим, що з віком відповідним чином змінюється психологічний захист людини, з яким вона народжується і у програму якого входить і усвідомлення власної смерті. Психологічний захист допомагає невиліковному хворому справлятися з думками про неминучу смерть, які внаслідок цього не доходять до надцінних переживань. Це стосується тих випадків, коли думки про смерть є симптомами психічної патології (психотичні депресії, суїцидальні установки, марення та ін.) [18, с.20].

За вкрай рідкісним винятком кожна літня людина страждає рядом хронічних соматичних захворювань (серцево-судинних, шлунково-кишкових, гінекологічних, урологічних, захворюваннями опорно-рухового апарату та ін.). Якщо залишити осторонь захворювання, пов’язані із центральною нервовою системою, то вже цього досить, щоб зарахувати більшість старих людей до категорії «гранично» хворих. З цього випливає, що всі вони мають потребу у спостереженні і лікувальній корекції психолога або психотерапевта. Справа в тому, що навіть одне хронічне захворювання (неважливо, у якому віці воно виникає) приводить до так званих «неврозоподібних станів» [15, с.107] і до хворобливої деформації характеру, аж до психопатії. Ці явища старості вивчає особливий розділ геронтології. Особливе місце займають і проблеми геріатрії, хоча провести чітку межу між геронтологією і геріатрією неможливо.

Характер літньої людини деформується в силу старіння. Ця деформація являє собою досить складний процес (як людина жила, так вона і старіє). До певного часу всі працюючі (у будь-якій області соціальної зайнятості) зберігають риси характеру, які мають спадкове походження. З віком з’являється професійна деформація характеру, так звана акцентуація певних його рис - поміркованості, запальності, ранимості, тривожності, педантичності, вразливості, емоційної лабільності, істеричності, замкнутості, виснаженості, причіпливості, несправедливих оцінок своїх вчинків і вчинків навколишніх, реактивний регрес розумових здібностей, який стереотипно повторюється в різних ситуаціях і т. д.

Варто назвати ще дві категорії громадян похилого віку, кожна з яких, у силу своїх соціально-медичних особливостей, виділяється в особливий ряд [29, с.15]. По-перше, це старі інваліди (одержавши інвалідність у молодості або в зрілі роки, проте були раніше добре адаптовані: мали родини, дітей, роботу і т. д.). По-друге, це особи, які одержали інвалідність у старому віці. Психіка людей похилого віку досить своєрідна, з набором різних характерологічних, афективно-емоційних та інтелектуальних особливостей, які (залежно від фахівця - психіатра, психолога, який займається реабілітацією, або соціального медика) не вкладаються в існуючі професійні шаблони. Тут, як ніде, потрібен індивідуальний підхід.

**1.3. Досвід вимірювання окремих компонентів якості життя людей похилого віку**

Для подальшого проведення експерементального дослідження необхідно проаналізувати вже наявні наукові роботи щодо компонентів та способів вимірювання якості життя людей похилого віку. Це дасть нам змогу спиратися на апробовані методики та зрозуміти які існують, знайдені шляхом наукових досліджень, тенденції щодо субєктивної оцінки рівня якості життя людьми похилого віку.

Аналізуючи дані досліджень М. О. Житинської [15], бачимо, що 95,90% людей похилого віку мають проблеми зі здоров’ям. Проблему браку спілкування, втрату колишніх соціальних зв’язків визначили у себе 82,19%. На питання: «Чи відчуваєте Ви брак спілкування, коли саме відчули?» 35,61% відповіло «так, дуже гостро з припиненням трудової діяльності», 32,87 % - «частково, з виходом на пенсію», та 16,6% - дало відповідь «так, коли діти виросли» [15, с.118].

Проблеми та труднощі в життєдіяльності людини похилого віку згідно досліджень М. О. Житинської [15] представлено у таблиці 1.1 (див.табл.1.1)/

Таблиця 1.1

**Проблеми та труднощі в життєдіяльності людини похилого віку\***

|  |  |
| --- | --- |
| Проблеми та труднощі | Співвідношення складових, що впливають на якість життя людини похилого віку, % |
| 1. Погіршення фізичного та психологічного здоров’я | 94,73 |
| 2.Втрата колишніх соціальних зв’язків, проблема спілкування (самотність, низька соціальна взаємодія) | 81,57 |
| З.Повне або часткове припинення активності | 60,52 |
| 4.Відсутність відчуття потрібності на значимості | 50,00 |
| 5.Низький рівень матеріального забезпечення | 36,84 |
| 7.Відсутність мотивації до життя | 13,15 |
| 8.Невпевненість у собі та в завтрашньому дні | 23,68 |
| 6.Нерозуміння та упереджене ставлення з боку суспільства | 10,52 |
| 9.Залежність від інших | 13,15 |
| 10. Одноманітність життя у старості | 2,63 |

\* Згідно досліджень М. О. Житинської [15]

Ці показники доводять, що більшість опитуваних відчуває брак спілкування та пов’язують його саме з припиненням трудової активності, з виходом на пенсію 83,32%. 65,73% опитаних помічають у себе часткове зниження чи припинення соціальної активності. Причинами цього є різні обставини: хтось через відсутність здоров’я не може бути в повній мірі активним, дехто через відсутність мотивації та внутрішніх ресурсів не може проявити себе.

Помічено зв’язок між характером проживання та відчуттям самотності і браком спілкування. Оскільки ті респонденти, які проживають самі 42,44%, даючи відповіді на запитання, що торкаються почуття самотності та браку спілкування, підтверджують наявність у себе таких проблем.

Більшість опитаних мають позитивне ставлення до старості, а значить, адекватно сприймають цей період. Важливим є те, що більшість респондентів вважають, що цей період життя має бути активним (90,52%) підтвердили необхідність збереження активності в похилому віці.

Поряд з наявністю чіткого розуміння необхідності ведення активного способу життя у старості, присутня недостатня мотивація у поведінці (намагаються регулярно продовжувати соціальну активність лише 33,35%).

На думку І. Г. Малкіної-Пих [23] прямим проявом соціальної активності людей похилого віку є суспільна діяльність як добровільне, безкорисливе заняття, організоване за дорученням державних та громадських організацій. На думку науковців, така діяльність дає можливість людині похилого віку підтримувати життєвий тонус та зберігати почуття соціальної повноцінності [23 с.133].

Л. І. Анциферова[2] звертає увагу на сімейно-побутову діяльність, яку розглядають як показник соціальної активності людей похилого віку. Така діяльність, з одного боку, пов’язана з особистими потребами самої людини похилого віку чи її близьких, а з іншого - відповідає цілям різних соціальних інститутів [2, с.26].

Для визначення основних якостей людини похилого віку, що впливають та визначають якість її життєдіяльності, науковцями проранжовано в порядку пріоритетності якості, які необхідні людині в похилому віці для якісної життєдіяльності.

Лише 21,91% при ранжуванні якостей притаманних їм самим поставили активність на перше місце; упевненість у собі 20,54%. Самостійність означили як виражену у себе якість 26,02%; цілеспрямованість - 12,32% та комунікабельність - 23,28% [15, с.119].

Оскільки важливою основою якості життєдіяльності є задоволеність людини похилого віку своїм життям, то можна стверджувати про досить низьку якість життєдіяльності людини похилого віку в сучасних умовах.

Дослідження рівня самооцінки людей похилого віку засвідчують, що у переважної більшості (від 42 до 58%) занижена самооцінка. Причина цього пов’язана з виходом на пенсію, з погіршенням фізичного здоров’я, зміною соціальних зв’язків, проблемами соціальної взаємодії. В цілому, з віком вплив великої кількості негативних факторів на людину посилюється, а здатність протистояти їм зменшується.

Низька самооцінка, негативне ставлення людини похилого віку до себе досить часто підкріплюється оцінками інших людей та проявляється в залежності від думок інших, пасивності та неможливості протидіяти впливу середовища. Все це ускладнює формування адекватної незалежної самооцінки та призводить до постійного незадоволення собою, розпачу, іноді навіть до неповаги. Натомість завищена самооцінка, що спостерігається у 15-22,50%, може бути засобом психологічного захисту людини похилого віку.

Вивчення емоційного комфорту людини похилого віку за показниками ставлення до майбутнього; ставлення до минулого; ставлення до родичів; ставлення до старості; ставлення до виходу на пенсію демонструє різнорідні результати. Більшість респондентів мають достатньо негативні прогнози подальшого життя. Найбільш типовими відповідями на запитання «Яким я бачу своє майбутнє?» є: складним; не забезпеченим; хворобливим; спокійним; безперспективним; самотнім.

За категорією «ставлення до минулого» більшість людей похилого віку погоджуються з тим, що все, до чого прагнули та про що мріяли, переважно було досягнуто. У відповідях відчувається ностальгія за молодими роками, де люди похилого віку були потрібними, більш активними. Стосовно ставлення до старості та пенсійного періоду життя, більшість визначає цей віковий період найскладнішим у житті, нестабільним, сповненим загостренням хвороб. Низький рівень емоційного комфорту спостерігається у 53% осіб похилого віку.

Узагальнення результатів мотиваційного критерію життєдіяльності людей похилого віку вказують на те, що високий рівень якості життєдіяльності за цим критерієм спостерігається лише у 10-15%, середній рівень виявився у 33-35%; значний відсоток людей похилого віку з низьким рівнем якості життєдільності, який охоплює 55-58%. Результати зазначених даних свідчать про необхідність підвищення мотивації людини похилого віку, потреби у формуванні активної життєвої позиції, адекватної самооцінки, життєвої задоволеності шляхом організації соціально-психологічної підтримки.

Більшість людей похилого віку мають низький рівень соціально-психологічної адаптації, а саме 55,20%.

Емоційна складова є визначальною у спілкуванні людини похилого віку, оскільки вона визначається у якостях людини, а саме: в емпатії, прагненні уникнути самотності, гнучкості у спілкуванні. Третина людей похилого віку хотіла б змінити коло свого спілкування як кількісно, так і якісно. Найбільше люди похилого віку цінують в інших такі якості, як доброта, чесність, порядність, ці ж якості багато хто визначає найбільш вираженими стосовно самого себе. У міжособистісному спілкуванні при виникненні конфліктної ситуації вони найчастіше або пристосовуються до неї, або прагнуть уникнути її вирішення.

Високий рівень міжособистісного спілкування характерний для 17,60% людей похилого віку, які мають достатнє коло друзів та знайомих; не відчувають самотності, схильні до компромісу у спілкуванні, мають достатню здатність до співчуття, позитивні взаємини з іншими. Середній рівень властивий 42,40% осіб, і проявляється у недостатній здатності до розуміння переживань інших, обмеженому колі друзів і приятелів, що зумовлює невисокий рівень почуття самотності; вираженої схильності до уникнення та пристосування у спілкуванні. Низький рівень притаманний 40% і характеризує людину похилого віку як особу, що гостро переживає почуття самотності, зокрема через вузьке коло друзів.

