

Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

Факультет психології та соціальної роботи

Кафедра соціальної і прикладної психології

Дипломна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

на тему: **«Вікові та гендерні особливості психологічного здоров'я особистості»**

«Age and gender differences in a person's sense of psychological health»

Виконав: студент денної форми навчання

Спеціальність 053 Психологія

Бурковський Максим Георгійович

Керівник к.психол.н., проф. М.Ф. Будіянській

Рецензент к.психол.н., доц І.В. Бринза

Рекомендовано до захисту:

Протокол засідання кафедри

№ 3 від 3 грудня .2020 р.

Захищено на засіданні ЕК №

протокол №__ від __.__.2020 р.

Оцінка _____/_____/_____
(за національною шкалою/шкалою ECTS/ бали)

Завідувач кафедри

Голова ЕК

(підпис) Подшивалкіна В.І.

Е.М. (підпис) Псядло

Одеса – 2020

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ УЗАГАЛЬНЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ.....	5
1.1. Основні підходи та концепції дослідження психологічного здоров'я Особистості.....	5
1.2. Сучасні моделі психологічного здоров'я особистості.....	15
1.3. Вік та гендер як індикатори прояву психологічного здоров'я особистості.....	28
Висновки до першого розділу.....	39
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІКОВИХ ТА ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ.....	41
2.1. Організація та основні етапи дослідження.....	41
2.2. Опис методів та методик психодіагностики гендерних та вікових особливостей психологічного здоров'я особистості.....	42
2.3. Обґрунтування вибірки дослідження, її статистичні характеристики.....	60
Висновки до другого розділу.....	62
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІКОВИХ ТА ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ.....	62
3.1. Вікові особливості в прояві психологічного здоров'я особистості.....	62
3.2. Гендерні особливості в прояві психологічного здоров'я особистості.....	62
Висновки до третього розділу.....	63
ВИСНОВОК.....	64
Список використаної літератури.....	65

ВСТУП

Актуальність роботи: проблематика психологічного здоров'я, можна сказати, регулярно стоїть на порядку денному у дослідників, терапевтів і обивателів. Особливо в наші дні, коли, все більше і більше людей починають турбується про своє здоров'я, не тільки, в фізіологічному, але, і, в психологічному аспекті. Послуги психологів консультантів і терапевтів, стають все більш і більш затребуваними.

Однак також, говорячи про психологічне здоров'я, багато, якщо говорити про молодих, початківців, фахівців в перше чергу звертають увагу на зовнішні фактори навколишні людини, які надають на нього вплив. Зокрема, вся ситуація з коронавірусної інфекції, справила великий вплив на життя якщо не кожного, то вельми багатьох людей. І тільки час покаже, наскільки сильно воно позначилося на повсякденному житті, за цей період.

Але, при всьому це кажучи про психологічне здоров'я, питання впливу і сприйняття його, через призму віку і гендері, можуть розглядатися у другій чергу. Людина як відомо, динамічно розвиваються система, на наш погляд подібний підхід, для молодих фахівців, може негативно позначитися в подальшому.

Об'єкт: гендерні та вікові особливості психологічного здоров'я.

Предмет: вплив гендерних і вікових особливостей, на психологічного здоров'я.

Мета: полягає, у виявленні впливу гендерних і вікових особливостей, що позначаються на психологічне здоров'я.

Завдання:

1. Позначення теоретичних поглядів вченого співтовариства про проблему вікових особливостей, що впливають на психологічне здоров'я.

2. Позначення теоретичних поглядів вченого співтовариства на гендерні особливості, що впливають на психологічне здоров'я.
3. Зіставлення отриманих даних, і формування на їх основі бази, для проведення емпіричного дослідження.
4. Проведення емпіричного дослідження в рамках заданої теми.

Методологічною базою роботи була, праці таких дослідників як Е.Еріксона, Л. Виготський, Р. Костнер, І. В. Дубровіна, та інші.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ УЗАГАЛЬНЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ

ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

1.1. Основні підходи та концепції дослідження психологічного здоров'я

Особистості

Психічне здоров'я - це стан психіки людини, який забезпечує почуття психологічного комфорту, здатність осмислено і цілеспрямовано діяти, оптимально виконувати соціальні функції, адекватно ставитися до загальнолюдських і культурних особливостей. Згідно Маслоу, психологічне здоров'я не просто наповнює особистість суб'єктивним почуттям благополуччя, але є вірним саме по собі. І. в. Дубровіна у своїй концепції говорила, що, психічного здоров'я – це те, що відноситься до особистості в цілому. За і.в Дубровиной нормою варто вважати, присутність певних особистісних характеристик, що дозволяють не тільки адаптуватися до суспільства, а й, розвиваючись самому, сприяти його розвитку, а не нормою відсутність можливості розвитку в процесі життєдіяльності, нездатність до виконання свого життєвого завдання. [1,2]

Як відомо, людина протягом усього етапу дорослішання, від народження і до самої смерті, проходить через низьку вікових періодів і криз, кожен з яких залишає після себе незгладимий слід. Можна сказати, що фактори, що вплинули на, проходженні цих етапів, можуть зумовити деякі особливості подальшого розвитку. Іншими словами, позначитися на психологічному здоров'ї особистості, в цілому або в конкретний момент часу. [3]

Так в підлітковому віці, можуть проявитися, або загостритися, комплекси, пов'язані із зовнішністю індивідуума. У подібної події безлічі результатів, так,

наприклад, це може сказати, негативно, на соціалізації підлітка, що в свою чергу негативно позначиться на психологічному здоров'ї.

Однак, все більше і більше в сучасному світі піднімається питання "гендеру". "Гендер" саме по собі об'ємне і комплексне поняття, в рамках короткої доповіді розглянути його в повній мірі. [15]

Але в більш вузькому сенсі, в якому він часто вживається, гендер-це соціальна стаття, що визначає поведінку людини в суспільстві і те, як ця поведінка сприймається. Це ті аспекти чоловічого і жіночого, які задаються в перше чергу суспільством як деякий соціальний норматив. Те як індивід сприймає свій гендер, і як суспільство сприймає його, може сильно відбитися на психологічному здоров'ї. [7]

Як приклад, можемо уявити, індивіда чиї бажання і прагнення, спрямованість розвитку, не збігаються з, загальноприйнятим, уявленням навколишнього соціуму, про те, що і як повинен робити даний індивід. Це можуть як дрібні захоплення, або хобі, так і обрана роль в сімейних відносинах – наприклад, чоловік вважав за краще присвятити себе доглядом за будинком і дітьми. Для даного індивіда, подібна невідповідність — це спосіб розвитку і саме актуалізацій, в той час як для соціуму подібне розбіжність з, передбачуваної роллю, викличете реакцію відторгнення і неприйняття. Для подібного індивіда, подібне може вилитися як в тривалий стрес, так і в, припустимо, цілі комплекси з приводу власної «неправильності». [12]

Ініціатива про постановку та вивчення проблеми психологічного здоров'я належить західним вченим, які дотримуються гуманістичних поглядів - Г. Олпорту, а.Маслоу, К. Роджерсу. Гуманістична течія оформилося на рубежі 50-60 рр. [8] минулого століття, незважаючи на різноголосся всередині самої течії і розмитість його кордонів, гуманістична психологія була визнана в якості нової

психологічної парадигми, що проповідує переважно самотність і самодостатність людини.

У професійний лексикон входять безліч термінів, серед яких — психічне здоров'я. Починаються перші роботи по створенню психологічних моделей здорової особистості. Так Г. Олпорт, ввівши уявлення про пропріативності людської природи, склав образ психологічно зрілої особистості; К.Роджерс, наполягаючи на тому, що людина наділена вродженим, природним прагненням до здоров'я і зростання, розкрив образ повноцінно функціонуючої особистості; а. Маслоу на основі теорії мотивації особистості вивів образ самоактуалізованого, психологічно здорової людини.

Гуманістичний підхід став яскравою віхою в розвитку психології, послужив реабілітації людини в науці, скорегував професійні принципи в гуманітарних сферах (перш за все, в освіті та охороні здоров'я), надав потужний імпульс становленню практики психологічної допомоги людям. Вона реалізувала установку персонорієнтованої свідомості, для якого «самість» — це основоположна і кінцева цінність. Таким чином на чільне ставилася людська природа, нормою життя ставала самоствердження і самовираження у всіх доступних формах, а метою життя отримання благ. Однак замикання індивіда в своєму прагненні до самовдосконалення заради самовдосконалення частіше призводить до знесмирення буття і загального зниження життєздатності. [9]

Варто зауважимо, що подібна установка на самоактуалізацію отримала свого часу неоднозначну оцінку і серед гуманістично орієнтованих психологів. Так, наприклад, відома позиція в. Франкліна стверджував, що самоактуалізація — це не кінцеве призначення людини.

З часом вчені фахівці з колишнього СРСР, почав послідовно реалізовуватися і формуватися гуманітарно-антропологічний підхід.

Центральною для гуманітарно-антропологічного підходу в психології є ідея можливості і необхідності сходження людини до повноти власної реальності.

Підхід	Гуманістичний	Гуманітарно-антропологічний
Аксіологічний аспект	"Загальнолюдські" гуманістичні цінності, примат прав і свобод людини	Традиційні духовно-моральні та культурні канони, примат цінності і гідності людини
Оцінка людської природи	Оптимістична: людина за своєю природою добрий і наділений вродженим, природним прагненням до здоров'я і зростання	Реалістична: в людині закладені різноманітні потенції-від благородних до потворних, в мотивах і вчинках можуть бути проявлені і одні, і інші
Людське в людині	Все, що допомагає людині стати і залишатися самим собою	Все, що спонукає в людині прагнення і волю бути вище себе
Нормативний вектор розвитку і саморозвитку людини	Самоактуалізація-максимально повне втілення людиною своїх здібностей і можливостей	Універсалізація-вихід за межі як завгодно розвиненої індивідуальності і одночасно входження в простір універсального со-буття

Основа психологічного здоров'я	Особистісний ріст як утвердження самості в нарощуванні здатності повноцінного функціонування в умовах індивідуального життя	Духовне зростання як подолання самості в розвитку здатності до децентрації, самовіддачі і любові
Максима психологічного здоров'я	Прагнення до самототожності: бути самим собою	Прагнення до повноти людського буття: бути вище себе
Установки психологічної практики	* Емпатичне слухання, феноменологічне проникнення і безоціночне ставлення: людину потрібно приймати таким, яким він є • * Психологічна допомога здійснюється " по той бік добра і зла»;	* * Домінанта на іншому і приватна внаходімость: співпереживання людині при критичному ставленні до негативних проявів його вдачі • * Психологічна допомога зачіпає духовно-душевну сутність людини і в силу цього співвідносна
	* фасилітація особистісного росту людини переважно недирективними психотерапевтичними засобами	з моральними аспектами життя, з проявами «проблеми добра і зла»; * діалогічні форми контакту, орієнтовані на актуалізацію в людині його духовного (істинного) «Я»

Таб. 1.1 підходи до проблеми психологічного здоров'я

Психологічне здоров'я можна розглядати як інтегративне поняття, що містить в собі три основні характеристики[16]:

1. Адаптація в соціальному і предметному світі-соціальна адаптація передбачає не тільки налагоджені соціальні зв'язки і контакти, наявність друзів, комфортну взаємодію з людьми і добре ставлення до людей в цілому.
2. Емоційне благополуччя і внутрішньоособистісна гармонія-головне досягнення психологічного здоров'я, основним джерелом позитивних утворень, таких як креативність, життєрадісність, прагнення допомогти оточуючим і т. д.
3. Саморегуляція-підтримка внутрішньоособистісної гармонії і адаптація до викликів навколишнього середовища.