Результати аналізу стану якості життєдіяльності людей похилого віку дозволяють стверджувати, що причинами невисокого рівня якості життєдіяльності людей похилого віку є відсутність у фахівців цілісного розуміння та бачення стратегії соціально-педагогічної підтримки життєдіяльності людей похилого віку; брак методичного забезпечення та обмеженість використання фахівцями сучасних методів та прийомів у роботі з людьми похилого віку; низький рівень активності та мотивації у самих людей похилого віку щодо покращення якості власної життєдіяльності.

Все це дає можливість спрогнозувати, що наступним кроком для організації соціально-психологічної підтримки життєдіяльності людей похилого віку, необхідно конкретизувати соціально-психологічні умови соціально-психологічної підтримки життєдіяльності людей похилого віку; визначити оптимальні напрями, шляхи соціально-психологічної підтримки життєдіяльності людини похилого віку; удосконалити прийоми, методи і форми роботи з урахуванням рівня когнітивних, вікових та індивідуальних можливостей людей похилого віку.

А. Гакман [8] на основі застосування методики визначення «Індексу життєвої задоволеності» («Live Satisfaction Index» LSI) та методики «Шкала задоволеності життям» (SWLS) Е. Дінера [49] встановила, що більшість опитуваних (69,2% жінок та 63,7% чоловіків) мають низький рівень задоволеності життям. Це вказує на відсутність у них задоволення від повсякденного життя, наявність пасивного примирення із життєвими невдачами та сприйняття їх як належного. Водночас, вони не впевненні у собі та мають низьку самооцінку, незадоволені станом свого здоров’я ведуть малорухливий спосіб життя, і як результат, не отримують належної задоволеності життям. Середній рівень задоволеності життям виявлено у 23,08% респондентів жіночої статі та у 25,8% чоловіків. Дана група досліджуваних реально оцінюють свій стан здоров’я, мають реалістичну самооцінку, адекватно оцінюють свої фізичні можливості, позитивно відносяться до повсякденної діяльності, проте не повністю відчувають задоволеність життям. При цьому, вони не проявляють ініціативу щось змінювати, покращувати свій фізичний стан, та не урізноманітнюють своє дозвілля за допомогою рухової діяльності. Лише 7,7% опитуваних жінок та 10,5% чоловіків мають високий рівень індексу задоволеності життям [8, с.42].

У рамках даного опитування за матеріалами Мицкан Б. «Якість життя людини: біосоціальний вимір» [25] визначено питому вагу окремих факторів індексу задоволеності життям осіб похилого віку (див. табл. 1.2). Як видно з даної таблиці, більшість жінок (75,1%) з низьким індексом вважають, що їх індекс задоволеності життям обумовлений фактором «позитивна оцінка себе і своїх вчинків», а у 62,6%) чоловіків - фактором «інтерес до життя». Однак, такі фактори як послідовність у досягненні цілей та узгодженість між поставленими та досягнутими цілями виявилися найвагомішими серед осіб з високим рівнем задоволеності життям.

Таблиця 1.2

**Співвідношення факторів і****ндексу задоволеності життям**

**осіб похилого віку,% \***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Фактори індексу задоволеності життям** | **Високий рівень ІЗЖ** | | **Середній рівень ІЗЖ** | | **Низький рівень ІЗЖ** | |
| **кількість** | | **кількість** | | **кількість** | |
| **чол.** | **жін.** | **чол.** | **жін.** | **чол.** | **жін.** |
| 1. | Інтерес до життя | 4,3 | 4,1 | 33,2 | 28,1 | 62,6 | 67,8 |
| 2. | Послідовність у до­сягненні цілей | 13,9 | 9,1 | 36,9 | 21,1 | 49,7 | 69,7 |
| 3. | Узгодженість між поставленими та досягненими цілями | 14,9 | 9,1 | 34,8 | 25,2 | 48,7 | 65,6 |
| 4. | Позитивна оцінка  себе і своїх вчинків | 9,1 | 4,7 | 42,2 | 20,2 | 53,5 | 75,1 |
| 5. | Загальний  фон настрою | 5,3 | 7,9 | 34,2 | 21,4 | 60,4 | 70,7 |

\* Згідно дослідженням Мицкан Б. [25].

Бачимо, що Мицкан Б [25] за методикою «Шкала задоволеності життям» (SWLS) Е. Дінера вдалось знайти, що (40,1% жінок та 41,2% чоловіків) мають низький рівень цього показника. Респонденти у дослідженні вважають, що справи у них йдуть не дуже добре, або все погано. Крім того, такий рівень незадоволеності, швидше за все, призводить до низької ефективності будь-якої діяльності, що негативно відображатиметься спочатку на емоційному стані, а згодом і на здоров’ї. До занять руховою активністю не долучаються. Такий стан пояснюємо зміною соціального статусу, відходом від активної соціальної діяльності, погіршенням матеріально-фінансового стану і здоров’я.

Вище середнього рівня задоволеністю життям виявлено в 11,4% жінок та 10,2% чоловіків. Ця категорія осіб, як правило, має проблеми зі здоров’ям та фінансовим забезпеченням.

Середній рівень задоволеності життям констатовано у 5,4% жінок та у 9,1% чоловіків. Ці особи, в цілому, задоволені життям, але хотіли б поліпшити своє становище в більшості життєвих сферах, наприклад, здоров’ї, руховій діяльності, фізичному та фінансовому станах.

Тільки у незначної частки осіб похилого віку (3,8% жінок та 7,5% чоловіків) виявлено високий рівень задоволеності життям. Звичайно, і у них є негаразди, яких вони хотіли б позбутися, але в цілому вони насолоджуються життям і відчувають, що в основних сферах їх життя - сім’я, фінанси, дозвілля, рухова діяльність, здоров’я - все більш-менш добре.

Отже, на підставі результатів соціологічного дослідження вчених автор у роботі стверджує, що люди похилого віку мають переважно низький та середній рівень задоволеності життям.

Якість життя залежить від ряду факторів (див. табл. 1.3), а саме: фізичного, функціонального, психоемоційного та соціального станів. У зв’язку із цим ця категорія людського життя формується у відповідності із біологічними, психологічними та соціальними рівнями структури особистості людини.

Таблиця 1.3

**Критерії ефективності якості життя, рекомендовані ВООЗ\***

|  |  |
| --- | --- |
| Фізичні | Сила, енергія, втома, біль, дискомфорт, сон, відпочинок |
| Рівень незалежності | Повсякденне активність, працездатність, залежність від ліків і лікування |
| Психологічні | Позитивні емоції, мислення, вивчення, запам’ятовування, кон­центрація, самооцінка, зовнішній вигляд, негативні переживання |
| Життя в суспільстві | Особисті взаємини, суспільна цінність суб’єкта, сексуальна активність |
| Навколишнє середовище | Благополуччя, безпека, побут, забезпеченість, доступність і якість ме­дичного і соціального забезпечення, доступність інформації, можли­вість навчання та підвищення кваліфікації, дозвілля, екологія (забруд­нювачі, шум, населеність, клімат) |
| Духовність | Релігія, особисті переконання |

\* Згідно дослідженням Мицкан Б. [25].

Згідно соціологічного опитування А. Гакман [8], у більшості осіб похилого віку спостерігається низький рівень якості життя за всіма психологічними компонентами (див. табл. 1.4).

Таблиця 1.4

**Психологічні показники якості життя осіб похилого віку, бали\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Компоненти якості життя (SF 36)** | **Шкала** | **чол..** | **жін.** |
| Психологічний компонент здоров’я: | Життєздатність | 65,3 | 60,7 |
| Соціальна активність | 60,7 | 66,4 |
| Роль емоційних проблем у об­меженні життєздатності | 61,9 | 71,9 |
| Психічне здоров’я | 73,4 | 71,6 |

Згідно соціологічного опитування А. Гакман [8].

Відповідно дослідженню найнижчі показники характерні для психологічного компоненту здоров’я у чоловіків, а саме: соціальна активність (60,7 бали) та емоційна складова життєздатності (61,9 бали). Очевидно, це обумовлено зменшенням соціальної активності (переходом у соціальну групу «пенсіонер») і, як наслідок, погіршенням фізичного та емоційного стану.

Доволі низькими виявилися показники у жінок: роль фізичних проблем у обмеженні життєдіяльності (57,2 бали) та життєздатність (60,7 бали). Це вказує на те, що щоденна життєдіяльність жінок значно обмежена їх фізичним здоров’ям.

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1**

Проведено огляд теоретико-методологічних засад вивчення проблем якості життя людини похилого віку. Відповідно до документів ООН і Міжнародної організації праці літніми вважаються особи у віці 60 років і більше. Саме цими даними, як правило, керуються на практиці, хоча вік виходу на пенсію в більшості розвинених країн - 65 років.

До похилого віку відносяться різні люди - від відносно здорових і міцних до старих, обтяжених недугами, вихідці з різних соціальних шарів, які мають різні рівні освіти, кваліфікації і різні інтереси. Більшість із них не працюють, одержуючи пенсію по старості.

У літньому віці психічні процеси зазнають певних змін. Слід зазначити, що в цьому віці відбувається загальне зниження психічної активності, яке проявляється у зменшенні обсягу уваги, існують труднощі у зосередженості та перемиканні уваги. Процеси сприймання стають з віком менш чіткими і людина частіше починає використовувати уяву.

Закономірні зміни мозкової діяльності у цьому віці цілком логічно призводять до зміни інтелектуальної активності.

Оскільки важливою основою якості життєдіяльності є задоволеність людини похилого віку своїм життям, то можна стверджувати про досить низьку якість життєдіяльності людини похилого віку в сучасних умовах.

Типовою для цього представників цього віку є вікова ситуаційна депресія, що суб’єктивно переживається як почуття власної непотрібності та не цікавості того, що відбувається довкола, їй характерний пригнічений настрій без вагомих причин. Як результат - образливість, тривожність, тривалі негативні емоційні реакції. Основні прояви цієї депресії - іпохондрична фіксація на хворобливих відчуттях, ідея про постійні утиски з боку оточення (моральні та фізичні), тенденція до вигадувань для підтвердження власної значущості. Основною потребою у цьому віці стає впевненість у цінності прожитого життя. В якості провідного виду діяльності в літньому віці виступає особлива внутрішня робота, яка спрямована на сприйняття власного життєвого шляху.

Проведено огляд досліджень якості життя людей похилого віку та надано статистичні результати. Дві основні методики дослідження – це Індекс задоволеності життям ВООЗ та методика «Шкала задоволеності життям» (SWLS) Е. Дінера. Задоволеність життям та психофізичні компоненти якості життя людей похилого віку мають схильність до зниження в порівнянні з більш ранніми етапами онтогенезу. Більшість осіб похилого віку (69,2% жінок та 63,7% чоловіків) мають низький індекс задоволеності життям. За показниками «Шкали задоволеності життям» (SWLS) Е. Дінера (40,1% жінок та 41,2% чоловіків) теж характеризуються низьким рівнем задоволеності життям. Вище середнього рівня задоволеність життям мають 11,4% жінок та 10,2% чоловіків, середній - 5,4% жінок та 9,1% чоловіків, високий - 3,8% жінок та 7,5% чоловіків.

**РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ УМОВ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ**

**2.1. Психологічні умови якості життя людини похилого віку**

Розглядаючи психологічні особливості осіб літнього віку, ми виходимо із підходу, який наголошує на збереженні потенціалу особистісного зростання літніх людей, незважаючи на високий соматичний та соціально-економічний ризик цього періоду життя. Саме безперервність особистісного розвитку та соціалізації людини літнього віку, як наголошує О. Краснова [21], забезпечує продовження активної творчої та соціальної діяльності; наявність великого життєвого досвіду, його творче переосмислення та використання; індивідуальне різнобарв’я моделей життя [21, с.187].

Згідно з переконаннями І. Кулагіної [22] у похилому віці «фокус уваги людини» зсувається від турбот про майбутнє до минулого досвіду. Відбувається психологічне старіння, поява почуття старості. При прогресивній лінії розвитку на попередніх стадіях людина може позитивно оцінити усе своє попереднє життя, із задоволенням підвести його підсумки як у професійній діяльності, суспільних відносинах, так і по лінії шлюбу і сім’ї. Розуміючи власне продовження в дітях і онуках, у тому, що вона змогла зробити як професіонал, особистість не боїться невідворотності смерті. Крім свого минулого необхідно сприяти досягненню его-інтеграції «життєва залученість». Вказується наважливість участі у вихованні онуків, у політичних подіях, оздоровчих фізкультурних програмах тощо. У цьому віці у людей спостерігається швидка стомлюваність, повільність, зниження працездатності, нездатність до інтеграції окремих способів поведінки і тому, прояв «... окремих дивацтв, скупість, недовіру, балакучість, туга, інтраверсія, ригідність тощо» [7]. Виділяються п'ять типів пристосування до старості:

1. Конструктивна установка, коли людина внутрішньо урівноважена, спокійна, задоволена емоційними контактами з оточуючими; вона критична у відношенні до самої себе, але сповнена гумору і терпимості щодо інших; вона сприймає старість як факт, що завершує її професійну кар'єру, оптимістично ставиться до життя, сприймає смерть як природне явище, не висловлюючи відчаю і жалю; життєвий баланс такої людини цілком позитивний, вона з довірою розраховує на допомогу оточуючих.

2. Установка залежності властива індивідам, котрі виявляють пасивність і схильним до залежності від інших; люди цієї категорії не мають високих життєвих прагнень і легко залишають професійні заняття; сімейне середовище забезпечує їм відчуття безпеки, дає відчуття внутрішньої гармонії, тому вони не страждають від емоційної неврівноваженості й різних стресів.

3. Захисна установка характеризує людей самодостатніх, що володіють «психологічною бронею», манірних, поглинених професійною діяльністю; вони поділяють загальноприйняті погляди і установки, уникають виявляти власну думку, не люблять говорити про свої проблеми; зовнішня сторона життя означає для них більше, ніж внутрішні переживання; вони схильні до страху смерті і маскують свою безпорадність перед цим фактом посиленою зовнішньою діяльністю.

4. Установка ворожості притаманна «розгніваним старим», які агресивні, недовірливі, запальні і мають звичай пред’являти масу претензій до свого оточення – близьких, друзів, соціальних інститутів, суспільства в цілому; вони не реалістичні в сприйнятті старості, не можуть змиритися з неминучими віковими витратами, заздрять молодим, бунтують проти смерті й бояться її.

5. Установка ворожості, спрямована на самого себе, характерна, як правило, для осіб з негативним життєвим балансом, які уникають спогадів про минулі невдачі і труднощі, вони не повстають проти своєї старості, а пасивно сприймають удари долі; незадоволена потреба в любові і співчутті є приводом для депресії і гострої жалості до себе; смерть розглядається як звільнення від страждань» [7].

З метою виокремлення психологічних умов якості життя людей похилого віку необхідно окремо розглянути поняття «якість життя».

Всесвітня організація охорони здоров’я (ВООЗ) окреслює цей феномен як сприйняття людиною себе в житті в контексті культури та системи цінностей, залежно від власних цілей, очікувань і стандартів [50].

Важливим у розумінні психологічних умов якості життя є термін «психічне здоров’я». За визначенням ВООЗ, психічне здоров’я – це такий стан благополуччя людини, при якому вона усвідомлює власні можливості, здатна справлятися з повсякденними життєвими труднощами, може плідно працювати та приносити користь суспільству, саме тому психічне здоров’я є невід’ємною частиною громадського здоров’я і має істотний вплив на стан країн та їх людський, суспільний та економічний потенціал [9, С.79–85.]. Д.Фелсе та Дж.Перрі вважають, що благополуччя, об’єднує об’єктивні показники та суб’єктивну оцінку фізичного, матеріального, соціального й емоційного стану, відповідно до рівня розвитку індивіда та його персональних цінностей [47, С.51–74.].

Таким чином бачимо, що поняття якості життя багатомірне у своїй основі. Так, А. Новік виокремлює основні його складники: психологічне благополуччя; соціальне благополуччя; фізичне благополуччя; духовне благополуччя [26]. Януш Чапінський порівнює термін «якість життя» з поняттям «благополуччя» або «щастя» [46]. В Європі під поняттям якість життя розуміється інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування людини [48.]. Американські дослідники визначають якість життя як фізичне, емоційне, соціальне, духовне і фінансове благополуччя людини [45, с.8]. У зв’язку із значною різноманітністю визначень, бачимо що єдине поняття «якість життя відсутнє. Проте, спираючись на вищезазначені визначення науковців, ми можемо взяти за основу психологічних чинників якості життя психологічне благополуччя людини похилого віку.

**2.2. Дослідження якості життя людей похилого віку**

Для встановлення рівня якості життя людей похилого віку за первинний показник беремо результати тестування за «Шкалою задоволеності життям (Satisfaction With Life Scale - SWLS)». Відповідно цієї методики ми отримаємо результати респондентів, що будуть свідчити про їх суб’єктивний рівень якості життя за таким ранжуванням:

- повністю задоволений життям

- задоволений життям

- майже задоволений життям

- нейтральний, не визначився

- балів: майже незадоволений життям

незадоволений життям

- вкрай незадоволений життям

Також, згідно теоретичного огляду досвіду вимірювання у наукових дослідженнях якості життя людей похилого віку беремо за основу у нашому дослідженні результати опитування за методикою «Індекс загального самопочуття» ВОЗ – 5/1999 р. (WHO Collaborating Centre in Mental Health, Психіатричний центр Північної Зеландії, відділ психіатричних досліджень, Данія)». За результатами цього опитування відповіді респондентів буде розподілено за 2 градаціями: перша, від 0% до 50% задоволення життям і друга, від 51% до 100% задоволення життям.

З метою експерементального дослідження психологічних умов підвищення якості життя людей похилого віку визначимо рівень тривоги та депресії. Для цього беремо результати тестування за такими тестами: «Шкала тривоги Бека (BAI)» [34], «Шкала депресії Бека (BDI)». Обидві методики дозволять нам розподілити відповіді респондентів за такими градаціями: Норма, Низький рівень тривоги чи депресії, середній рівень тривоги чи депресії, високий рівень тривоги чи депресії.

Наприкінці проведемо зіставлення результатів за 4-ма методиками і з’ясуємо чи є співвідношення між результатами за Шкалою задоволення життям та Індексом загального самопочуття та результатами за Шкалами тривоги та депресії. Якщо результаті будуть співставні, можна буде зробити відповідні висновки.

**Шкала задоволеності життям (Satisfaction With Life Scale - SWLS)**

(E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larsen, S. Griffin, 1985).(Адаптація і валідизація Д.О. Леонтьєва і Е.Н. Осика, 2003) [49].

Методика призначена для масових опитувань респондентів про ступінь суб'єктивної задоволеності їх життям. Під категорією «життєва задоволеність» розуміється саме загальне уявлення людини про психологічний комфорт, яке включає в себе:

* + інтерес до життя як протилежність апатії;
  + рішучість, цілеспрямованість, послідовність у досягненні життєвих цілей;
  + узгодженість між поставленими і реально досягнутими цілями;
  + позитивна оцінка власних якостей і вчинків;
  + загальний фон настрою.

Шкала вимірює емоційне переживання індивідом власного життя як цілого, що відображає загальний рівень психологічного благополуччя. основної призначення методики - масові, особливо крос-культурні та між групові соціально-психологічні дослідження: результати виявляються стійкими і порівнянними завдяки простій і однозначній внутрішній структурі.

Опитувальник складається з 5 питань. Приблизний час тестування 2-3 хвилини (див. Додаток Д).

**Тест Шкала тривоги Бека (BAI)**

Шкала тривоги Бека (The Beck Anxiety Inventory - BAI), це клінічна тестова методика, призначена для скринінгу тривоги і оцінки степені її виразності (A. T. Beck, N. Epstein, G. Brown, R.A. Steer 1988) [34, с.35]. Опитувальник складається з 21 пункту, кожен з яких включає один з типових симптомів тривоги, тілесних або психічних. Кожен пункт повинен бути оцінений респондентом від 0 (симптом не турбував) до 3 (симптом турбував дуже сильно). Дана шкала є простим, зручним інструментом для попередньої оцінки ступеня вираженості тривожних розладів у широкого кола осіб, від молодих людей від 14 років і до літніх. Заповнення шкали займає не більше 10 хвилин, як правило, це можна довірити самому респонденту. Підрахунок проводиться простим підсумовуванням балів за всіма пунктами шкали (див. Додаток А).

**Тест** **Шкала депресії Бека (BDI)**

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory) запропонована А. Т. Беком в 1961 р. і розроблена на основі клінічних спостережень, які дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії і найбільш частих скарг [32]. Після співвіднесення цього списку параметрів з клінічними описами депресії, що містяться у відповідній літературі, був розроблений опитувальник, що включає в себе 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія складається з 4-5 тверджень, які відповідають специфічним проявам/симптомам депресії. Ці твердження ранжовані в міру збільшення питомого внеску симптому в загальний ступінь важкості депресії. Відповідно до ступеня вираженості симптому, кожному пункту присвоєні значення від 0 (симптом відсутній, або виражений мінімально) до 3 (максимальна вираженість симптому). Деякі категорії включають в себе альтернативні твердження, що мають еквівалентну питому вагу [30].

У первинному варіанті методика заповнювалася за участі кваліфікованого експерта (психіатра, клінічного психолога чи соціолога), який зачитував вголос кожен пункт з категорії, а після просив пацієнта вибрати твердження, що найбільш відповідає його стану на поточний момент. Пацієнту видавалася копія опитувальника, за яким він міг стежити за читаними експертом пунктами. На підставі відповіді пацієнта дослідник відзначав відповідний пункт на бланку. На додаток до результатів тестування дослідник враховував анамнестичні дані, показники інтелектуального розвитку та інші параметри [32].

Сьогодні опитувальник широко застосовується в клініко-психологічних дослідженнях та в психіатричній практиці для оцінки інтенсивності депресії. Незважаючи на те що твердження тесту дуже прямі і дозволяють респонденту приховувати свій справжній стан, використання опитувальника Бека в клінічній практиці показало його високу ефективність при скринінгових і попередніх обстеженнях.