Оскільки психологічне здоров'я інтегративне поняття, існують різні підходи, що віддають перевагу вивченню тих чи інших його сторін. Так, наприклад, Л.Я. Коломінський підкреслює важливість внутрішньоособистісної гармонії і комфорту в складі психологічного здоров'я. Інші дослідники такі як, наприклад, м.в. Сокольська, виділяють «особистісне здоров'я» як окремий напрямок досліджень. Уявлення про психологічне здоров'я зародилися, як було сказано вище, ще в минулому столітті в рамках класичних теорій особистості таких діячів як Фрейд, Маслоу, Роджерс. [16] Важливість цих теорій є уявлення як зрілої особистості, або психологічної зрілості. Під зрілістю в тих теоріях, в рамках яких вони містяться, вже можна побачити зачатки опису психологічного здоров'я. Там воно представляє, як зразок» правильної", гармонійної особистості - еталон, до якого потрібно прагнути в процесі розвитку.

Внесок у вивчення психологічного здоров'я, як було зазначено вище, внесли гуманістичні теорії особистості, а.Маслоу, К. Роджерса [16] та інших дослідників. Це пояснюється тим, що в центрі їх уваги перебували якраз здорові, творчі люди, які змогли розкрити свій потенціал, жити повноцінним життям,

самоактуалізуватися. В ході їх досліджень було складено опис самоактуалізованого, повноцінно функціонуючого людини, були виділені критерії психологічно розвиненої особистості:

1. Орієнтація на реальність.
2. Прийняття себе і оточуючих такими, якими вони є.
3. Спонтанність.
4. Центрованість на проблемі, а не на собі.
5. потреби в самоті.
6. Автономність і незалежність.
7. Відсутність схильності до стереотипів у сприйнятті людей і явищ.
8. Духовність.
9. Ідентифікація з людством.
10. Здатність до близьких відносин з людьми.
11. Почуття гумору.
12. Креативність.
13. Не висока комфортність.
14. Прийняття відповідальності за себе.
15. Адаптивністю до зовнішніх і внутрішніх змін.

Підхід до психологічного здоров'я, як до ступеня розвитку особистості представляється почасти невірним. "Здоров'я" і "розвиток" — це різні поняття і не варто їх ототожнювати - на різному ступені розвитку може бути різний рівень

здоров'я. З позиції даного питання до психологічного здоров'я, не можна розглядати дітей.

Соціальний підхід віддає перевагу соціальній складовій психологічного здоров'я, що виявляється в ступені адаптованості до навколишнього середовища. Інші дослідників, такі як Е. Н. Приступа, або А. а. Ковальова, виділяють «соціальне здоров'я» як окремий напрямок психологічних досліджень.

Варто відзначити що багатьма дослідниками вироблять зв'язок психічного і психологічного здоров'я. Такими діячами як і.в. Дубровіна[19], приймається той факт, що основою, базисом психологічного здоров'я є здоров'я психічне. Подібна постановка питання дозволяє непорозуміння, яке може виникнути у менш досвідчених фахівців, про взаємовідносини психологічного і психічного здоров'я, про те, чи є ці поняття синонімами, і чим відрізняється зміст. Їх вживання як синонімів пояснюється тим, що психологічне здоров'я, до того, як стати самостійним напрямком досліджень, розвивалося саме в рамках уявлень про психічне здоров'я.

Однако, тоді і зараз, дослідники розуміли, що "термін" психічне здоров'я» неоднозначний, він перш за все, як би пов'язує собою дві науки і дві області практики — медичну і психологічну " (Дубровіна і.в.). Незважаючи на те, що в ньому відбивалися психологічні аспекти, він залишався частково медичним терміном, і не міг використовуватися в тих випадках, коли людина психічно здоровий, але відчуває психологічні труднощі, що заважають йому повноцінно жити. "Людина може бути цілком психічно здоровим (добре запам'ятовувати, мислити і т.п.) і одночасно бути особистісно збитковим, хворим (не координувати, не направляти своє життя до досягнення людської сутності, роз'єднуватися з нею, задовольнятися сурогатами і т. п.)» (Братусь б. с., 1997). Як зазначав Б. С. Братусь, людина тут " психічно здоровий, але особистісно хворий».

У зв'язку з цим підхід, що зводить психологічне і психічне здоров'я до синонімів представляється не цілком вірним.

У 1991 році вводиться термін «психологічне здоров'я». У цей момент настає сучасна фаза розвитку уявлень про психологічне здоров'я, як самостійному напрямку психологічних досліджень. У цей період велику роль зіграли Психологічні служби при закладах освіти, оскільки вони першими стикаються з психологічними проблемами дітей, маючи велике охоплення населення, і, у зв'язку з цим, накопичили великий практичний досвід, який вимагав теоретичного осмислення. У цей період безліч дослідників дають своє визначення психологічного здоров'я, так, наприклад, говорив, що психологічне здоров'я це «динамічну сукупність психічних властивостей, що забезпечують гармонію між різними сторонами особистості людини, а також між людиною і суспільством, можливість повноцінного функціонування людини в процесі життєдіяльності». В. Е. Пахальян описує психологічне здоров'я як " стан суб'єктивного, внутрішнього благополуччя особистості, що забезпечує оптимальний вибір дій, вчинків і поведінки в ситуаціях її взаємодії з оточуючими об'єктивними Умовами, іншими людьми і дозволяє їй вільно актуалізувати свої індивідуальні та віково-психологічні можливості».

Виходячи з вище сказаного можна зробити висновок що» психологічне здоров'я " — це стан людини, якій властиво душевне благополуччя, врівноваженість, відповідність суб'єктивних образів і переживань значенням життєвих подій.

В даний момент існує безліч концепцій психологічного здоров'я, так серед них можна виділити концепцію і.в. Дубровіної. Дубровіної і.в. розглядає проблеми розвитку особистості в умовах певного освітнього простору, які впливають на стан психологічного здоров'я особистості. Дана концепція віддає пріоритет психопрофілактиці виникнення проблем, в тому числі через

моніторинг і корекцію параметрів освітнього простору. Так у своїй концепції, вона виділяє кілька рівнів:

1. 1. Рівень психологічного здоров'я - до даного рівня відносяться діти, які не потребують психологічної допомоги, стійко адаптовані до будь-якого середовища, що володіють активним творчим відношенням до дійсності і резервом для подолання стресових ситуацій
2. 2. Адаптивного рівня відноситься велика частина щодо "благополучних" дітей, які в цілому адаптованих до соціуму, проте виявляють окремі ознаки дезадаптації по результативності діагностичних досліджень, мають підвищену тривожність. У цих дітей немає достатнього запасу міцності психічного здоров'я, їм потрібні групові заняття профілактично розвиваючої спрямованості. Ця група відносного ризику, вона досить численна.
3. 3. До низького рівня психічного здоров'я, асимілятивноакомадацієвому, відносяться діти з порушенням балансу процесів асиміляції і акомадації, тобто діти, не здатні до гармонійної взаємодії або ж проявляють глибинну залежність від факторів зовнішнього впливу, не володіючи механізмом захисту, відділенням себе від травмуючих впливів середовища. У таких дітей дезадаптація може активно проявлятися в епізодичному поведінці, в конфліктах з ровесниками, в домашніх афективних примхах і т. д. Для дітей з переважанням процесів акомадації, навпаки, характерно пристосованість до вимог зовнішнього світу на шкоду особистим інтересам і потребам. Це тихі,» зручні " діти, вони старанні і старанні, гордість батьків. Таких дітей в приклад ставлять педагоги, не завжди помічають, що вони перебувають в стані стійкого емоційного

дискомфورتу. Даній групі дітей потрібно приділяти особливу увагу, на думку Дубровіної.

1.2. Сучасні моделі психологічного здоров'я особистості

Модель психічного здоров'я, яку використовує у своїй професійній діяльності психолог, є важливим орієнтиром для оцінки психологічного стану клієнта і визначення стратегії психологічної допомоги.

Традиційний медичний підхід розглядає психологічне здоров'я з позицій відсутності психічних порушень, що перешкоджають адаптації до соціуму (Карвасарський Б.Д., 2002), тому його можна назвати «негативним» – визначення здоров'я з точки зору відсутності хвороби.

Медичний підхід до психологічного здоров'я не відповідає запитам психологічної практики, що робить актуальним розробку концепції "позитивного психічного здоров'я" в рамках психологічного підходу. В основі цієї концепції, запропонованої психологами в 60-і роки ХХ століття (Г.Олпортом, К. Роджерсом, а. Маслоу та ін.), лежить підхід до психічного здоров'я не з точки зору відсутності порушень, а з точки зору наявності критеріїв здорового функціонування особистості, можливості не тільки адаптуватися до суспільства, а й, розвиваючись, сприяти його розвитку.

У сучасних психологічних концепціях психологічне здоров'я розглядають як цілісне, системно-структурне утворення, що має складне, поуровневе будова. (Б.С. Братусь, 2000, і. в. Дубровіна, 2000, В. і. Слободчиков, 2012, о. в. Хухлаєва, 2001 та ін.). У 1990-і роки в професійний лексикон психологів Дубровіної і.в. введено поняття «психологічне здоров'я». З точки зору Дубровіної і. в., основу психічного здоров'я становить повноцінний розвиток вищих психічних функцій, психічних процесів і механізмів, а основу психологічного здоров'я — розвиток

особистісної індивідуальності (Дубровіна і. в., 2009, с. 19). Психологічне здоров'я розглядається багатьма авторами як, з одного боку, найважливіша умова, складова, а з іншого боку, найвищий рівень психічного здоров'я.

Хухлаєвої о. в. була запропонована структура психологічного здоров'я, що включає аксіологічний, інструментальний і потребностно-мотиваційний компоненти (Хухлаєва о. в, 2001):

1. Аксіологічний компонент представлений цінностями власного «Я» людини і цінностями «Я» інших людей.
2. Інструментальний компонент передбачає володіння рефлексією як засобом самопізнання.
3. Потребнісно-мотиваційний компонент визначає наявність у людини потреби в саморозвитку і вміння приймати відповідальність за своє життя.

О. в. Хухлаєва також виділила 3 рівня психологічного здоров'я: креативний, адаптивний і дезадаптивний.

До вищого рівня психологічного здоров'я-креативного - можна віднести людей зі стійкою адаптацією до середовища, наявністю резерву сил для подолання стресових ситуацій і активним творчим ставленням до дійсності. Такі люди не потребують психологічної допомоги.

Середній рівень психологічного здоров'я (адаптивний), характерний для людей, в цілому адаптованих до соціуму, проте мають дещо підвищену тривожність. Такі люди не мають запасу міцності психологічного здоров'я і можуть бути включені в групову роботу профілактично-розвиваючої спрямованості.

Нижчий рівень психологічного здоров'я-дезадаптивний-характерний для людей, що використовують неконструктивні ригідні поведінкові стереотипи (асимілятивні або акомодативні), що є показанням для звернення за психологічною допомогою.

Виділення компонентів і рівнів психологічного здоров'я в кожному індивідуальному випадку дозволяє визначити наступні можливі завдання психологічної допомоги: розвиток позитивного самовідношення і прийняття інших; розвиток рефлексивних умінь; формування потреби в саморозвитку.