Тестування можна проводити в груповому та індивідуальному варіантах. Результати опитування високо корелюються з особистісною та ситуативною тривожністю. Усі твердження опитувальника Бека є прямими, тому для підрахунку загального результату необхідно просто підсумувати всі бали, відповідні обраним твердженнями (див. Додаток Б).

В даний час вважається, що процедура тестування може бути спрощена: опитувальник видається на руки пацієнту і заповнюється ним самостійно [32].

**«Індекс загального самопочуття» ВОЗ – 5/1999р (WHO Collaborating Centre in Mental Health, Психіатричний центр Північної Зеландії, відділ психіатричних досліджень, Данія)**

5-позиційний Індекс добробуту Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВОЗ-5) є одним з найбільш широко використовуваних опитувальників, що оцінюють суб'єктивне психологічне самопочуття. З часу своєї першої публікації в 1998 році ВОЗ-5 була перекладена більш ніж на 30 мов і була використана в дослідницьких дослідженнях у всьому світі. ВОЗ-5 має високу клінікометричну обґрунтованість, може бути використаний як результат вимірювання балансу між бажаними та небажаними ефектами лікування, є чутливим та специфічним інструментом скринінгу на депресію, його застосовність у різних галузях дослідження дуже висока. WHO-5 - це коротка анкета, що складається з 5 простих і неінвазивних питань, які враховують суб'єктивне благополуччя респондентів [32]. Шкала має достатню валідність і як скринінг-інструмент для депресії, і як міра результату в клінічних випробуваннях, і вона успішно застосовується в широкому діапазоні досліджень в широкому діапазоні досліджень (див. Додаток В).

Практичною метою роботи є експериментальне дослідження психологічних умови підвищення якості життя людей похилого віку. Тож для цього обрано вищеописані методики. З метою проведення констатувального експерименту, під час проходження практики на кафедрі психології та соціології факультету гуманітарних наук, психології та педагогіки СНУ ім. В.Даля проведено тестування 30 респондентів похилого віку від 60 до 75 років.

**2.3. Психологічний та статистичний аналіз констатувального експерименту**

У констатувальному експерименті брало участь 30 респондентів віком від 60 до 75 років, 18 жінок та 12 чоловіків. Вони є мешканцями міста Сєвєродонецьк Луганської області, пенсіонери за віком. Обрані методики беруть до уваги самопочуття респондентів протягом останнього місяця.

Опитувальник Шкала задоволеності життям [49] складається з 5 питань. Перед респондентом п'ять висловлювань, з якими вони можуть погодитися або не погодитися. Використовуючи 7-ми бальну шкалу, вони оцінюють кожне висловлювання відповідним, на їх думку, балом. Приблизний час тестування 2-3 хвилини.

Бланк опитувальника (див. Додаток Д)/

Після підрахунку результатів опитувальника Шкала задоволеності життям [49] видно, які показники мають перевагу (див. Додаток Е).

Нижче наведено зведену таблицю за результатами опитування за Шкалою задоволеності життям (табл. 2.1)

Таблиця 2.1

**Зведена таблиця за результатами опитування за** **Шкалою задоволеності життям**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Інтерпретація результатів | Кількість осіб |
| 1 | повністю задоволений життям | 3 |
| 2 | задоволений життям | 4 |
| 3 | майже задоволений життям | 4 |
| 4 | нейтральний, не визначився | 1 |
| 5 | майже незадоволений життям | 7 |
| 6 | незадоволений життям | 5 |
| 7 | вкрай незадоволений життям | 6 |
|  |  |  |

Наочно результати долідження за методикою Шкалою задоволеності життям [49] представлено на сегментограмі (див. рис. 2.1).

**Рис. 2.1.****Сегментограма за тестом Шкала задоволеності життям**

Опитувальник Шкала тривоги Бека (BAI) [34], складається з 21 пункту, кожен з яких включає один з типових симптомів тривоги, тілесних або психічних. Респондентам потрібно було прочитати симптоми, які описують почуття, поведінку і реакцію людей в різних життєвих ситуаціях, і відмітити ті, які мають відчувалися за останні два тижні [32]. Підрахунок проводиться простим підсумовуванням балів за всіма пунктами шкали (див. Додаток А).

Після підрахунку результатів опитувальника Шкала тривоги Бека (BAI) видно, які показники мають перевагу (див. табл. 2.2). Результати кожного опитуваного респондента (див. Додаток Ж).

Таблиця 2.2

**Зведена таблиця за результатами опитування за Шкалою BAI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Інтерпретація результатів | Кількість осіб |
| 1 | Норма | 3 |
| 2 | Низький рівень тривоги | 6 |
| 3 | Середній рівень тривоги | 5 |
| 4 | Високий рівень тривоги | 16 |

Наочно результати дослідження за методикою Шкала тривоги Бека (BAI) [34] представлено на сегментограмі (див. рис. 2.2).

**Рис. 2.2.****Сегментограма ступеню тривоги за шкалою тривоги Бека**

На сегментограмі наглядно зображено найбільш виражена зона тривоги у даній групі респондентів. Після підрахунку балів більшість респондентів мають високий 43,3% опитуваних, при цьому ще 30% мають середній рівень тривоги; 16,7% респондентів за результатами тестування має низький рівень тривоги і тільки 10% не має взагалі симптомів тривоги.

ОпитувальникШкала депресії Бека (BDI) використовується для оцінки інтенсивності депресії. Підрахунок проводиться простим підсумовуванням балів за всіма пунктами шкали (див. Додаток Б).

Після підрахунку результатів опитувальника Шкала депресії Бека (BDI) [34] видно, які показники мають перевагу (див. табл. 2.3). Результати кожного опитуваного респондента (див. Додаток З).

Таблиця 2.3

**Зведена таблиця за результатами опитування за Шкалою BDI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Інтерпретація результатів | Кількість осіб |
| 1 | Норма | 5 |
| 2 | Низький рівень тривоги | 9 |
| 3 | Середній рівень тривоги | 6 |
| 4 | Високий рівень тривоги | 10 |

Після підрахунку балів 16,7 респондентів, які не мають симптомів депресії; 30 респондентів такі, які мають низький рівень; 20% респондентів, які відмітили в себе середній рівень; та 33,3 за результатом тесту мають високий ступінь вираженості симптоматики депресії.

Наочно результати дослідження за методикою Шкала депресії Бека (BDI) представлено на сегментограмі (див. рис. 2.3).

**Рис. 2.3. Сегментограма ступеню вираженості депресивної симптоматики за шкалою депресії Бека**

Опитувальник Індекс загального самопочуття/ВОЗ (WHO) (див. Додаток В) оцінює суб'єктивне психологічне самопочуття, є чутливим та специфічним інструментом скринінгу на депресію [14] WHO-5 - це коротка анкета, що складається з 5 простих питань, які враховують суб'єктивне благополуччя респондентів. (див. табл. 2.4). Результати кожного опитуваного респондента (див. Додаток И).

Таблиця 2.4

**Зведена таблиця за результатами опитування за методикою Індекс загального самопочуття**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Інтерпретація результатів | Кількість осіб |
| 1 | До 50% | 19 |
| 2 | Вище 50% | 11 |

Наочно результати персональних відповідей дослідження за методикою «Індекс загального самопочуття» представлено на діаграмі (див. рис. 2.4).

**Рис. 2.4.****Діаграма суб’єктивної** **оцінки самопочуття за методикою «Індекс загального самопочуття/ВОЗ (WHO)»**

Наочно результати дослідження у відсотках за методикою «Індекс загального самопочуття» представлено на сегментограмі (див. рис. 2.5).

**Рис. 2.5.****Сегментограма результатів оцінки самопочуття за методикою «Індекс загального самопочуття/ВОЗ (WHO)»**

За поданими даними суб’єктивна оцінка респондентами свого настрою нижче середнього показника у 56,7% респондентів, що в цілому відповідає загальним даним по всім проведеним методикам.

Таким чином ми можемо провести порівняння покажчиків самооцінювання за Шкалою задоволеністю життям із суб’єктивним рівнем симптомів тривоги, депресії та загального самопочуття. Як бачимо результати співставні між собою (див. Додаток К).

**2.4. Практичні рекомендації щодо підвищення психологічних умов якості життя людей похилого віку**

У зв’язку із тим, що ми наочно побачили співставність між суб’єктивною оцінкою задоволеності життям із психологічною самооцінкою оцінки самопочуття за методикою «Індекс загального самопочуття/ВОЗ (WHO)», а середній та високий рівень симптомів тривоги та депресії за відповідними шкалами Бека (BDI, BAI) співставні із відповідно низьким рівнем задоволеності життя за результатами опитування. Базуючись на теоретико-емпіричному доробку сучасної психології [6], можна рекомендувати окремі блоки програми занять «Щасливе довголіття», яку зручно проводити як у групі, так і індивідуально. Цю програму на досвіді впроваджено у рамках реалізації проєкту «Захист і надання гуманітарної допомоги високо вразливим категоріям населення, які постраждали від конфлікту, що живуть уздовж лінії розмежування в Донецькій та Луганській областях» Відокремленого підрозділу іноземної неурядової організації «Відділення Польської Гуманітарної акції в Україні». Оскільки у ході експериментального дослідження ми побачили співставлення між суб’єктивним рівнем якості життя та рівнем симптомів тривоги, депресії та індексу загального самопочуття, можна зробити висновок, що покращення рівня психологічного благополуччя позитивно впливає на суб’єктивний рівень якості життя людей похилого віку. вважаємо за потрібне профілактичне використання рекомендацій програми спрямоване на зниження тривоги, депресії, поліпшення навичок соціальної взаємодії, формування образу «активного пенсіонера», позитивної самооцінки, підвищення рівня впевненості в собі, стабілізацію емоційного стану, зміцнення соціальних зв'язків в місцевому співтоваристві, що є одним з найважливіших способів управління стресом.

Для покращення рівня психологічного благополуччя рекомендовано:

* + системне (3-4 рази на тиждень) виконання: гімнастики на покращення фізичного самопочуття, вправи, спрямовані на підтримку сенсорних і мнемічних процесів;
  + розвиток позитивного мислення, розуміння почуттів і емоцій, формування образу свого позитивного майбутнього;
  + оволодіти техніками релаксації та саморегуляції, щоб літні люди могли легше справлятися зі складними емоційними станами, що дозволить підвищити їх стійкість до стресів, поліпшити загальний фон настрою і сприятливо впливати на загальне самопочуття літніх людей; а також сприятиме поліпшенню сну.

**Гімнастики на покращення фізичного самопочуття.**

Нижче наведено приклад легкої розминки, яка допомагає не тільки відчути прилив сил і енергії, але також впоратися зі стресом [16]. Алгоритм виконання:

- Підніміть плечі - вдих, опустіть - видих (3 рази).

- Відведіть плечі назад і злегка посуньте лопатки - вдих, округлятимете

спину - видих (3 рази).

- Підніміть одне плече вгору - вдих, опустіть - видих. Ті ж самі вправи виконайте іншим плечем (3 рази).

- Нахиліть голову назад і зведіть лопатки - вдих, повільно округляйте спину і опускайте голову, поки не упретеся підборіддям в грудь - видих (у попереку не прогинайтеся) (3 рази).

- Повільно і спокійно вдихніть. Розгорніть тулуб в сторону, не рухаючи

стегнами видих. Поверніться у вихідне становище - вдих. Виконайте поворот в інший бік - видих (3 рази).

- По черзі піднімайте плечі, дихання довільне (3 рази).

- Після розминки буквально кілька секунд відпочиньте в будь-який розслабленій позі

**Вправи, спрямовані на підтримку сенсорних і мнемічних процесів «Гімнастика для мозку» [42]**

Мета: поліпшення пам'яті, уваги, зняття напруги.

Вправа 1. Повороти долонями: Витягнемо прямі руки вперед на рівні плечей долонями догори. На команду «права», перевернемо праву долоню донизу. На команду «ліва», перевернемо ліву долоню догори. На команду «обидві», перевернемо долоні в протилежному.

Вправа 2. Намалюйте в повітрі перегорнуту вісімку по три рази кожною

рукою, а потім обома руками, якщо у вас вийде; Малюємо симетричні малюнки двома руками одночасно. Це можуть бути геометричні фігури, квітка та інше. Малюйте симетричні малюнки (до себе від себе, вгору - вниз, вліво -

вправо);

Вправа 3. По черзі з'єднайте подушечки великого пальця з вказівним, із

середнім, безіменним, мізинцем, а потім у зворотному порядку від мізинця до

вказівного пальця. Повторіть ці рухи кілька разів, поступово прискорюючи рух.

Вправа 4. На правій руці тримаємо великий палець вгору, інші пальці стиснуті в кулак, на лівій руці великий палець притиснутий до тильної сторони долоні, а решта пальців розтиснену. Далі міняємо положення рук: на лівій руці тримаємо великий палець вгору, на правій великий палець притиснутий до тильної сторони долоні. Декілька разів міняємо положення рук, поступово прискорюючись.

Вправа 5. Лівою рукою погладжуємо себе по голові за годинниковою стрілкою, одночасно правою рукою погладжуємо живіт проти годинникової стрілки. Виконуємо цей рух, поступово прискорюючись. Потім міняємо руки.

Існує відомий загальнобіологічий закон: старіння найменше вражає і пізніше всього захоплює той орган, який найбільше працює. Тому всяка робота, що вимагає участі мозку, покращує його функції. Дослідження вчених останнім часом показують, що у людей літнього віку, головний мозок яких продовжує активно працювати, не знижуються розумові здібності. А те незначне погіршення, яке часом все ж спостерігається, несуттєве – воно не заважає нормальному функціонуванню мозку і активній діяльності у повсякденному житті. Дуже ефективне вивчення іноземних мов, за статистикою двомовні люди якщо й хворіють, то на кілька років пізніше інших. Вивчення іншої мови тренує наш мозок, робить його більш рухливим й еластичним. Це дослідження проводили вчені з Канади. Різні кросворди, судоку, сканворди, колективні ігри, що вимагають розумової діяльності, допомагають нам втекти від слабоумства. Інтернет-серфінг виконує цю ж функцію: регулярні пошуки якої-небудь інформації здатні стимулювати мозкову активність [6, с. 40].

**«Прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном»**

Мета: навчання навичкам релаксації і розслаблення. Цей метод прогресивної м'язової релаксації [16] підходить для щоденного застосування. М'язова пам'ять допоможе м'язам запам'ятати вправи, і при наступних заняттях стан розслаблення буде наступати дуже швидко.

Перш за все, сядьте максимально зручно, зніміть або розстібніть тісний одяг, зніміть окуляри, щоб нічого не заважало і не відволікало. Закрийте очі,

намагайтесь ні про що не думати. Зробіть кілька повільних, глибоких вдихів. Будемо приступати до послідовного розслаблення різних груп м'язів.

У процесі виконання вправ на прогресивне розслаблення дуже важливо стежити за своїми відчуттями. Під час напруги і розслаблення м'язів прислухайтеся до відчуттів і порівнюйте їх один з одним. Можуть відчуватися тремтіння, поколювання, тепло. Переконайтесь, чи не напружуюте м'язи до болю.

М'язи ніг: зігніть і підібгайте пальці ніг, поступово напружуючи їх все сильніше, потримайте їх в цьому стані кілька секунд, а потім розслабте.

Будьте у стані повного розслаблення кілька секунд не роблячи ніяких рухів. Повторіть вправу. Спостерігайте за власними відчуттями.

Витягніть пальці ніг від себе, напружте і зафіксуйте в стані напруги на кілька секунд, потім розслабте. Потягніть пальці ніг на себе, напружте і зафіксуйте, дайте їм побути в напрузі і поверніть в початкове становище, відчуваючи розслаблення м'язів.

Підведіть ноги на 15-20 см від підлоги, напружте їх, і тримайте в витягнутому положенні. Потім опустіть і розслабте. Весь час прислухайтеся до своїх відчуттів.

М'язи рук: Зігніть праву кисть в кулак, дайте їй побути в напрузі, розслабте. Виконайте те ж саме з лівою кистю. Потім повторіть вправу одночасно з обома руками.

Зігніть праву руку в лікті, напружте біцепс, побудьте в стані напруги, розігніть і розслабте руку. Повторіть вправу з лівою рукою, потім повторіть вправу двома руками одночасно. Прислухайтеся до своїх відчуттів.

Напружте праву руку - кисть, біцепс, трицепс - вдавлюючи руку в підлогу або підлокітник крісла. Побудьте в напрузі. Розслабте руку. Повторіть вправу з лівою рукою, а потім з обома руками одночасно.

М'язи живота і спини: Глибоко вдихніть, напружте м'язи живота, і побудьте в такому положенні, затримавши дихання. Видихніть і розслабте живіт. Повторіть. прислухайтеся до відчуттів. Підніміть таз над стільцем, спираючись на кисті, лікті і плечі. побудьте в стані напруги, опустіть таз і повільно розслабтесь.

М'язи голови і обличчя: Стисніть щелепи, напружуючи їх, побудьте в цьому положенні, розслабтеся. Слідкуйте за відчуттями. Зморщте чоло, зафіксуйте стан напруги, побудьте в ньому кілька секунд, потім розслабтеся. Щільно стисніть губи, напружуючи м'язи рота, зафіксуйте напругу, розслабтеся. Упріться кінчиком язика у верхнє піднебіння, напружте його, потримайте його в такому положенні, після чого розслабте. Із силою заплющіть очі, напружуючи м'язи навколо, зафіксуйте стан напруги на кілька секунд. Розслабте м'язи.

Завершальна вправа: Тепер напружте всі групи м'язів одночасно: руки, ноги, спина, живіт, плечі, обличчя. Напружте, зафіксуйте напругу на кілька секунд, після чого максимально розслабте все тіло. Повторіть вправу кілька разів, домагаючись повного розслаблення. Побудьте в розслабленому стані кілька хвилин, глибоко вдихаючи і видихаючи повітря. Гімнастика закінчена.

**Техніка «Дихання животом»**

Мета: навчання техніці саморегуляції за допомогою стабілізації дихання [16]. Ми навчимо Вас дихати так, щоб Ваші тіло і розум розслабилися. Для цього буде потрібно практика, і тільки згодом Ви побачите позитивні результати. Відчуваючи стрес, ми починаємо часто і швидко, дихання стає поверхневим. Це викликає неприємні відчуття, наприклад напруженість. Для того щоб позбутися від цих відчуттів, потрібно змінити дихання.

Отже почнемо: Покладіть руки на нижню частину живота, щоб середні пальці рук стикалися. Зробіть глибокий, спокійний вдих животом, щоб середні

пальці перестали смикатися. Плечі при цьому нерухомі. Повільно видихаючи, відчуйте як повітря виходить з живота і середні пальці рук з'єднуються. Подихайте так як мінімум 10 разів.

**Формування позитивного мислення.**

Мета: навчання навичкам формування позитивного мислення.

Раціональне обґрунтування для людей похилого віку. В житті кожної людини відбуваються як приємні моменти, так і неприємні. Люди, які намагаються більше звертати увагу на приємні моменти, частіше мають гарний настрій, частіше посміхаються, з ними приємніше спілкуватися і вони легше справляються з труднощами [10, С.32–65.]. Отже, задля формування позитивного мислення рекомендовано навчитися щодня спостерігати за приємними відчуттями, які відбуваються протягом дня. Можна почати вести щоденник або подумки відповідати собі на такі питання: цікавого і позитивного сьогодні відбулося, а саме:

1) що красивого бачили сьогодні мої очі?

2) що приємного сьогодні чули мої вуха?

3) який приємний запах я відчув (а) сьогодні?

4) до чого приємному сьогодні торкався (ась)?

5) що смачне я сьогодні пробував (а)?

Повторення цієї нескладної вправи значно покращить вміння позитивного мислення, бути у контакті із власними відчуттями, вміти фіксувати свій стан у «тут і зараз».

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2**

В ході констатувального експерименту, були проведені дослідження станів людей похилого віку. Для розуміння чи можливе співставлення між суб’єктивною оцінкою задоволеності життям, а також загального (гарного) самопочуття з такими психологічними станами як рівень тривоги та депресії, обрані методики дослідження, такі як: методика самооцінки Шкала задоволеності життям (SWLS) [49], тест «Індекс загального самопочуття», тест Шкала тривоги Бека (BAI), тест Шкала депресії Бека (BDI).

За результатами опитування 30-ти респондентів за Шкалою задоволеності життям встановлено, що 10% – повністю задоволені життям, 14% – задоволені життям, 13% – майже задоволені життям, 3% – не визначились або мають нейтральне задоволення життям, 23% – майже незадоволені життям, 17% – незадоволені життям, 20% – вкрай незадоволені життям. Ці результати додатково умовно можна поділити навпіл, де майже задоволені, задоволені та повністю задоволені життям становлять 37%, тоді як нейтральні, майже незадоволені, незадоволені та вкрай незадоволені становлять 63% респондентів.

За Індексом загального (гарного) самопочуття 72% респондентів мають індекс – нижче 50%, що відповідає не задовліьному самопочуттю; відповідно тільки 28% мають індекс – вище 50%, що відповідає гарному самопочуттю.

Щодо рівня симптомів тривоги за Шкалою Бека BAI у ході проведення констатувального експерименту виявлено, що 10% – рівень тривоги у нормі, 20% – має низький рівень тривоги, 17% – середній рівень тривоги та 53% – мають високий рівень тривоги. Якщо за аналогією привести ці результати за двома рівнями, виходить що сукупно 30% – симптоми тривоги низькі або відсутні, 70% – симптоми тривоги середнього та високого рівня.

Щодо рівня симптомів депресії за Шкалою Бека BDI у ході проведення констатувального експерименту виявлено, що 17% – рівень депресії у нормі, 30% – має низький рівень депресії, 20% – середній рівень депресії та 33% – мають високий рівень депресії. Якщо за аналогією привести ці результати за двома рівнями, виходить що сукупно 47% – симптоми депресії низькі або відсутні, 53% – симптоми депресії середнього та високого рівня.