Оперуючи поняттям "психологическое здоров'я" є важливим і актуальним з тієї причини, що воно виступає в якості центрального поняття в сучасній професійній, перш за все, практичній діяльності психолога, який може розглядатися як фахівець в цій галузі. Використовувана ним в роботі модель психічного здоров'я виступає безпосереднім "інструментом" для оцінки стану звернувся до нього за допомогою людини, і від того, який бачиться професіоналом ця модель, буде багато в чому визначатися зміст і стратегія наданої їм психологічної допомоги. Поняття психологическое здоров'я здоров'я, що визначається в рамках існуючої медичної моделі виступаючи в якості засобу мислення в сучасних теоретичних і прикладних аспектах психології та психіатрії, сьогодні вже не відповідають тенденціям гуманізації, властивим для розвитку сучасного суспільства, а також запитам психологічної практики. У зв'язку з цим актуальним є розробка в рамках психологічної моделі феномена "психічне здоров'я", визначення умов його формування, виділення структури і критеріїв його діагностики.

В публикациях последних лет по психологии всё настойчивее чувствуется призыв к амплификации понятия «психологическое здоровье» в сторону психологической составляющей []. Рядом авторов делается попытка ввести

новые понятия – психологическое здоровье (Слободчиков В.И., Шувалов А.В, Дубровина И.В. и др.), личностное здоровье (Б.С.Братусь).

Поняття "психологічне здоров'я «і часто вживане як його синонім поняття» норма психічного здоров'я" використовуються в клінічній психології та психіатрії і є адекватними для визначення адаптації людини до соціуму. Критерії психічного здоров'я прийшли в психологію, головним чином, з дисциплін природного циклу: з біології прийшли поняття адаптивності, з медицини – модель здоров'я як відсутність хвороби. Традиційна медична модель базується на вивченні патології, розуміючи здоров'я як міру ймовірності виникнення хвороби і вважаючи своєю метою усунення хворобливих проявів. Норма психічного здоров'я в даній моделі, виступаючи як образ психологічного здоров'я, використовується для організації практичних зусиль в галузі медицини, психології та педагогіки, або як засіб мислення дослідників. Вона орієнтована на зовнішній рівень прояву психічного здоров'я, пов'язаний з відсутністю симптомів, що заважають адаптації людини до соціуму і не враховує внутрішнього рівня – світу суб'єктивних переживань особистості.

Результатом холістичного підходу до особистості-спробі вивчити її в цілому, на відміну від структурного підходу, де особистість розкладається на складові елементи – психічні процеси, механізми, які і є предметом детального вивчення. Психологічне ж здоров'я при цілісному підході не може бути визначено через поняття «баланс», «компенсація», «стабільність», «адаптація» і позначено як структура. На сьогоднішній день при визначенні психічного здоров'я поруч дослідників, які дотримуються позитивного підходу, поряд з традиційно виділяються об'єктивними критеріями (адаптація, пристосування до навколишнього середовища, відсутність хвороби і хворобливих станів і проявів, повноцінне виконання основних соціальних функцій та ін.) виділяються ряд

критеріїв суб'єктивного плану (душевне благополуччя і душевний комфорт, прийняття себе та ін.).

Позитивний підхід до визначення психологічного здоров'я призводить до визначення таких його критеріїв, які характеризують його більшою мірою як процес, ніж стан, де в центр уваги потрапляють такі поняття, як:

1. Самореалізація.
2. Самоактуалізація.
3. Автентичність.
4. Ідентичність.
5. Повноцінне людське функціонування.

Таке визначення психічного здоров'я виходить за межі традиційно використовуваного. Отже, існуюче в сучасній медичній психології і психіатрії поняття» психічне здоров'я " необхідно переглядати виходячи зі специфіки предмета психологічної практики. Сьогодні для успішної реалізації професійної діяльності практичному психологу необхідна нова модель психічного здоров'я, інший понятійний апарат, який відображав би специфіку складних феноменів духовно-душевного благополуччя.

У зв'язку з цим мова йде про перегляд змісту і критеріїв психічного здоров'я, а також розробці методів і методик його дослідження.

Поняття психічного здоров'я в контексті психологічної моделі в зарубіжній психології розробляється в так званій концепції "позитивного психічного здоров'я", біля витоків якої стоять такі представники гуманістичної

психології, як К.Роджерс, К.-Г Юнг а. Маслоу, Дж. Бьюдженталь, в. Франкл та ін вищеназвані автори визначають психічне здоров'я через призму особистості в термінах активності та особистісного розвитку.

На сучасному етапі розвитку психології їх ідеї знайшли своє втілення переважно в різних системах психологічних практик. Що ж стосується теоретичної психології, то тут все ускладнюється через описового характеру використовуваних гуманістично орієнтованими психологами понять.

На пост-совєстском просторі розробка даного поняття здійснюється в працях В. В. Дубровіна, Б. З. Братуся, в. І. Слободчикова, А. В. Шувалова, Е. Р. Калитиєвской, в. І. Іллічової, О. В. Хухлаєвой Та ін. У роботах названих авторів ідея нового підходу до розуміння психологічного здоров'я розробляється в руслі гуманістичної традиції та знаходить втілення у спробі обґрунтування терміну «психологічне здоров'я».

Вищеназвані автори, по-перше, говорять про цілісний підхід до вивчення людини, по-друге, не обмежуються уявленням про людину лише як про психічному вимірі, а наполягають на необхідності виділення «особистісного», «духовного» як особливого виміру. Так, наприклад, і.в. Дубровіна говорить про психологічне здоров'я як про поняття, що характеризує особистість в цілому і відображає вищі прояви людського духу. Даний підхід базується на уявленнях а. Н. Леонтьєва, який вказував на необхідність поділу уявлень про» особистісний «і про» психічний «, кажучи про» особистісний " як про особливий вимір.

Схожої точки зору про поуровневом підході до системи «людина» дотримувалися б.г. Ананьєв А. Г. Асмолов (індивід, особистість, індивідуальність), м. г. Ярошевський (організм, суб'єкт, особистість), самі ж ранні уявлення про природу людини також припускали виділення рівнів душі і

тіла. Виключивши з області уваги тілесний, організмичний рівень, що є предметом уваги медицини, в зоні нашого аналізу залишається Категорія душі, традиційно в рамках наукової психології (зокрема вітчизняної) представляється в термінах психіки.

Ряд фахівців поділяє уявлення Б. С. Братуся про багаторівневність психічного. Серед виділених ним рівнів (особистісно-смисловий, індивідуально-психологічний, психофізіологічний), він вважав, що вищим рівнем у структурі психічного здоров'я є рівень особистісно-смислового здоров'я, який регулює нижчі, підлеглі рівні – індивідуально-психологічний і психофізіологічний [].

Кожен з виділених рівнів буде характеризуватися різними проявами, різними механізмами адаптації та регуляції особистістю її відносин зі світом. Отже, можна говорити про психічне здоров'я-нездоров'я на кожному з виділених рівнів. Е. л. Калитеевская, спираючись на модель психічного здоров'я Б. С. Братуся, описує наступні рівні такої регуляції:

1. 1) рівень психофізіологічної регуляції. На цьому рівні особистість функціонує в логіці безпосереднього задоволення потреб.
2. 2) рівень соціоадаптивної регуляції, детермінації особистості вимогами конкретної ситуації конкретного соціуму.
3. 3) рівень смислової регуляції, детермінації особистості її ставленням зі світом як цілим, розгорнутим у часовій перспективі далеко за межами поточного моменту і конкретної ситуації [].

Таким чином, нам представляється симпатичною точка зору, що розглядає психічне здоров'я, з одного боку, як цілісний феномен, з іншого - виділення в цій цілісності певних рівнів (Б.С. Братусь; В. і. Слободчиков; і. в. Дубровіна та ін.). Слідом за зазначеними авторами, ми підходимо до визначення психічного

здоров'я (як предмета) в контексті його об'єкта (людини), традиційно розглядається як систему, що включає 3 рівня: індивід, особистість, індивідуальність. Відповідно, психічне здоров'я розглядається не як однорідне утворення, а як цілісне, системно-структурне утворення, що має складне, поуровневе будова.

До недавнього часу в область наукового дослідження потрапляли лише два рівні системи» людина": тілесний (фізіологічний) і душевний (визначається як психічний). Відповідно до цих рівнів виділялися дві моделі здоров'я (отже, і нездоров'я) – Біомедична і патопсихологічна. У контексті біомедичної моделі, яка лежить в основі сучасної медичної практики, здоров'я і хвороба розташовані на протилежних полюсах одновимірного континууму. Як критерії здоров'я-хвороби виступають об'єктивні біологічні та фізіологічні параметри, що характеризують функціональний стан організму і, отже, індивід, який не має об'єктивних ознак захворювання, вважається здоровим. Визначення здоров'я при такому підході проводиться від зворотного. У патопсихологічній моделі феномени здоров'я-хвороба розглядаються в контексті психічної діяльності та її порушення. В основі нормальної (непорушеної) психічної діяльності лежить нормальне функціонування вищих відділів ЦНС, і в перше чергу головного мозку. В якості ж основного критерію здоров'я виступає нормальна адаптація особистості до вимог, що пред'являються їй конкретним історичним суспільством. На центральну роль адаптації для психічного здоров'я вказували такі дослідники, як і.Павлов, К. К. Платонов, г. Сельє, м. с. Громбах, ю. а. Александровський та ін. в якості умови нормальної адаптації виступає психічний розвиток як закономірне зміна психічних процесів, виражене в їх кількісному, якісному і структурному перетворенні.

На сучасному рівні розвитку, як уже зазначалося, психологи не обмежуються уявленням про людину як лише про психічний вимір. Перші

спроби говорити про нове розуміння психічного здоров'я зустрічаються у К. Г. Юнга і Е.Фромма, які говорили про існування особистісного здоров'я. В рамках гуманістичної парадигми намітилися погляди на необхідність виділення "особистісного», "духовного" як особливого виміру (і.в. Дубровіна, В. і. Слободчиков, Б. С. Братусь). При такому підході, поряд із зовнішньою реальністю з її вимогами, необхідно враховувати також і реальність внутрішню, суб'єктивну, обумовлену існуванням внутрішнього світу особистості, світу її я.у зв'язку з цим необхідно говорити і про адаптацію особливого роду, як умінні відповідати не тільки світу явищ, речей, предметів, правил, так і власним суб'єктивному світу. При цьому необхідно підтримувати якийсь баланс, рівновагу, враховуючи часто різну спрямованість вимог цих двох реальностей.

У зв'язку з цим, що використовується в медичній і патопсихологічній моделі поняття адаптації, будучи універсальним критерієм психічного здоров'я на психофізіологічному та індивідуально-психологічному рівнях, не може бути таким на рівні особистісно-смысловому. Високий рівень адаптованості особистості до норм, правил суспільства часто призводить до відмови від потреб своєї природи, свого я – і породжує такі феномени, як конформізм, автоматизм і в цілому, веде до психологічної смерті. На феномен "людини без психіки" вказували К. Г. Юнг, Е. Фромм, Е. Шостром, і ін.[60]

Таким чином, можна говорити про два рівні функціонування адаптації: зовнішньому (відповідність вимогам соціуму) і внутрішньому (відповідність природі свого Я).

У зв'язку з цим, ми повинні говорити не тільки про зовнішні критерії психічного здоров'я, тобто Критерії з точки зору спостерігача, що розглядають його в рамках медичної та патопсихологічної моделі і проявляються в адаптації до вимог зовнішнього світу.

Одними з перших в психології почали говорити про два рівні адаптації – зовнішньому і внутрішньому К.Г. Юнг і Е. Фромм. Так К. Г. Юнг вважав, що людина повинна вміти пристосовуватися до двох різних сторін життя – спочатку до її зовнішній стороні (Професія, сім'я, соціум), а потім і до внутрішньої – потребам своєї природи. Ігнорування і того і іншого, на його думку, може привести до невроза [1]. Схожу точку зору висловлює і Е.Фромм. У своїй книзі «втеча від Свободи» він висуває дві концепції здоров'я. Одна концепція керується потребами суспільства, інша-цінностями і потребами індивіда. Більшість психіатрів, стверджує Е.Фромм, вважають, що погано пристосований до структури суспільства індивід є неповноцінним членом цього суспільства. На думку Ж. Е.Фромма, людина нормальна в сенсі хорошої соціальної пристосовності, часто менш здорова в сенсі людських цінностей, ніж невротик, так як така пристосовність часто досягається за рахунок відмови від своєї особистості [6]. Схожої точки зору дотримувалися К. Роджерс, К. Домбровський, Е. Шостром, Дж.Бьюдженталь, р. Мей та ін.

Необхідною умовою адаптації на зовнішньому рівні виступає нормальний психічний розвиток, на внутрішньому рівні – розвиток особистості, індивідуальності, суб'єктивності. У роботах і.в. Дубровіної [32] встановлено, що основу психічного здоров'я, його умова становить повноцінний психічний розвиток на всіх етапах онтогенезу. Умовою ж особистісного, психологічного здоров'я виступає повноцінний особистісний розвиток.

Якщо під психічним розвитком розуміти закономірний процес розвитку вищих психічних функцій (соціалізація), результатом якого є нормальна адаптація до соціуму, то під особистісним розвитком розуміється процес розвитку індивідуальності (індивідуалізація), результатом якої є адекватна адаптація до свого Я. Ці два процеси – соціалізація та індивідуалізація – починаються з народження і, в нормі, врівноважують, доповнюють один одного

в силу різного вектора їх спрямованості. Соціалізація - це "рух до ми «, індивідуалізація – »рух до Я". Переважний розвиток одного з них веде до ослаблення іншого. Крайніми варіантами такого розвитку можуть бути, наприклад, конформізм і негативізм.

Що ж може виступати в якості показників, критеріїв виділених рівнів розвитку? Питання про критерії норми психічного розвитку розглянуто досить повно як у вітчизняній, так і зарубіжній психології. Набагато більше труднощів виникає при визначенні критеріїв норми особистісного розвитку, так як саме поняття «особистість» передбачає властивості індивідуальності, неповторності, часто не вписуються в рамки існуючих норм. На наш погляд, в якості такої одиниці може бути розглянутий феномен самототожності або самоідентичності. Самоідентичність ставитися до тих понять, які описують психічну реальність як цілісне динамічне утворення. Під самоідентичністю або самототожністю ми розуміємо процес переживання людиною свого я як йому належить, тобто, переживання тотожності самому собі, своєму Я.

Таким чином, психічний розвиток можна розглядати як процес і як результат. Як процес-розвиток вищих психічних функцій. Процесуальним критерієм виступає соціалізація. Соціалізація-це рух до нас (я як інші, я для інших). Як результат-адаптація до соціуму. Критерієм виступає рівень адаптивності.

Особистісний розвиток також можна розглядати як процес і як результат. Як процес-розвиток суб'єктивності. Процесуальним критерієм виступає індивідуалізація. Індивідуалізація-рух до Я (Я як я, я для Я). Як результат – адаптація до Я. критерієм виступає рівень самоідентичності.

Психологічне здоров'я - це система, що включає аксіологічний, інструментальний і потребнісно-мотиву-ційний компоненти (в.і. Слободчиков).

Аксіологічний компонент змістовно представлений цінностями власного» Я «людини і цінностями» Я «інших людей, йому відповідає як абсолютне прийняття самого себе при досить повному знанні себе, так і прийняття інших людей незалежно від статі, віку, культурних особливостей і т.п. безумовною передумовою цього є особистісна цілісність, а також вміння прийняти своє» Темний початок " і вступити з ним в діалог. Крім того, необхідною якістю є вміння розгледіти в кожному з оточуючих «світлий початок», навіть якщо воно не відразу помітно, по можливості взаємодіяти саме з цим «світлим початком» і дати право на існування «темному початку» в іншому індивідуумі так само, як і в собі.

Інструментальний компонент передбачає володіння рефлексією як засобом самопізнання, здатністю концентрувати свою свідомість на собі, своєму внутрішньому світі і своєму місці у взаєминах з іншими [22]. Йому відповідає вміння людини розуміти і описувати свої емоційні стани і стану інших людей, можливість вільного і відкритого прояву почуттів без заподіяння шкоди іншим, усвідомлення причин і наслідків як своєї поведінки, так і поведінки оточуючих.

Потребнісно-мотиваційний компонент визначає наявність у людини потреби в саморозвитку [44]. Це означає, що людина стає суб'єктом своєї життєдіяльності, має внутрішнє джерело активності, що виступає двигуном його розвитку, він повністю приймає відповідальність за свій розвиток і стає «автором» власної біографії.

Під здоров'ям в загальному вигляді зазвичай розуміється форма життєдіяльності людини, що забезпечує необхідну якість життя і достатню її тривалість. Як життя сім'ї, або її здоров'я, розрізняють два аспекти:

1. Ступінь тимчасової непрацездатності людини, вік, переходу на інвалідність і т. д. (об'єктивні показники);
2. Ступінь соціальної підтримки, величина нервово-емоційної напруженості в сім'ї та ін. (суб'єктивні показники). [56]

При такому підході не можна оцінювати здоров'я за фактом захворюваності та інвалідності, необхідно враховувати суб'єктивні відчуття окремої людини і групи. Здоров'я цінне тим, що забезпечує довге життя з високим рівнем душевного комфорту.

Під нездоров'ям розуміють-фізичне нездоров'я людини (тимчасово втратив працездатність) визначається його діяльністю, наскільки дозволяє йому запас м'язової енергетики; духовне (психологічне) нездоров'я особистості, сім'ї, навіть достатня для подолання виниклої проблеми, фізичний потенціал зводить до нуля.

В силу існування в групі різних соціально-психо-логічних процесів, зокрема спілкування, а значить і інформованості, комфортності, соціалізації і т.д., психічне нездоров'я окремої особистості трансформується в психологічні стани інших членів групи. Воно здатне нейтралізувати значні потенційні можливості по її опірності життєво важким ситуаціям. З цієї точки зору психологічне здоров'я представляє особливий інтерес як предмет діагностики сім'ї, її благополуччя або проблемне.

Психологічне здоров'я сім'ї детерміновано багатьма факторами: соціальними, економічними, біологічними, психологічними, педагогічними і т.д.

найважливішим фактором, його природничо основою є фізичне здоров'я членів сім'ї. Але тут не може бути жорсткої залежності, так як мають місце впливу і інших факторів (в тому числі не завжди в унісон з основним). Тому виникає необхідність поуровневої і комплексної оцінки цього явища для кожної сім'ї. У поуровневої оцінці найбільш значущі три позиції: норма, відхилення від норми, відсутність.

1.3. Вік та гендер як індикатори прояву психологічного здоров'я особистості

Вік-це якісно своєрідний період фізичного, психологічного та поведінкового розвитку, що характеризується притаманними тільки йому особливостями. У психології склалося два уявлення про вік: фізичний вік і психологічний вік.

Фізичний вік характеризує час життя дитини в роках, місяцях і днях, що пройшли з моменту його народження.

Психологічний вік вказує на досягнутий рівень психологічного розвитку. П'ятирічний за фізичним віком дитина психологічно може бути розвинений, наприклад, як шестирічний і навіть семи - або восьмирічний. Може бути і навпаки: діти з відставанням розумового розвитку зазвичай характеризуються зворотним співвідношенням фізичного і психологічного віку.

Вік-це специфічне поєднання психології та поведінки індивіда.

Передбачається, що в кожному віці людина має унікальне, характерне тільки для нього з'єднання психологічних і поведінкових особливостей, яке за межами цього віку вже більше ніколи не повторюється. Вік людини проявляється в пізнавальних процесах, його сприйнятті, пам'яті, мисленні, мови, особливості

його особистості, в інтересах, судженнях, поглядах, мотивах поведінки. Поняття віку служить основою для встановлення вікових норм в інтелектуальному і особистісному розвитку дітей.

Вік не зводиться до суми окремих психічних процесів, це не календарна дата, а період розвитку. Вік, за визначенням Л. С.Виготського, — це відносно замкнутий цикл дитячого розвитку, що має свою структуру і динаміку. Тривалість віку визначається його внутрішнім змістом: є періоди розвитку, рівні одному році, трьом, п'яти років.

Віковий період зі своїм неповторним змістом-особливостями розвитку психічних функцій і особистості дитини, особливостями його взаємин з оточуючими і головною для нього діяльністю — має індивідуальні межі. Хронологічні межі віку можуть зрушуватися, і одна дитина вступить в новий віковий період раніше, а інший — пізніше. Особливо сильно "плавають" межі підліткового віку, пов'язаного з статевим дозріванням дітей.

Компоненти віку.

1. Соціальна ситуація розвитку-абсолютно своєрідні, специфічні для даного віку, виключно єдині і неповторні відносини між дитиною і навколишньою його дійсністю. (Л. С. Виготський).

2. Новоутворення-психічні та соціальні зміни, які вперше виникають на даному віковому етапі і які визначають хід подальшого психічного розвитку. Наприклад, виникнення мови в ранньому віці, почуття дорослості в підлітковому віці.

3. Провідна діяльність - це діяльність, найбільшою мірою сприяє психічному і поведінковому розвитку дитини в даний період його життя і ведуча розвиток за собою (Ельконін Д.Б.).

Принцип провідної діяльності глибоко розроблений в працях А. Н. Леонтьєва. Сутність цього принципу полягає в тому, що в першу чергу саме в процесі провідної діяльності дитини в кожному періоді його розвитку складаються нові відносини, новий тип знань і способи їх отримання, що істотно змінює пізнавальну сферу і психологічну структуру особистості.

Таким чином, кожна провідна діяльність сприяє появі характерних тільки для цього віку якісних особливостей, або, як їх називають, новоутворень віку. Але в межах однієї і тієї ж діяльності, характерної для одного віку, можна виділити різні етапи, причому розвиток дитини на кожному з них не однаково. У процесі діяльності спілкування у дитини формуються в першу чергу потреби, цілі, мотиви діяльності.

Поняття віку включає в себе ряд аспектів:

1. Хронологічний вік, визначається тривалістю життя людини (за паспортом);
2. Біологічний вік-сукупність біологічних показників, функціонування організму в цілому (кровоносна, дихальна, травна системи і т. п.);
3. Психологічний вік-певний рівень розвитку психіки, в який включається.

Вік в психології складне, комплексне поняття, воно служить для позначення тимчасових характеристик індивідуального розвитку і відображає рівень розумового і особистісного розвитку людини, виражений у вигляді

посилання на той вік, представники якого в середньому показують даний рівень [46].

Психологічний розвиток має ряд закономірностей, реалізація яких залежить від умов життя, діяльності особистості:

1) нерівномірність психічного розвитку.

Різні психічні функції і властивості особистості не знаходяться на одному рівні розвитку навіть при найсприятливіших умовах. Одна з причин цього-окремі процеси і властивості можуть формуватися лише на основі вже сформованих інших психічних процесів і властивостей;

2) інтеграція психіки.

Психіка в міру розвитку набуває все більшої цілісності, стійкості. Психічні стани переростають в риси особистості;

3) пластичність і можливість компенсації.

При слабості одной функции можно усилить развитие других функций (так слабую память можно компенсировать смысловой организацией материала, чтобы его лучше понять).

З точки зору Еріксона існують психологічні стадії розвитку "Я", в ході якого індивід встановлює основні орієнтири по відношенню до себя і свого соціального середовища. Становлення особистості не закінчується в підлітковому віці, а розтягується на весь життєвий цикл. Кожній стадії притаманні свої власні параметри розвитку, здатні приймати позитивні і негативні значення.