Таким чином бачимо, що за результатами проведеного констатувального експеременту 63% – має тою чи іншою мірою незадоволеність якістю життям; 72% – мають не задовільне загальне самопочуття; Співставляємо ці результати із результатами середнього та високого рівнів симптомів тривоги їх має– 70%респондентів; Співставляємо ці результати із результатами симптомів середнього та високого рівнів депресії має – 53% респондентів;

Таким чином ми дійшли висновку, що рівень симптомів тривоги та депресії є співставним із рівнем задоволеністю життям і індексом загального самопочуття. Це дає нам змогу зробити висновок, що задля підвищення суб’єктивного рівня якості життя людей похилого віку ми можемо впливати через психологічні чинники, а саме: знижуючи рівень симптомів тривоги та депресії, можна вплинути на суб’єктивний рівень якості життя людей похилого віку.

Оскільки у ході констатувального експерименту результати виявились співставними, було розроблено практичні рекомендації людям похилого віку Для покращення рівня психологічного благополуччя рекомендовано: Системне (3-4 рази на тиждень) виконання: гімнастики на покращення фізичного самопочуття; Вправи, спрямовані на підтримку сенсорних і мнемічних процесів; Розвиток позитивного мислення, розуміння почуттів і емоцій, формування образу свого позитивного майбутнього; Оволодіння техніками релаксації та саморегуляції.

Профілактичні заходи збереження психологічного благополуччя необхідні задля підвищення рівня суб’єктивного задоволення життям.

**ВИСНОВКИ**

1. У роботі надали теоретичний аналіз психологічних характеристик людей похилого віку. Теоретичний аналіз проблеми психологічних особливостей осіб літнього віку, соціальної ситуації їх розвитку дозволив визначити, що процес старіння має як загальний, так і індивідуальний характер. В організмі і психіці літньої людини відбуваються чисельні процеси старіння, які проходять із різною швидкістю, часто, незалежно один від одного. Незважаючи на високий соматичний та соціально-економічний ризик цього періоду життя, безперервність особистісного розвитку та соціалізації людини літнього віку, наявність великого життєвого досвіду та його творче переосмислення і використання, індивідуальне різнобарв’я моделей життя, забезпечують можливість продовження активної творчої та соціальної діяльності людини у цей віковий період.

2. Надано огляд проведених науковцями досліджень вимірювання окремих компонентів якості життя людей похилого віку. На основі цього огляду виокремлено методики, які довели свою валідність до питання якості життя, людей похилого віку, а саме: Шкала задоволеності життям та Індекс загального (гарного) самопочуття. Відповідно цього з’явилась ідея провести власне дослідження опитати людей похилого віку цими методиками, а також порівняти їх з результатами опитування за методиками, зо характеризують психологічні чинники, а саме симптомів депресії та тривоги.

3.Експерементальне дослідження психологічних умов підвищення якості життя людей похилого віку показало наочне співвідношення рівня Загального гарного самопочуття та суб’єктивного рівня якості життя із відповідним рівнем симптомів депресії та тривоги.

У констатувальному експерименті брало участь 30 респондентів віком від 60 до 85 років, 18 жінок та 12 чоловіків. Вони є мешканцями міста Сєвєродонецьк Луганської області, пенсіонери за віком. Питання обраних методик, симптоми відповідно депресії та тривоги спрямовані на самопочуття респондентів протягом останнього місяця.

4. За результатами експерементального дослідження впливу психологічних умов на якість життя людей похилого віку було розроблено практичні рекомендації щодо психологічних умов підвищення якості життя людей похилого віку.

У ході дослідження знайдено відповідність між суб’єктивною оцінкою задоволеності життям та рівнем загального (гарного) самопочуття з такими психологічними станами як рівень тривоги та депресії. Методики дослідження, що були використані під час проведення дослідження: методика самооцінки Шкала задоволеності життям (SWLS) [49], тест «Індекс загального самопочуття», тест Шкала тривоги Бека (BAI), тест Шкала депресії Бека (BDI).

На основі проведеного дослідження були сформовані практичні рекомендації для людей похилого віку, фахівців у сфері психічного здоров’я (психологів, соціальних працівників), а також рідних людей похилого віку.

Важливими вміннями, що впливають на якість життя людей похилого віку є навички психологічної самопідтримки, профілактика симптомів тривоги та депресії, управління стресами, техніки розслаблення, заземлення, відволікання, а також позитивне мислення, та підтримка здорових соціальних зв’язків. Конкретні техніки, надані у рекомендаціях: Гімнастики на покращення фізичного самопочуття; Вправи, спрямовані на підтримку сенсорних і мнемічних процесів «Гімнастика для мозку»; «Прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном»; Техніка «Дихання животом»; Техніки формування позитивного мислення.

Оскільки була знайдена відповідність між суб’єктивною оцінкою задоволеності життям та загальним (гарним) самопочуття з симптомами тривоги та депресії, відповідно профілактика цих станів дзеркально впливатиме на підвищення рівня якості життя людей похилого віку.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Александрова М. Д. Проблемы социальной и психологической геронтологии / М. Д. Александрова. - Л. : Изд-во Ленингр. ун-та, 1974. – 136 с.
2. Анцыферова Л.И. Психология старости: особенности развития личности в период поздней взрослости / Л. И. Анцыферова. – Психологический Журнал, 2001. – Т. 22. – № 3. – С.21-30.
3. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры / Э. Берн. – СПб.; Москва : Университетская книга: ACT, 1998. – 398 с.
4. Бороздина Л. В. Особенности самооценки в позднем возрасте. / В кн.: Краснова ОВ, Лидерс АГ. / Психология старости и старения. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – С.135-149.
5. Вихованець Ю. Г. Показники біологічного та психологічного віку в діагностиці функціональних станів людини / Вихованець Ю. Г. – Університетська клініка. – 2012. – №1. С.39-42.
6. Віговська О. Якість життя особистості / О. Віговська. – Теоретико-емпіричні доробки сучасної психології. – No2, 2013. – 161 c.
7. Вікова психологія / [ О. П. Сергєєнкова, О. А. Столярчук, О. П. Коханова, О. В. Пасєка]. – Київ : ЦУЛ, 2012. – 376 с.
8. Гакман А. Вплив університетів третього віку на психофізичну активність осіб старшого покоління / А. Гакман. – Вісник Прикарпатського університету. Фізична культура. – 2019. №34. – С.39-45.
9. Галецька І.І. Психологічне здоров’я як критерій внутрішньої свободи / Галецька І.І. – Психологічні студії Львівського університету. Зб. наук. праць. – Львів, 2004, – С.79–85.
10. Гордеева Т. О. Оптимистическое мышление личности как составляющая личностного потенциала / Т. О. Гордеева. – Психологическая диагностика. – 2007. – No1. – С. 32–65.
11. Гриник І. Психологічні особливості задоволеності життям людей похилого віку / І. Гриник. – Проблеми гуманітарних наук. Серія : Психологія. – 2019. – Вип. 45. – С.52–62.
12. Дідик Н. М. Соціально-психологічна реабілітація осіб похилого віку / Н. М. Дідик. – Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки. – 2014. – № 4. – С.180-186.
13. Ермолаева М. В. Практическая психология старости / М. В. Ермолаева. – М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 320 с.
14. Житинська М. О. Деякі аспекти життєдіяльності людей похилого віку / М. О. Житинська. – Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 11 : Соціологія. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Управління. – 2014. - Вип. 18. – С.171-177.
15. Житинська М. О. Забезпечення якості життя людей похилого віку як соціальна проблема / М. О. Житинська/ – Освітологічний дискурс. – 2015. – № 1. – С.116-124.
16. Замана В. М., Воробйов Г.П., Ткачук П.П., Муженко В.М., Коберський Л.В., Бойко О.В., Романишин А.М. Організація психологічної підготовки особового складу підрозділів сухопутних військ. – Навчально-методичний посібник. – Львів: АСВ, 2012. – 404 с.
17. Зінченко О. С. Психологічні особливості людей літнього віку: теоретичний аналіз проблеми / О. С. Зінченко. – Наукові записки Ніжинського державного університету ім. Миколи Гоголя. Психолого-педагогічні науки. – 2015. – № 2. – С.28-34.
18. Зоткин Н. В. Психология пожилого возраста в аспекте психологической и социальной работы : метод. рекомендации / Н. В. Зоткин. – Самара : СамГУ, 1996. – 35 с.
19. Кові Стівен Р. 7 звичок надзвичайно ефективних людей. / Стівен Р. Кові; пер. з англ. О. Любенко. – Харків: Книжковий клуб «Клуб сімейного дозвілля», 2012. – 384 с.
20. Крайг Г. Психология развития / Грейс Крайг. – СПб. : Питер, 2000. – 992 с.
21. Краснова О. В. Особенности социально-психологической адаптации в позднем возрасте / О. В. Краснова, Т. Д. Марцинковская. – Психология старости и старения : хрестоматия / сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. - М. : Академия, 2003. – С.183-197.
22. Кулагіна І. Ю. Вікова психологія. Повний життєвий цикл розвитку людини : навч. посіб. Для студентів вищ. навч. закл. / І. Ю. Кулагіна, В. М. Колюцкий. – М. : Юрайт, 2002 – 464 с.
23. Малкина-Пых И. Г. Кризисы пожилого возраста / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 368 с.
24. Мацкевич Ю. Р. Зарубіжний досвід соціальної роботи з людьми похилого віку / Ю. Р. Мацкевич. – Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, вип. 2. – К.: НПУ ім. Драгованова, 2004. – С.46-51.
25. Мицкан Б. Якість життя людини: біосоціальний вимір / Мицкан Б., Мицкан Т. – Фізична активність і якість життя людини: збірник тез доповідей IV Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції. – Луцьк, 2020. – №3. – С.68-72.
26. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб. : Нева ; М. : Олма-Пресс Звездный мир, 2002. – 320 с.
27. Новікова Ж. М. Психологічні особливості задоволеності життям та життєстійких установок осіб похилого віку / Ж. М. Новікова. – Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. – 2019. – Вип. 2. – С.78-83.
28. Новікова Ж. М. Психологічні особливості емоційної сфери та копінг-стратегій осіб похилого віку / Ж. М. Новікова. – Психологічний часопис. – 2019. – Т. 5, № 8. – С.161-173.
29. Оляницька М. Моделі психологічного благополуччя людей похилого віку / М. Оляницька. – Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Соціальна робота. – 2017. – Вип. 2. – С.13-16.
30. Орбели Л.А. Лекции по физиологии нервной системы / Л. А. Орбели – Л., М., Ленмедгиз. – Изд. 3-е, испр. и доп. – М. ; Л. : Наркомздрав, Гос. изд-во мед. лит., 1938. – 311, [1] с.
31. Організація психологічної підготовки особового складу підрозділів сухопутних військ / [ Замана В.М., Воробйов Г.П., Ткачук П.П., Муженко В.М., Коберський Л.В., Бойко О.В., Романишин А.М.]. – Навчально-методичний посібник. – Львів: АСВ, 2012. – 404 с.
32. Ответчиков А. В. Психические состояния военнослужащих в особых условиях ведения боевых действий / А.В. Ответчиков. – М.: ГАВС, 1991
33. Павлова Ю. О. Фактори низької якості життя осіб похилого віку / Ю. Павлова. – Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2017. – Вип. 147, т. 1. – С.171–174.
34. Панченко Л. Л. Диагностика стресса: учеб. пособие / Л. Л. Панченко. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2005. – 35 с.
35. Петрова І. В. Особливості організації дозвілля у клубах людей похилого віку / Петрова І. В. – Організація культурно-дозвільної діяльності в клубних закладах розвинених зарубіжних країн. – К.:УЦКД, НПБ, 1998. – 51 с.
36. Погодина А. Б. Основы геронтологии и гериатрии / А. Б. Погодина, А. Х. Газимов. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 253 с.
37. Положення про університетський Центр медіації Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля / [ авт. Тексту Ю. О. Бохонкова, О. Г. Лосієвська]. – м. Сєвєродонецьк Редакція 2019-01 – 7 с. –Режим доступу: <https://snu.edu.ua/universytetskyj-tsentr-mediatsiyi/>
38. Почтарьова О. Е. Соціально-психологічна підтримка особистості похилого віку / О. Е. Почтарьова, О. В. Федорова, Н. Е. Ткаченко. – Теоретичні і прикладні проблеми психології. – 2018. – № 3(2). – С.125-133.
39. Психология среднего возраста, старения, смерти / В. А. Аверин, А. А. Деркач, В. Г. Зазыкин и др. ; под ред. А. А. Реана. – СПб. ; М. : Прайм-Еврознак : ОЛМА- пресс, 2003. – 384 с.
40. Рыбакова Н. А. Феномен старости / Н. А. Рыбакова. – Москва-Псков, 2000. – 169 с.
41. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения / Ян Стюарт-Гамильтон. – 3-е изд. – СПб. : Питер, 2002. – 256 с.
42. Фізична реабілітація, спортивна медицина / [ В. В. Абрамов, В. В. Клапчук, О. Б. Неханевич, Л. Смирновa та ін.]. – Дніпропетровськ: Журфонд, 2014. – 456 с.
43. Хухлаева О. В. Психология развития: молодость, зрелость, старость : учеб. пособие / О. В. Хухлаева. – М. : Академия, 2002. – 208 с.
44. Шахматов Н. Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное / Н. Ф. Шахматов. – М. : Медицина, 1996. – 304 с.
45. Cella D.F. Quality of Life: The concept / D.F.Cella. – Journal of Palliative Care. – 1992. – No8. – P. 8.
46. Czapinski J. Psychologia pozytywna. Nauka oszcesciu, zdrowiu, sille i cnotach czlowicka / Redakcja naukowa J. Czapinski. – Warszawa: Wydawnictwo naukowe PWN, 2008.– 484 s.
47. Felce D. Quality of life: its definition and measurement / D.Felce, J.Perry. – res. dev. disabil. – 1995.– v.16 (1).– p.51–74.
48. The European Organization for Research and Treatment of Cancer modular approach to quality of life assessment in oncology / [ N.K.Aaronson, A.Cull, S.Kaasa, M.Sprangerrs]. – International Journal of Mental Health, 1994. – No23. – P. 73-96.
49. The Satisfaction with Life Scale / [ E. Diener, R. A. Emmons, R. J. Larsen, S. Griffin]. – Journal of Personality Assessment, 1985. – Vol. 49. – P. 71-75.
50. The who qol group. The world health organization quality of life assessment (who qol): position paper From the world health organization / the whoqolgroup / social science and medicine. – 1995.– v.41, No10.– p.1403–1409
51. Wolowickie L. Jahasc zycia w naukach medycznych / pol red. L. Wolowickie. – Poznan, 2001 – 305s.