На стадії дитинства головну роль в житті дитини грає мати, вона годує, доглядає, дає ласку, турботу, в результаті чого у дитини формується базова довіра до світу.

Базове довіру проявляється в легкості годування, хорошому сні дитини, нормальній роботі кишечника, умінні дитини спокійно чекати матір (не кричить, не кличе, дитина як би впевнений, що мати прийде і зробить те, що потрібно).

Динаміка розвитку довіри залежить від матері.

Сильно виражений дефіцит емоційного спілкування з немовлям призводить до різкого уповільненого психічного розвитку дитини, формування у нього боязливості і підозрілості до навколишнього світу взагалі і до людей зокрема. Цю недовіру дитина несе з собою в інші стадії свого розвитку.

Необхідно підкреслити. Що питання про те, який початок візьме гору, не вирішується раз і завжди в перший рік життя, але виникає заново на кожній

подальшій стадії розвитку.

2-я стадія-раннього дитинства (самостійність і нерішучість) пов'язана з формуванням автономії і незалежності, дитина починає ходити, навчається контролювати себе при виконанні актів дефекації; суспільство і флігелі привчають дитину до акуратності, охайності, починають соромити за "мокрі штанці".

На цій стадії дитина освоює різні рухи, вчиться не тільки ходити, а й лазити, відкривати і закривати, лакати і тягнути, тримати, відпускати і кидати. Малюк насолоджується і пишається своїми новими здібностями і прагнути багато чого робити сам. Якщо батьки надають можливість дитині робити те, на що він здатний, не кваплять його, у дитини виробляється відчуття, що він володіє своїми

м'язами, своїми спонуканнями, самим собою і в значній мірі своїм середовищем - тобто у нього з'являється самостійність.

Якщо батьки часто проявляють нетерпіння і поспішають зробити за дитину те, що він і сам здатний, то у нього розвивається сором'язливість і нерішучість, невпевненість в своїх силах.

У віці 3-5 років, на 3 й стадії (підприємливість і почуття провини), дитина вже переконаний, що він особистість, так як він бігає, вміє говорити, розширює область оволодіння світом, у дитини формується почуття підприємливості, ініціативи яке закладається в грі. Гра дуже важлива для розвитку дитини, тому що формує ініціативу, творчість, дитина освоює відносини між людьми за допомогою гри, розвиває свої психологічні можливості: волю, пам'ять, мислення та ін.

Діти, яким надається ініціатива у виборі моторної діяльності, які за своїм бажанням бігають, борються, возяться, катаються на велосипедах або чоботях, виробляють і закріплюють підприємливість. Закріплює її і готовність батьків відповідати на питання дитини (інтелектуальна підприємливість) і не заважати йому фантазувати і затівати гри.

Але якщо батьки сильно пригнічують дитину, не приділяють уваги його іграм, то це негативно позначається на розвитку дитини, сприяє закріпленню пасивності, невпевненості, почуттю провини.

У молодшому шкільному віці (4-а стадія (6-11 років). Умілість і неповноцінність). У цей період у дитини розвивається здатність до дедукції, до організованих ігор і регламентованим занять, а також загострюється інтерес до того, як речі влаштовані, як їх можна освоїти, пристосувати до чого-небудь.

Коли дітей заохочують до творчої діяльності, нагороджують за результати, дають можливість довести розпочату справу до кінця, то у дитини виробляється вмільість і здібності до технічної творчості. Батьки, які бачать в трудовій діяльності дитини одну «пачкотню» і «пустощі», сприяють розвитку у них почуття неповноцінності.

У цьому віці оточення дитини вже не обмежується будинком. Перебування дитини в школі і ставлення, яке він там зустрічає, має великий вплив на врівноваженість його психіки.

Якщо дитина успішно опановує заняттями, готовими навичками, він вірить у свої сили, впевнений, спокійний, але невдачі в школі призводять до появи, а часом і до закріплення почуття своєї неповноцінності, невіри в свої сили, відчаю, втрати інтересу до навчання.

Р. С. Немов визначив вік як якісно своєрідний період фізичного, психологічного та поведінкового розвитку, що характеризується притаманними тільки йому особливостями.

Перша спроба системного аналізу категорії віку належить Льву Семеновичу Виготському, у своїй культурно-історичній концепції від називав вік цілісною динамічною освітою, структурою, яка визначає роль кожної часткової лінії розвитку. Вік він пов'язує з уявленням про соціальну ситуацію розвитку. Це специфічна для кожного віку система відносин людини в соціальній дійсності, відображення в його переживаннях, і реалізується їм у спільній діяльності з іншими людьми.

За Л. С. Виготським, вік-це відносно замкнутий цикл дитячого розвитку, що має свою структуру і динаміку.

Аналіз індивідуального розвитку людини показує, що категорія віку з точки зору життєвого шляху конкретної людини може бути розглянута з декількох позицій.

1. Біологічний вік визначається станом обміну речовин і функцій організму в порівнянні із середнім статистичним рівнем розвитку, характерним для всієї популяції даного хронологічного віку, — за основу взяті ті генетичні, морфологічні, фізіологічні та нейрофізіологічні зміни, які відбуваються в організмі кожної людини. Завдяки отриманим статистичним даним про те, в якому хронологічному віці які зміни повинні відбуватися, були встановлені певні вікові Нормативи.

2. Психологічний вік встановлюється шляхом співвіднесення рівня психічного (розумового, емоційного і т.д.) розвитку індивіда з відповідним нормативним рівнем.

3. Соціальний вік вимірюється за допомогою співвіднесення рівня соціального розвитку людини (наприклад, заходи оволодіння певним набором соціальних ролей) з тим, що статистично нормально для його однолітків.

Вік-це тимчасова характеристика онтогенетичного розвитку людини. Б. г. Ананьєв, розглядаючи "фактор віку", вказував на єдність впливів зростання, загальносоматичного і нервово-психічного дозрівання в процесі виховання і життєдіяльності людини. У часі відбувається індивідуальний розвиток людини. Вік - це не тільки кількість прожитих років, а й внутрішній зміст, духовний розвиток людини, зміни в його внутрішньому світі, що відбулися за ці роки.

Гендер (англ. gender, від лат. genus "рід") - соціальна стаття, що визначає поведінку людини в суспільстві і те, як ця поведінка сприймається. Це та

поведінка, яка визначає ставлення з іншими людьми: друзями, колегами, однокласниками, батьками, випадковими перехожими і т. д.

У психології поняття "гендер" вживається в більш широкому сенсі, маючи на увазі будь-які психічні або поведінкові властивості, що асоціюються з маскулінністю і фемінінністю і імовірно відрізняють чоловіків від жінок (раніше їх називали статевими властивостями або відмінностями).

Поняття "гендер" набуло поширення завдяки розвитку феміністської теорії та гендерних досліджень. [15] Воно спирається на теорію соціального конструктивізму, ряд представників якої (в основному феміністські автори) ставить під сумнів природне походження відмінностей між людьми і пояснює їх соціальними процесами. Хоча прийнято визначати гендер як «соціальну стать», в деяких сучасних феміністських і гендерних дослідженнях таке розуміння вважається застарілим.

Розмежування понять "гендер" і «стать» спирається на теорію соціального конструктивізму, яка пояснює здаються природними і природними відмінності соціальними процесами. Використання поняття "гендер «в протиставленні поняттю» стать «спирається на тезу про те, що становище жінок і чоловіків в суспільстві і відмінності між» чоловічим «і» жіночим" не мають біологічного походження, а є способом інтерпретації біологічного, легітимним в даному суспільстві. На відміну від біологічного детермінізму, соціальний конструктивізм стверджує, що гендерні ролі конструюються суспільством, що жінками і чоловіками не народжуються, а стають. Чоловіче і жіноче, як і інші соціальні категорії (наприклад, молоде і старе) створюється в різних соціальних контекстах, приймає різні форми і наповнюється різним змістом.

У багатьох ранніх феміністських теоріях гендер розумівся як Культурний корелят біологічної статі. Стверджувалося, що стать, тобто біологічні відмінності, робить людей чоловіками і жінками, а гендер, тобто соціальні та культурні відмінності — мужніми і жіночними.

Дослідження проблеми "статі» і "гендеру" визначаються складністю і неоднозначністю самого предмета, що включає біологічний, соціальний та індивідуальний аспекти. У психології використовується як поняття» біологічний «, так і» психологічна стать". В останні десятиліття йде активне дослідження співвідношень між приватними детермінантами психологічної статі, наприклад, між різними аспектами статевих ролей. Пол біологічний-сукупність контрастують генеративних ознак одного виду. Стать соціальна - комплекс соматичних, репродуктивних, соціокультурних і поведінкових характеристик, що забезпечують індивіду особистий, соціальний і правовий статус чоловіка і жінки.

Слід зазначити, що стать - одна з базових характеристик людини як біологічних, так і психологічних - «стрижень» його самосвідомості.

У психологічній науці виділяється три основних напрямки досліджень, пов'язаних з проблемою статі:

Перше засноване на вивченні об'єктивно існуючих полоролевих відмінностей психіки і поведінки (в. А. Геодакян);

Другий напрямок дослідження вивчає стереотипи фемінності-маскулінності в рамках тієї чи іншої культури (В. С. Агеев, Т. і. Юферева та ін.);

Третій напрямок присвячено дослідженню проблем формування статевої ідентичності, яка зазвичай розуміється як єдність свідомості і поведінки індивіда, що відносить себе до певної статі.

Як відомо, психічне ставлення - це динамічне особистісне утворення, яке зазнає певних змін в процесі життєдіяльності. Отже, ймовірно, існують деякі закономірності розвитку ставлення до здоров'я в залежності від віку людини. У спеціальній літературі представлено опис подібних закономірностей, але тільки в зв'язку з ставленням до хвороби. Так, стверджується, що ставлення до хвороби має тенденцію змінюватися від недооцінки в молодому віці до адекватного розуміння її в зрілому, переоцінці в літньому і знову недооцінці в старечому віці.

Одна з найбільш яскраво виражених вікових закономірностей полягає в наступному: існує зворотна залежність між віком і рівнем відповідальності за збереження свого здоров'я. Так, наприклад, у віковій групі до 35 років близько 25% опитаних пов'язують стан свого здоров'я переважно з внутрішніми (особистісними) характеристиками. Іншими словами, для молодих людей характерна внутрішня орієнтація свідомості в поясненні виникаючих проблем зі здоров'ям, а для осіб старшої вікової групи, навпаки, - зовнішня.

Є підстави вважати, що ця узагальнена характеристика надає регулюючий вплив на багато аспектів поведінки людини і відіграє важливу роль у формуванні ставлення до здоров'я. Що стосується вікових особливостей поведінки, пов'язаного зі здоров'ям, то важливо враховувати той факт, що від віку багато в чому залежить ступінь регулярності турботи людини про своє здоров'я. Так, в першій половині життя (до 30 років) вона обумовлена, головним чином, сформованістю потреби в самозбереженні, а в другій половині-фактичним станом здоров'я. Після 30 років турбота про здоров'я стає більшою мірою

вимушеною і пов'язаної з необхідністю поправляти «погане» самопочуття. Вік і самооцінка здоров'я знаходяться в зворотній залежності.

Існують традиційно дві моделі ставлення до свого здоров'я: чоловіча і жіноча. Перша модель полягає в тому, що чоловіки вважають себе більш здоровими, ніж вони є насправді, тобто переоцінюють стан свого здоров'я, а, відповідно, менше про нього піклуються і живуть менш тривалим і менш якісним життям. Жінки ж, навпаки, недооцінюють стан свого здоров'я – схильні посилювати ті нездужання, які виникають навіть у здорових людей, і вважають себе більш хворими, ніж є насправді. Відповідно, вони роблять більше активних зусиль до того, щоб підтримати свій організм і не захворіти. У підсумку, жінки ведуть більш тривалу і активне життя.

Мабуть, однією з причин тому є і традиційне ставлення до чоловіка як до сильної статі, хоча статистично саме жінка є сильною статтю в плані ставлення до свого здоров'я. Це призводить до того, що в 9 з 10 найбільш частих причин смерті превалюють саме чоловіки. У них більш високий рівень насильницької смерті, часто обумовленої зловживанням алкоголем, наркотичними речовинами, травмами, більш агресивними діями чоловіка. Серед них відзначаються високі рівні онкологічних захворювань, самогубств і т. д. Наприклад, жінки частіше хворіють серцево-судинними захворюваннями, ніж чоловіки, зате на 7-10 років пізніше їх. Все це багато в чому пов'язано з традиційним чином чоловіка, що він «не повинен скаржитися, не повинен хворіти, не повинен і не може втомлюватися, і вже тим більше лікуватися». В результаті ми отримуємо різницю в якості і тривалості життя.

Висновки до першого розділу

1. Підходи до розгляду питання психологічного здоров'я, зародилися в минулому столітті, з-під пера вчених гуммоністів. Таких як Г. Олпорту,

а.Маслоу, К. Роджерсу. Сучасні концепції психологічного здоров'я розглядають його як — стан психіки людини, який забезпечує почуття психологічного комфорту, здатність осмислено і цілеспрямовано діяти, оптимально виконувати соціальні функції, адекватно ставитися до загальнолюдських і культурних особливостей.

2. Модель психологічного здоров'я включає в себе аксіологічний, інструментально-технологічний, потребностно-мотиваційний, розвиваючий і соціально-культурний компоненти. Де: аксіологічний компонент представлений цінностями власного» Я "людини і цінностями» Я" інших людей; інструментальний компонент передбачає володіння рефлексією як засобом самопізнання; Потребностно-мотиваційний компонент визначає наявність у людини потреби в саморозвитку і вміння приймати відповідальність за своє життя; Розвиваючий компонент передбачає наявність такої динаміки в розумовому, особистісному, соціальному і фізичному розвитку, яка вписується в межі норми, властивої даним історичним і культурним умовам, і не створює передумов для виникнення психосоматичних захворювань; Соціально-культурний компонент визначає можливість людини успішно функціонувати в оточуючих його соціально-культурних умовах, залучення людини до національних духовних цінностей, які, в свою чергу, є частиною загальнолюдських знань. Це означає, що у людини присутній вміння розуміти людей різних культур і взаємодіяти з ними.
3. Психічне здоров'я-багатофакторна система, з безліччю різних змінних. Постійно перебуваючи в мінливому стані, під впливом різні Внутрішні Зовнішні в фактори, серед яких одним з важливіше є фактор віку і факто гендеру.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІКОВИХ ТА ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

2.1. Організація та основні етапи дослідження

Гіпотеза дослідження. Люди оцінюють своє психологічне здоров'я, по-різному в залежності від свого віку і гендерної приналежності.

Використовувані методики:

1. Методика визначення психологічного і соціального віку (Степанов С.С. закони психології. СПб.: Пітер, 2000)
2. Методика " психотест на визначення гендерної ідентифікації та сексуальної орієнтації» (Р.є. Барабанов.)
3. Тест життєстійкості (с. Мадді, адаптація Д. А. Леонтьєв, є. і. Рассказова)
4. Тест смисложиттєвих орієнтацій (Д. Крамбо, л. Махолик, адаптація Д. А. Леонтьєв)
5. Загальний опитувальник здоров'я (Д .Гольдберг, А. а. Волочков, А. Ю. Попов)

План проведення дослідження:

1. Випробовувані діляться на групи, згідно їх біологічній статі.
2. Далі випробуваним на проходження ряд методик.

За підсумком роботи, проводиться аналіз отриманих даних на основі яких буде робитися висновок за гіпотезою дослідження. За підсумком, гіпотеза буде підтверджена або спростована.

1.2 Опис методів та методик психодіагностики гендерних та вікових особливостей психологічного здоров'я особистості

Методики визначення психологічного і соціального віку (Степанов С.С. закони психології. СПб.: Пітер, 2000)

Прочитайте кожне твердження і висловіть свою згоду або незгоду з ним. Кожна відповідь оцінюється виходячи з наступного:» згоден « — 5 балів;» не зовсім « — 3 бали;» не впевнений « — 2 бали;» не згоден " — 0 балів. Чим більше набрана сума балів, тим більше незалежно від року народження людина сповнена життєвих сил, віри в себе, оптимістичний і доброзичливий. Отже, тим менше його психологічний вік і тим менше він відчуває себе старим.

№ п/п	Утверждение	Согласен	Не совсем согласен	Не уверен	Не согласен
1	По-моему, у меня хорошее чувство юмора				
2	У меня неплохая интуиция, и я всегда понимаю, что имеют в виду другие люди				
3	Надеюсь, в будущем меня ожидает много приятного				
4	По-моему, людям нравится общаться со мной				
5	Человек может быть мне симпатичен, даже если он не похож на меня и не совсем разделяет мои взгляды				
6	Я люблю детей				
7	Мне нравится решать разнообразные задачи				
8	Принимаясь за какое-то дело, я стараюсь найти способ сделать его лучше				
9	Меня интересуют причины разных событий				
10	Помимо работы у меня много других увлечений				
11	Любые перемены стараюсь воспринимать как перемены к лучшему				
12	Моя работа приносит пользу людям				

Рис 2.1

№ п/п	Утверждение	Согласен	Не совсем согласен	Не уверен	Не согласен
13	Я люблю иногда помечтать				
14	Любая музыка поднимает мне настроение				
15	Я с интересом встречаю новые идеи				
16	Как правило, я не сдаюсь, когда сталкиваюсь с труд- ностями и препятствиями				
17	Я готов искренне посмеять- ся удачной шутке				
18	У меня есть хотя бы один близкий человек, с которым я могу поделиться своими сокровенными мыслями				
19	Я получаю удовольствие от физической активности				
20	Мне нравится встречаться с новыми людьми				
21	Мне хотелось бы научиться еще чему-нибудь, чего я пока не умею				
22	Я стремлюсь выглядеть при- влекательно, и, похоже, это у меня получается				
23	Я не позволяю мелким не- приятностям нагонять на меня тоску				
24	Мне нравится время, в кото- ром я живу				
25	Думаю, мне еще пред- ставится случай полнее проявить свои способности				

Рис. 2.2

За допомогою пропонованого тесту можна самотійно оцінити різні періоди свого життя, включаючи минуле і перспективи, і визначити власний психологічний вік. Для цього треба уважно прочитати наші рекомендації, виконати завдання, отримати результат і ознайомитися з його інтерпретацією.

Уявіть собі подумки все своє життя-минуле, сьогодення, потенційне майбутнє. Як ви думаєте, до якого віку Ви доживете (дайте

більш-менш реальну оцінку, постарайтеся правильно оцінити всі обставини)?

У таблиці обведіть гуртком число, відповідне вказаному Вами віку (з точністю до 5 років). А тепер спробуйте оцінити кожне п'ятиріччя Вашого життя за ступенем насиченості важливими для вас подіями: будь-якими змінами в природі і суспільстві, вашому внутрішньому світі (думках, почуттях, переживаннях), стані вашого здоров'я, в сім'ї, на роботі, в навчанні, у відносинах з друзями і т.п. спочатку оцініть насиченість першого п'ятиріччя (до 5 років), поставивши знак плюс (+) у відповідній клітці таблиці (10 балів — максимальний ступінь насиченості, 1 бал — мінімальна).

Возраст- ной интер- вал, лет	Степень насыщенности важными событиями, баллов									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
До 5										
6–10										
11–15										
16–20										
21–25										
26–30										
31–35										
36–40										
41–45										
46–50										
51–55										
56–60										
61–65										
66–70										
71–75										
76–80										
81–85										
86–90										
91–95										

Рис 2.3

Аналогічним чином оцініть насиченість інших п'ятиріч, як минулих, так і майбутніх, аж до зазначеного віку.

Методика " психотест на визначення гендерної ідентифікації та сексуальної орієнтації» (Р.є. Барабанов.)

Мета даної методики: визначити соціально-активну роль людської особистості в гендерному середовищі, приналежність індивіда до певної статевої категорії і виявити сексуальну орієнтацію людини.

Матеріали та обладнання: для проведення даного тестування не потрібно будь-яких спеціальних пристосувань. Єдине, що необхідно, це забезпечити випробуваному спокійну, абстраговану від зовнішніх впливів, обстановку. Для проведення дослідження потрібно лише анкета з викладеними на ній питаннями, які буде необхідно представити пацієнту.

Інструкція до проведення тестування: перед початком тестування об'єкту дослідження необхідно зачитати наступну інструкцію: "зараз Вам буде запропоновано ряд з десяти питань. Спробуйте відразу, не замислюючись, дати на них відповідь. Правильних або неправильних відповідей не буває. Все, що Ви скажете-вірно. Почали!" Якщо тестований важко відразу дати відповідь на питання, то на обдумування йому дається не більше п'яти секунд.

Стимульний матеріал (питання зачитуються вголос один раз, чітко і ясно. Паузи після кожного питання робляться виключно на момент відповіді випробуваного і в разі, коли є утруднення при дачі відповіді):

1) Чи викликають у Вас позитивні емоції накачані м'язисті тіла?

а) так б) ні

2) Чи вважаєте ви нерівними собі людей з гомосексуальними нахилами? а) так б) ні

3) до якої групи людей ви себе відносите? а) Бісексуал б) Гетеросексуал в) Гомосексуал г) Асексуал

4) Чи ставитеся ви до цієї групи людей, які вважають: «Краса врятує світ»? а) так б) ні

5) Чи відчуваєте ви почуття агресії по відношенню до людей, яких вважаєте нижче себе щодо соціального статусу? а) так б) ні

6) чи страждаєте ви самокритичністю по відношенню до себе? а) так б) ні

7) Чи відчуваєте ви відчуження до людей, які займають високе соціальне становище? а) так б) ні

8) Чи вірите ви в дружбу між чоловіком і жінкою, виключаючи лібідо? а) так б) ні

9) Чи вважаєте ви себе ущемленим в плані інтимних або сексуальних відносин? а) так б) ні

10) Чи відчуваєте ви щось більше, ніж захоплення, дивлячись на оголене жіноче тіло? а) так б) ні

Інтерпретація результатів тесту:

1. Питання №1 і №10 – виявляють схильність до того чи іншого гендерної ознаки (сексуальна орієнтація).
2. Питання №2 і №3 – виявляють ставлення до різних сексуальних груп (відчуття приналежності до тієї чи іншої статі).
3. Питання №4 і №6 – виявляють чуттєве або раціональне ставлення до життя. Ставлення до себе.
4. Питання №5 і № 7 – виявляють соціальний стан і ставлення випробуваного до свого соціального стану.
5. Питання № 8 і №9-виявляють проблеми в сексуальному середовищі.

Тест життестойкості (С. Мадди, адаптация Д. А. Леонтьев, Е. И. Рассказова)

Мета методики: дозволяє виявити загальний бал життестійкості. Тест спрямований на діагностику психологічних факторів успішного співволодіння зі стресом, а також зниження і попередження внутрішньої напруги в стресовій ситуації.