**Додаток А**

**Шкала Тривоги Бека**

Прізвище, ім’я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Вік \_\_\_\_\_ Дата дослідження \_\_\_\_\_\_

Прошу обрати одну з запропонованих відповідей на кожне запитання. Намагайтесь відповідати швидко.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0.Зовсім не турбує | 1.Злегка турбує | 2.Середньо турбує | 3.Дуже турбує |
| 1.Відчуття оніміння та поколювання в тілі |  |  |  |  |
| 2.Відчуття жару |  |  |  |  |
| 3.Тремтіння в ногах |  |  |  |  |
| 4.Неможливість розслабитись |  |  |  |  |
| 5.Страх, що станеться найгірше |  |  |  |  |
| 6.Головокружіння |  |  |  |  |
| 7.Прискорене серцебиття |  |  |  |  |
| 8.Нестійкість, нестабільність |  |  |  |  |
| 9.Відчуття жаху, це кінець |  |  |  |  |
| 10.Дратівливість |  |  |  |  |
| 11.Тремтіння в руках |  |  |  |  |
| 12.Відчуття задухи |  |  |  |  |
| 13.Нерівна хода |  |  |  |  |
| 14.Страх втрати контролю |  |  |  |  |
| 15.Труднощі з диханням |  |  |  |  |
| 16.Страх смерті |  |  |  |  |
| 17.Переляк |  |  |  |  |
| 18.Шлунково-кишкові розлади |  |  |  |  |
| 19.Непритомність |  |  |  |  |
| 20.Прилив крові до обличчя |  |  |  |  |
| 21.Посилене потовиділення (не пов’язане зі спекою) |  |  |  |  |

0-9 низький рівень тривог

10-18 низький рівень тривог

19-29 середній рівень тривоги

30-63 високий рівень тривоги

**Додаток Б**

**Шкала Депресії Бека**

|  |  |
| --- | --- |
| Ім’я, прізвище: | Дата: |

Цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь-ласка, кожну групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрій на сьогодні. Обведіть колом номер вибраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лиш тоді робити вибір.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** |  |  |  |
| **1** | 0.  1.  2. | Мені не сумно.  Мені сумно, я чуюсь пригніченим.  Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану. |  |
|  | 3. | Я відчуваю нестерпний сум та тугу. |  |
| **2** | 0.  1.  2. | Я спокійно думаю про майбутнє.  Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу.  Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися. |  |
|  | 3. | Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити. |  |
| **3** | 0.  1.  2. | Я не відчуваю себе невдахою.  Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей.  Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок. |  |
|  | 3. | Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному  житті і т.д.) |  |
| **4** | 0.  1. | Я отримую задоволення від улюблених занять і речей. Я не отримую такого задоволення, як раніше од улюблених занять та речей. |  |
|  | 2. | Я ні від чого не отримую задоволення. |  |
|  | 3. | Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу. |  |

**Продовження Додатку Б**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5** | 0.  1.  2. | Я не відчуваю відчуття провини.  Я доволі часто відчуваю провину.  Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини. |  |
|  | 3. | Мене мучить постійне відчуття провини. |  |
| **6** | 1.  2.  3. | Я не вважаю, що заслуговую покарання.  Я допускаю, що заслуговую покарання.  Я вважаю, що маю бути покараний. |  |
|  | 4. | Я відчуваю, що доля карає мене. |  |
| **7** | 0.  1.  2.  3. | Я в основному задоволений тим, ким я є.  Я незадоволений собою.  Я гидкий собі.  Я ненавиджу себе. |  |
| **8** | 1. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди. 2. Я критикую себе за слабкості та помилки. 3. Я постійно докоряю собі за різні помилки. 4. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо. | |  |
| **9** | 0. 1. | У мене не виникає думок про самогубство.  У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього. |  |
|  | 2. | Я хочу вмерти і планую самогубство. |  |
|  | 3. | Якщо б була нагода, я б зробив самогубство. |  |
| **10** | 0.  1.  2. | Я не плачу більш часто, ніж звичайно.  Я плачу частіше, ніж звичайно.  Я увесь час плачу. |  |
|  | 3. | Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться. |  |
| **11** | 0.  1.  2. | Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно.  Я дратуюся легше, ніж звичайно.  Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення. |  |
|  | 3. | Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже. |  |
| **12** | 0.  1.  2. | Я не втратив цікавості до людей.  Люди цікавлять мене менше, ніж раніше.  Я майже повністю втратив інтерес до людей. |  |
|  | 3. | Люди мені глибоко байдужі. |  |
| **13** | 0.  1.  2. | Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення.  Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень.  Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення. |  |
|  | 3. | Я не в стані приймати жодних рішень. |  |

**Продовження Додатку Б**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **14** | 0.  1. | Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік. |  |
|  | 2. | Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше. |  |
|  | 3. | Я переконаний, що виглядаю жахливо. |  |
| **15** | 0.  1.  2. | Мені працюється так, як і раніше.  Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці.  Я з великою трудністю змушую себе взятися до праці. |  |
|  | 3. | Я не в стані працювати. |  |
| **16** | 0.  1.  2. | Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше.  Я сплю гірше, ніж раніше.  Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути. |  |
|  | 3. | Я буджуся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути. |  |
| **17** | 0.  1.  2. | Я не втомлююся більше, ніж звичайно.  Я втомлююся значно легше, ніж раніше.  Я втомлююся від будь-якого заняття. |  |
|  | 3. | Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися. |  |
| **18** | 0.  1.  2. | У мене нормальний апетит.  У мене погіршився апетит.  У мене майже відсутній апетит. |  |
|  | 3. | У мене зовсім нема апетиту. |  |
| **19** | 1.  2.  3.  4. | Моя вага залишається незмінною.  За останній час я схуд більше ніж на 3 кг.  За останній час я схуд більше ніж на 5 кг.  За останній час я схуд більше ніж на 7 кг.  Я намагаюся схуднути, свідомо обмежуючи себе в їжі: так / ні |  |
| **20** | 0. 1.  2. | Моє тілесне здоров’я є добре.  Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.).  Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами. |  |
|  | 3. | Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров’я, що практично не можу думати ні про що інше. |  |
| **21** | 0.  1.  2. | Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився.  Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно.  Мій інтерес до статевого життя значно зменшився. |  |
|  | 3. | Я повністю втратив інтерес до статевого життя. |  |

|  |
| --- |
| ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ: |

**Продовження Додатку Б**

0–9 відсутні симптоми депресії

10-18 низький рівень депресії

19-29 середній рівень депресії

30-63 високий рівень депресії

**Додаток В**

**Psychiatric Research Unit**

WHO Collaborating Centre in Mental Health

**Індекс загального (гарного) самапочуття /ВОЗ (варіант 1999 р.)**

Оберіть одну з цифр напроти кожного з п’яти нижче запропонованих тверджень, яка найбільш відповідає вашому самопочуттю за останні два тижні. Зверніть увагу, високі бали означають більш гарне самопочуття.

Наприклад, якщо ви відчували себе більш бадьорим та в гарному настрої більше половини часу в останні два тижні, виділіть колом цифру 3 у верхньому правому куті відповідного квадратика.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Останні два тижні | Весь час | Більшу частину часу | Більше половини часу | Менше половини часу | Деякий час | Ніколи |
| 1. Я почуваю себе бадьорим та в гарному настрої | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2. Я почуваю себе спокійним та розкутим | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3. Я почуваю себе активним та енергійним. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4. Я просинаюся та відчуваю себе свіжим та відпочившим. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5. Зі мною кожного дня трапляються речі, які мене цікавлять. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

**Продовження Додатку В**

Як підраховуються бали:

Для того, щоб підрахувати бали, треба скласти обрані вами цифри у верхньому правому куті квадратика та помножити отриману суму на чотири. Отримана сума балів буде коливатися в діапазоні від 0 до 100. Більш високі бали означають більш гарне самопочуття.

© Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød

**Додаток Д**

**МЕТОДИКА SWLS (THE SATISFACTION WITH LIFE SCALE) Шкала задоволеності життям Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985)**

Нижче наведено п'ять висловлювань, з якими Ви можете погодитися або не погодитися. Використовуючи 7- бальну шкалу, оцініть кожне висловлювання відповідним, на вашу думку, балом. Будь ласка, будьте відверті і правдиві у своїх відповідях.

7-бальна шкала:

1 - повністю не погоджуюся

2 - не погоджуюся

3 - майже не погоджуюся

4 – важко визначитися (і згоден і не згоден одночасно)

5 - майже погоджуюся

6 - погоджуюся

7 - повністю погоджуюся

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***№*** | ***Твердження*** | ***Ваша відповідь*** |
| 1. | Майже в усьому моє життя відповідає моєму ідеалу. |  |
| 2. | Умови мого життя чудові. |  |
| 3. | Я задоволений своїм життям. |  |
| 4. | Я досягав майже всього того, чого хотів у житті. |  |
| 5. | Якби випала змога прожити своє життя ще раз, я б майже нічого в ньому не змінив. |  |

Підсумовуються бали.

**Інтерпретація та обробка результатів**

31 – 35 балів: повністю задоволений життям

26 - 30 балів: задоволений життям

21 - 25 балів: майже задоволений життям

20 балів: нейтральний, не визначився

15 - 19 балів: майже незадоволений життям

10 – 14 балів: незадоволений життям

5 - 9 балів: вкрай незадоволений життям

**Додаток Е**

**Результати дослідження за методикою «Шкала задоволеності життям»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п досліджуваних | повністю задоволений життям 31-35 | задоволений життям 26-30 | майже задоволений життям 21-25 | нейтральний, не визначився  20 | майже незадоволений життям 15-19 | незадоволений життям  10-14 | вкрай незадоволений життям 5-9 |
| 1 |  |  | 25 |  |  |  |  |
| 2 |  | 26 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  | 18 |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  | 14 |  |
| 5 |  |  | 23 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  | 17 |  |  |
| 7 | 32 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  | 12 |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  | 5 |
| 10 |  |  |  | 20 |  |  |  |
| 11 |  |  | 22 |  |  |  |  |
| 12 |  | 28 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  | 8 |
| 14 |  |  |  |  | 15 |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  | 13 |  |
| 16 |  |  | 21 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  | 16 |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  | 6 |
| 19 | 33 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  | 16 |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  | 11 |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  | 7 |
| 23 |  | 27 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  | 6 |
| 25 |  |  |  |  |  |  | 8 |
| 26 | 32 |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  | 10 |  |
| 28 |  |  |  |  | 15 |  |  |
| 29 |  | 27 |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  | 18 |  |  |
| Всього осіб | 3 | 4 | 4 | 1 | 7 | 5 | 6 |
| Всього відсотків | 10 | 13,3 | 13,3 | 3,3 | 23,3 | 16,6 | 20 |

**Додаток Ж**

**Результати дослідження за методикою «Шкала тривоги Бека (BAI)»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п досліджуваних | Норма  0-9 | Низький  10-18 | Середній  19-29 | Високий  30-63 |
| 1 |  |  | 23 |  |
| 2 | 8 |  |  |  |
| 3 |  |  |  | 32 |
| 4 |  |  |  | 48 |
| 5 |  | 12 |  |  |
| 6 |  |  |  | 45 |
| 7 | 6 |  |  |  |
| 8 |  |  |  | 38 |
| 9 |  |  |  | 53 |
| 10 |  |  |  | 51 |
| 11 |  |  | 19 |  |
| 12 |  | 12 |  |  |
| 13 |  |  |  | 44 |
| 14 |  |  | 23 |  |
| 15 |  |  | 28 |  |
| 16 |  | 18 |  |  |
| 17 |  |  |  | 37 |
| 18 |  |  |  | 37 |
| 19 | 9 |  |  |  |
| 20 |  |  | 23 |  |
| 21 |  |  |  | 46 |
| 22 |  |  |  | 48 |
| 23 |  | 14 |  |  |
| 24 |  |  |  | 38 |
| 25 |  |  |  | 39 |
| 26 |  | 18 |  |  |
| 27 |  |  |  | 56 |
| 28 |  |  |  | 34 |
| 29 |  | 16 |  |  |
| 30 |  |  |  | 37 |
| Всього осіб | 3 | 6 | 5 | 16 |
| Всього відсотків % | 10 | 20 | 16,7 | 53,3 |

**Додаток З**

**Результати дослідження за методикою «Шкала депресії Бека (BDI)»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п досліджуваних | Норма  0-9 | Низький  10-18 | Середній  19-29 | Високий  30-63 |
| 1 |  | 18 |  |  |
| 2 | 9 |  |  |  |
| 3 |  |  | 28 |  |
| 4 |  |  | 27 |  |
| 5 | 9 |  |  |  |
| 6 |  | 18 |  |  |
| 7 |  | 11 |  |  |
| 8 |  |  |  | 32 |
| 9 |  |  |  | 42 |
| 10 |  |  |  | 42 |
| 11 |  | 17 |  |  |
| 12 | 8 |  |  |  |
| 13 |  |  |  | 52 |
| 14 |  | 12 |  |  |
| 15 |  |  |  | 32 |
| 16 | 6 |  |  |  |
| 17 | 9 |  |  |  |
| 18 |  |  | 28 |  |
| 19 |  | 12 |  |  |
| 20 |  |  | 22 |  |
| 21 |  |  |  | 38 |
| 22 |  |  |  | 44 |
| 23 |  | 6 |  |  |
| 24 |  |  |  | 33 |
| 25 |  |  | 28 |  |
| 26 |  | 8 |  |  |
| 27 |  |  |  | 49 |
| 28 |  |  | 26 |  |
| 29 |  | 18 |  |  |
| 30 |  |  |  | 32 |
| Всього осіб | 5 | 9 | 6 | 10 |
| Всього відсотків % | 16,7 | 30 | 20 | 33,3 |

**Додаток И**

**Результати дослідження за методикою «Індекс загального самопочуття/ВОЗ (WHO)»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п досліджуваних | 0-50 балів (не задовільне самопочуття) | 50-100 балів (гарне самопочуття) |
| 1 |  | 76 |
| 2 |  | 85 |
| 3 | 50 |  |
| 4 | 45 |  |
| 5 |  | 65 |
| 6 | 42 |  |
| 7 |  | 75 |
| 8 | 32 |  |
| 9 | 28 |  |
| 10 | 37 |  |
| 11 |  | 65 |
| 12 |  | 92 |
| 13 | 34 |  |
| 14 | 45 |  |
| 15 | 36 |  |
| 16 |  | 55 |
| 17 | 45 |  |
| 18 | 38 |  |
| 19 |  | 95 |
| 20 | 45 |  |
| 21 | 37 |  |
| 22 | 31 |  |
| 23 |  | 70 |
| 24 | 35 |  |
| 25 | 36 |  |
| 26 |  | 65 |
| 27 | 28 |  |
| 28 | 45 |  |
| 29 |  | 83 |
| 30 | 35 |  |
| Всього осіб | 19 | 11 |
| Всього відсотків % | 63,4 | 36,6 |

**Додаток К**

**Результати дослідження за чотирма методиками**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Шкала задоволеності життям | | | | | | | Шкала тривоги (BAI) | | | | Шкала депресії (BDI) | | | | | (WHO) | |
|  | повністю задоволений життям 31-35 | задоволений життям 26-30 | майже задоволений життям 21-25 | нейтральний, не визначився 20 | майже незадоволений життям 15-19 | незадоволений життям 10-14 | вкрай незадоволений життям 5-9 | Норма 0-9 | Низький 10-18 | Середній 19-29 | Високий 30-63 | Норма 0-9 | Низький 10-18 | Середній 19-29 | Високий 30-63 | 0-50 незадовільне | | 50-100 гарне |
| 1 |  |  | + |  |  |  |  |  |  | + |  |  | + |  |  |  | | + |
| 2 |  | + |  |  |  |  |  | + |  |  |  | + |  |  |  |  | | + |
| 3 |  |  |  |  | + |  |  |  |  |  | + |  |  | + |  | + | |  |
| 4 |  |  |  |  | + |  |  |  |  |  | + |  |  |  | + | + | |  |
| 5 |  |  | + |  |  |  |  |  |  |  | + |  |  |  | + | + | |  |
| 6 |  |  |  |  | + |  |  |  |  |  | + |  | + |  |  | + | |  |
| 7 | + |  |  |  |  |  |  | + |  |  |  |  | + |  |  |  | | + |
| 8 |  |  |  |  |  | + |  |  |  |  | + |  |  |  | + | + | |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  | + |  |  |  | + |  |  |  | + | + | |  |
| 10 |  |  |  | + |  |  |  |  |  |  | + |  |  |  | + | + | |  |
| 11 |  |  | + |  |  |  |  |  |  | + |  |  | + |  |  |  | | + |
| 12 |  | + |  |  |  |  |  |  | + |  |  | + |  |  |  |  | | + |
| 13 |  |  |  |  |  |  | + |  |  |  | + |  |  |  | + | + | |  |
| 14 |  |  |  |  | + |  |  |  |  | + |  |  | + |  |  | + | |  |
| 15 |  |  |  |  |  | + |  |  |  | + |  |  |  |  | + | + | |  |
| 16 |  |  | + |  |  |  |  |  | + |  |  | + |  |  |  |  | | + |
| 17 |  |  |  |  | + |  |  |  |  |  | + | + |  |  |  | + | |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  | + |  |  |  | + |  |  | + |  | + | |  |
| 19 | + |  |  |  |  |  |  | + |  |  |  |  | + |  |  |  | | + |
| 20 |  |  |  |  | + |  |  |  |  | + |  |  |  | + |  | + | |  |
| 21 |  |  |  |  |  | + |  |  |  |  | + |  |  |  | + | + | |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  | + |  |  |  | + |  |  |  | + | + | |  |
| 23 |  | + |  |  |  |  |  |  | + |  |  | + |  |  |  |  | | + |
| 24 |  |  |  |  |  |  | + |  |  |  | + |  |  |  | + | + | |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  | + |  |  |  | + |  |  | + |  | + | |  |
| 26 | + |  |  |  |  |  |  |  | + |  |  | + |  |  |  |  | | + |
| 27 |  |  |  |  |  | + |  |  |  |  | + |  |  |  | + | + | |  |
| 28 |  |  |  |  | + |  |  |  |  |  | + |  |  | + |  | + | |  |
| 29 |  | + |  |  |  |  |  |  | + |  |  |  | + |  |  |  | | + |
| 30 |  |  |  |  | + |  |  |  |  |  | + |  |  |  | + | + | |  |