Опитувальник складається з ряду пунктів-тверджень, з якими респондент повинен висловити свою згоду або незгоду за 4-бальною шкалою Лайкерта. Бали можуть вважатися як в прямому, так і в зворотному значенні. З шкали можуть бути вилучені 4 показника: залученість, контроль, прийняття ризику і загальний показник життестійкості.

Утверждение	Нет	Скорее нет	Скорее да	Да
1. Я часто не уверен в собственных решениях				
2. Иногда мне кажется, что никому нет до меня дела				
3. Часто, даже хорошо выспавшись, я с трудом заставляю себя встать с постели				
4. Я постоянно занят, и мне это нравится				
5. Часто я предпочитаю «плыть по течению»				
6. Я меняю свои планы в зависимости от обстоятельств				
7. Меня раздражают события, из-за которых я вынужден менять свой распорядок дня				
8. Непредвиденные трудности порой сильно утомляют меня				
9. Я всегда контролирую ситуацию настолько, насколько это необходимо				
10. Порой я так устаю, что уже ничто не может заинтересовать меня				
11. Порой все, что я делаю, кажется мне бесполезным				

12. Я стараюсь быть в курсе всего происходящего вокруг меня				
13. Лучше синица в руках, чем журавль в небе				
14. Вечером я часто чувствую себя совершенно разбитым				
15. Я предпочитаю ставить перед собой труднодостижимые цели и добиваться их				
16. Иногда меня пугают мысли о будущем				
17. Я всегда уверен, что смогу воплотить в жизнь то, что задумал				
18. Мне кажется, что я не живу полной жизнью, а только играю роль				
19. Мне кажется, если бы в прошлом у меня было меньше разочарований и невзгод, мне было бы сейчас легче жить на свете				
20. Возникающие проблемы часто кажутся мне неразрешимыми				
21. Испытав поражение, я буду пытаться взять реванш				
22. Я люблю знакомиться с новыми людьми				
23. Когда кто-нибудь жалуется, что жизнь скучна, это значит, что он просто не умеет видеть интересное				

24. Мне всегда есть чем заняться				
25. Я всегда могу повлиять на результат того, что происходит вокруг				
26. Я часто сожалею о том, что уже сделано				
27. Если проблема требует больших усилий, я предпочитаю отложить её до лучших времен				
28. Мне трудно сближаться с другими людьми				
29. Как правило, окружающие слушают меня внимательно				
30. Если бы я мог, я многое изменил бы в прошлом				
31. Я довольно часто откладываю на завтра то, что трудно осуществимо, или то, в чем я не уверен				
32. Мне кажется, жизнь проходит мимо меня				
33. Мои мечты редко сбываются				
34. Неожиданности дарят мне интерес к жизни				
35. Порой мне кажется, что все мои усилия тщетны				
36. Порой я мечтаю о спокойной размеренной жизни				

37. Мне не хватает упорства закончить начатое				
38. Бывает, жизнь кажется мне скучной и бесцветной				
39. У меня нет возможности влиять на неожиданные проблемы				
40. Окружающие меня недооценивают				
41. Как правило, я работаю с удовольствием				
42. Иногда я чувствую себя лишним даже в кругу друзей				
43. Бывает, на меня наваливается столько проблем, что просто руки опускаются				
44. Друзья уважают меня за упорство и непреклонность				
45. Я охотно берусь воплощать новые идеи				

Таб 2.1

Інтерпретація:

Для підрахунку балів відповідям на прямі пункти присвоюються бали від 0 до 3 («Ні « - 0 балів,» швидше ні, ніж так « - 1 бал,» швидше так, ніж ні « - 2 бали,» так « - 3 бали), відповідям на зворотні пункти присвоюються бали від 3 до 0 («Ні « - 3 бали,» так " - 0 балів). Потім підсумовується загальний бал життестійкості і показники для кожної з 3

субшкал (залученості, контролю і прийняття ризику). Отриманий результат може бути порівняний з нормативним.

Підрахунок сирих балів

Шкала	Прямые утверждения	Обратные утверждения
Вовлечённость	4, 12, 22, 23, 24, 29, 41	2, 3, 10, 11, 14, 28, 32, 37, 38, 40, 42
Контроль	9, 15, 17, 21, 25, 44	1, 5, 6, 8, 16, 20, 27, 31, 35, 39, 43
Принятие риска	34, 45	7, 13, 18, 19, 26, 30, 33, 36

Таб 2.2

Нормативні значення

Нормы	Жизнестойкость	Вовлечённость	Контроль	Принятие риска
Среднее значение	80,72	37,64	29,17	13,91
Стандартное отклонение	18,53	8,08	8,43	4,39

Таб 2.3

Тест смисложиттєвих орієнтацій (Д. Крамбо, л. Махолик, адаптація Д. А. Леонтьєв)

Мета методики: вивчення смисложиттєвих орієнтацій особистості, що складають основу образу Я. Тест дозволяє отримати і використовувати шкалу «осмисленість життя».

Дана методика являє собою 20 симетричних шкал-питань, що складаються з пари цілісних альтернативних пропозицій з однаковим початком.

Показники тесту включають в себе загальний показник осмисленості життя (ОЖ), а також п'ять субшкал, що відображають три конкретні смисложиттєві орієнтації і два аспекти локусу контролю:

1. Цілі в житті (майбутнє).
2. Процес життя або інтерес і емоційна насиченість життя (сьогодення).
3. Результативність життя або задоволеність самореалізацією (минуле).
4. Локус контролю-Я (я-господар життя, віра в здатність контролювати життя).
5. Локус контролю-життя (переконання, що контроль можливий)

Інструкція

Вам будуть запропоновані пари протилежних тверджень. Ваше завдання-вибрати одне з двох тверджень, яке, на Вашу думку, більше відповідає дійсності, і відзначити одну з цифр 1, 2, 3, в залежності від того наскільки ви впевнені у виборі (або 0, якщо обидва твердження на Ваш погляд однаково вірні).

Обробка результатів

Обробка результатів зводиться до підсумовування числових значень для всіх 20 шкал і перекладу сумарного бала в стандартні значення (проценти́лі). Висхідна послідовність градацій (від 1 до 7) чергується у випадковому порядку з низхідною (від 7 до 1), причому максимальний бал (7) завжди відповідає полюсу наявності мети в житті, а мінімальний бал (1) -полюсу її відсутності.

У висхідну шкалу 1 2 3 4 5 6 7 переводяться пункти - 1, 3, 4, 8, 9, 11, 12, 16, 17.

У спадну шкалу 7 6 5 4 3 2 1 переводяться пункти - 2, 5, 6, 7, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 20.

Загальний показник ОЖ-всі 20 пунктів.

Субшкала 1 (цілі)- 3, 4, 10, 16, 17, 18.

Субшкала 2 (Процес) - 1, 2, 4, 5, 7, 9.

Субшкала 3 (результат) - 8, 9, 10, 12, 20.

Субшкала 4 (локус контролю-Я) - 1, 15, 16, 19.

Субшкала 5 (локус контролю-життя) - 7, 10, 11, 14, 18, 19.

Середні і стандартні відхилення субшкал і загального показника ОЖ (N=200 чол)

Шкалы	Мужчины		Женщины	
	М	σ	М	σ
1 — Цели	32,90	5,92	29,38	6,24
2 — Процесс	31,09	4,44	28,80	6,14

3 — Результат	25,46	4,30	23,30	4,95
4 — ЛК-Я	21,13	3,85	18,58	4,30
5 — ЛК-жизнь	30,14	5,80	28,70	6,10
Общий показатель ОЖ	103,10	15,03	95,76	16,54

Таб. 2.4

Інтерпретація:

1. Цілі в житті. Бали за цією шкалою характеризують наявність або відсутність в житті випробуваного цілей в майбутньому, які надають життя осмисленість, спрямованість і тимчасову перспективу. Низькі бали за цією шкалою навіть при загальному високому рівні ОЖ будуть притаманні людині, що живе сьогоднішнім або вчорашнім днем. Разом з тим високі бали за цією шкалою можуть характеризувати не тільки цілеспрямовану людину, а й прожектера, плани якого не мають реальної опори в сьогоденні і не підкріплюються особистою відповідальністю за їх реалізацію. Ці два випадки нескладно розрізнити, враховуючи показники за іншими шкалами СЖО.

2. Процес життя, або інтерес і емоційна насиченість життя. Зміст цієї шкали збігається з відомою теорією про те, що єдиний сенс життя полягає в тому, щоб жити. Цей показник говорить про те, чи сприймає випробуваний сам процес свого життя як цікавий, емоційно насичений і наповнений змістом. Високі бали за цією шкалою і низькі за іншими будуть характеризувати гедоніста, що живе сьогоднішнім днем. Низькі

бали за цією шкалою-ознака незадоволеності своїм життям в сьогоденні; при цьому, однак, їй можуть надавати повноцінний сенс спогади про минуле або націленість в майбутнє.

3. Результативність життя, або задоволеність самореалізацією. Бали за цією шкалою відображають оцінку пройденого відрізка життя, відчуття того, наскільки продуктивна і осмислена була прожита її частина. Високі бали за цією шкалою і низькі по іншим будуть характеризувати людину, яка доживає своє життя, у якого все в минулому, але минуле здатне надати сенс залишку життя. Низькі бали-незадоволеність прожитої частиною життя.

4. Локус контролю-Я (я-господар життя). Високі бали відповідають уявленню про себе як про сильну особистість, що володіє достатньою свободою вибору, щоб побудувати своє життя відповідно до своїх цілей і уявленнями про її сенс. Низькі бали-невіра в свої сили контролювати події власного життя.

5. Локус контролю-життя, або керованість життя. При високих балах-переконання в тому, що людині дано контролювати своє життя, вільно приймати рішення і втілювати їх в життя. Низькі бали-фаталізм, переконаність в тому, що життя людини непідвладна свідомому контролю, що свобода вибору ілюзорна і безглуздо що-небудь загадувати на майбутнє.

Інструкція:

Вам будуть запропоновані пари протилежних тверджень. Ваше завдання-вибрати одне з двох тверджень, яке, на Вашу думку, більше відповідає дійсності, і відзначити одну з цифр 1, 2, 3, в залежності від того

наскільки ви впевнені у виборі (або 0, якщо обидва твердження на Ваш погляд однаково вірні).

1. Обычно мне очень скучно.	3	2	1	0	1	2	3	Обычно я полон энергии
2. Жизнь кажется мне всегда волнующей и захватывающей	3	2	1	0	1	2	3	Жизнь кажется мне совершенно спокойной и рутинной
3. В жизни я не имею определенных целей и намерений	3	2	1	0	1	2	3	В жизни я имею очень ясные цели и намерения
4. Моя жизнь представляется мне крайне бессмысленной и бесцельной	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь представляется мне вполне осмысленной и целеустремленной.
5. Каждый день кажется мне всегда новым и непохожим на другие	3	2	1	0	1	2	3	Каждый день кажется мне совершенно похожим на все другие.
6. Когда я уйду на пенсию, я займусь интересными вещами, которыми всегда мечтал заняться	3	2	1	0	1	2	3	Когда я уйду на пенсию, я постараюсь не обременять себя никакими заботами.
7. Моя жизнь сложилась именно так, как я мечтал	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь сложилась совсем не так, как я мечтал.
8. Я не добился успехов в осуществлении своих жизненных планов.	3	2	1	0	1	2	3	Я осуществил многое из того, что было мною запланировано в жизни.

9. Моя жизнь пуста и неинтересна.	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь наполнена интересными делами
10. Если бы мне пришлось подводить сегодня итог моей жизни, то я бы сказал, что она была вполне осмысленной.	3	2	1	0	1	2	3	Если бы мне пришлось сегодня подводить итог моей жизни, то я бы сказал, что она не имела смысла.
11. Если бы я мог выбирать, то я бы построил свою жизнь совершенно иначе.	3	2	1	0	1	2	3	Если бы я мог выбирать, то я бы прожил жизнь еще раз так же, как живу сейчас.
12. Когда я смотрю на окружающий меня мир, он часто приводит меня в растерянность и беспокойство.	3	2	1	0	1	2	3	Когда я смотрю на окружающий меня мир, он совсем не вызывает у меня беспокойства и растерянности.
13. Я человек очень обязательный.	3	2	1	0	1	2	3	Я человек совсем не обязательный.
14. Я полагаю, что человек имеет возможность осуществить свой жизненный выбор по своему желанию.	3	2	1	0	1	2	3	Я полагаю, что человек лишен возможности выбирать из-за влияния природных способностей и обстоятельств.
15. Я определенно могу назвать себя целеустремленным человеком.	3	2	1	0	1	2	3	Я не могу назвать себя целеустремленным человеком.
16. В жизни я еще не нашел своего призвания и ясных целей.	3	2	1	0	1	2	3	В жизни я нашел свое призвание и цель.

17. Мои жизненные взгляды еще не определились.	3	2	1	0	1	2	3	Мои жизненные взгляды вполне определились.
18. Я считаю, что мне удалось найти призвание и интересные цели в жизни.	3	2	1	0	1	2	3	Я едва ли способен найти призвание и интересные цели в жизни.
19. Моя жизнь в моих руках, и я сам управляю ею.	3	2	1	0	1	2	3	Моя жизнь не подвластна мне и она управляется внешними событиями.
20. Мои повседневные дела приносят мне удовольствие и удовлетворение	3	2	1	0	1	2	3	Мои повседневные дела приносят мне сплошные неприятности и переживания.

Таб. 2.4

Загальний опитувальник здоров'я (Д. Гольдберг, А. а. Волочков, А. Ю. Попов)

Мета методики: призначена для діагностики психологічного благополуччя, емоційної стабільності.

Опитувальник складається з 12 питань, відповіді на які випробуваний дає за 4-бальною шкалою. Високі бали відповідають ствердним відповідям на ті питання, які розкривають прояви психологічного неблагополуччя, емоційної нестійкості і негативним відповідям на ті, які пов'язані з вираженням позитивних емоцій, психологічної стабільності (вони оцінюються в зворотному порядку).

Питання до опитувальника:

Чи відчували ви останнім часом, що:

1. Ви в змозі зосередитися на тому, що ви робите?
2. Ви погано спите через занепокоєння?
3. Ви виконуєте корисну роботу?
4. Ви здатні прийняти будь-яке рішення?
5. Ви постійно перебуваєте в напрузі?
6. Ви не в змозі подолати труднощі?
7. Ви здатні отримувати задоволення від ваших звичайних щоденних справ?
8. Ви готові протистояти своїм труднощам?
9. Ви нещасливі і пригнічені?
10. Ви втрачаєте впевненість у своїх силах?
11. Ви думаєте про себе як про нікчемну людину?
12. Ви в цілому відчуваєте себе щасливим, незважаючи ні на що?

2.3. Обґрунтування вибірки дослідження, її статистичні характеристики

Вибірка:

- 1. Кількість-** 30 осіб, чоловіки\жінки
- 2. Повернення-** 20-25 років.
- 3. Рід занять-** студенти університету імені І. Мечникова
- 4. Місце проведення-** Одеський національний університет імені І. Мечникова.
- 5. Час проведення-** з 01.10.20 по 01.11.20.

Дана вибірка була зібрана, у зв'язку з її доступністю для проведення дослідження, в рамках складної сформованої епідеміологічної ситуації в країні і світі у зв'язку з пандемією коронавірусу COVID-19.

Висновки до другого розділу

1. Був складений план дослідження, в рамках якого проводилося дослідження.
2. Були визначені і описані методики, які будуть задіяні в проведенні емпіричного дослідження.
3. Була складена вибірка з добровольців, які погодилися взяти участь в емпіричному дослідженні. Вибірка даних людей, була обґрунтована обставинами, що склалися в навколишньому світі.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІКОВИХ ТА ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

1.1. Вікові особливості в прояві психологічного здоров'я особистості

Як було зазначено вище, вік-це тимчасова характеристика онтогенетичного розвитку людини. У той же час вік – це не тільки кількість прожитих років, а й внутрішній зміст, духовний розвиток людини, зміни в його внутрішньому світі, що відбулися за ці роки.

За даними нашого дослідження, виходить що незважаючи на невелику різницю у віці між респондентами, в їх оцінці свого психотичного здоров'я помічена одна особливість. Люди більш старшого віку, проявили схильність більш негативно оцінювати свій стан здоров'я. Але невелике охоплення респондентів не в змозі дати однозначну відповідь, це стійка тенденція у певної вікової групи або характеристика властива тільки вище зазначеної групі респондентів.

3.2. Гендерні особливості в прояві психологічного здоров'я особистості

Як зазначалося вище гендер-соціальна стать, що визначає поведінку людини в суспільстві і те, як ця поведінка сприймається. Це та поведінка, яка визначає ставлення з іншими людьми: друзями, колегами, однокласниками, батьками, випадковими перехожими і т. д.

Варто відзначити що в рамках даної роботи, підсумки дослідження показали, що соціальна стать респондентів збігається з їх біологічно, даними від народження, статтю.

У той же час, треба відзначити, що представники обох «традиційних» гендерів не проявили ніяких особливостей в прояві психологічного здоров'я. Чи є це загальною характеристикою для даних "гендерних ГРУП", або особливістю

тільки даної окремої взятої вибірки, не представляється можливим сказати через мале охоплення вибірки.

Висновки до третього розділу

1. За даними нашого дослідження, виходить що незважаючи на невелику різницю у віці між респондентами, в їх оцінці свого психотичного здоров'я помічена одна особливість. Люди більш старшого віку, проявили схильність більш негативно оцінювати свій стан здоров'я. Але невелике охоплення респондентів не в змозі дати однозначну відповідь, це стійка тенденція у певної вікової групи або характеристика властива тільки вище зазначеної групі респондентів
2. Представники обох традиційних "гендерів" не виявили жодних особливостей у прояві психологічного здоров'я. Чи є це загальною характеристикою для даних "гендерних ГРУП", або особливістю тільки даної окремої взятої вибірки, не представляється можливим сказати через мале охоплення вибірки.
3. Гіпотеза, висунута в рамках даного емпіричного дослідження, не знайшла свого підтвердження. Оскільки будь-які однозначні висновки, не представляється можливим надати через малу вибірку.

ВИСНОВОК

Ми розглянули вік і гендер як фактори, що впливають на психологічне здоров'я особистості, на основі позначених теоретичних поглядів вченого співтовариства.

Зіставили і отримали дані, на основі яких сформували базу, для проведення емпіричного дослідження.

Провели наше емпіричне дослідження, яке показало що:

1. За даними нашого дослідження, виходить що незважаючи на невелику різницю у віці між респондентами, в їх оцінці свого психотичного здоров'я помічена одна особливість. Люди більш старшого віку, проявили схильність більш негативно оцінювати свій стан здоров'я. Але невелике охоплення респондентів не в змозі дати однозначну відповідь, це стійка тенденція у певної вікової групи або характеристика властива тільки вище зазначеної групі респондентів
2. Представники обох» традиційних " гендерів не виявили жодних особливостей у прояві психологічного здоров'я. Чи є це загальною характеристикою для даних "гендерних ГРУП", або особливістю тільки даної окремої взятої вибірки, не представляється можливим сказати через мале охоплення вибірки.
3. Гіпотеза, висунута в рамках даного емпіричного дослідження, не знайшла свого підтвердження. Оскільки будь-які однозначні висновки, не представляється можливим надати через малу вибірку.

По итогам проделанной работы, можно сказать что все поставленные перед нами, в самом начале, задачи были успешно выполнены.

Список використаної літератури

1. С.Т. Дмитриевна Психологическое здоровье человека: междисциплинарный подход. Журнал Государственное и муниципальное управление. Ученые записки. 2018.
2. Александер, Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применение / Ф. Александер. М., 2004.
3. Ананьев, В.А. Психология здоровья / В.А. Ананьев. СПб., 2006.
4. Апанасенко, Г.Л. Валеология: имеет ли она право на самостоятельное существование? / Г. Л. Апанасенко // Валеология. 1996. № 2.
5. Арина, Г.А. Клиническая психология телесности: принципы культурно-исторического анализа предмета / Г. А. Арина, В.В. Николаева // Психосоматика: телесность и культура; под ред. В.В. Николаевой. М., 2009.
6. Бахтин, М.М. Эстетика словесного творчества / М.М. Бахтин. М., 1979.
7. Белова, Н.И. Отношение студентов к здоровью и к здоровому образу жизни / Н.И. Белова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2006. № 1.
8. Бендина, О.А. Практики сохранения здоровья в контексте культуры: автореф. дис. ... канд. соц. наук: 22.00.06 / О.А. Бендина. Саратов, 2009.
9. Бовина, И.Б. От бубонной чумы до «чумы XX в.»: динамика социального значения здоровья и болезни / И.Б. Бовина, Т.Б. Панова // Социологический журнал. 2007. № 4.
10. Бовина, И.Б. Социальная психология здоровья и болезни / И.Б. Бовина. М., 2007.

11. Боголепова, Л.С. Методика изучения санитарной культуры населения в социально-гигиеническом аспекте / Л.С. Боголепова [и др.]. М., 1969.
12. Борисов, В.А. Демография / В.А. Борисов. М., 2001.
13. Р.Т. Владимировна. Сибирский психологический журнал 2012
15. И.Л Матасов Психологическое здоровье человека и его возрастная динамика. Журнал Вестник Самарского государственного технического университета. Серия: Психолого-педагогические науки. 2012
16. Браун, Дж. Психосоматический подход / Дж. Браун // Психология Фрейда и постфрейдисты. М.; Киев, 1997.
17. Брехман, И.И. Философско-методологические аспекты проблемы здоровья человека / И.И. Брехман // Вопросы философии. 1982. № 2.
18. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. М., 1999.
19. Бубнов, Ю.М. Социологические очерки народного здоровья / Ю. М. Бубнов. Минск, 2008.
20. Бурдье, П. Социология социального пространства / П. Бурдье. М.; СПб., 2007.
21. Вайнер, Э.Н. Валеология / Э.Н. Вайнер. М., 2005.
22. Васильева, О.С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки / О.С. Васильева, Ф. Р. Филатов. М., 2001.
23. Василюк, Ф.Е. От психологической практики к психотехнической теории / Ф. Е. Василюк // Московский психотерапевтический журнал. 1992. №1.
24. Венедиктов, Д.Д. Здоровоохранение России: кризис и пути преодоления / Д. Д. Венедиктов. М., 1999.

25. Вишневский, А.Г. Демографическая революция / А.Г. Вишневский // Избранные демографические труды: в 2 т. Т. 1. Демографическая теория и демографическая история. М., 2005.
26. Водопьянова, Н. Е. Психология здоровья / Н. Е. Водопьянова, Н. В. Ходырева // Вести. Ленинградского университета. 1991. Сер. 6. Вып. 4. № 27.
27. Возьмитель, А.А. Образ жизни: теоретико-методологические основы анализа / А.А. Возьмитель, Г. И. Осадчая // Социологические исследования. 2009. № 8.
28. Глотова Г.А. Человек и знак: Семиотико-психологические аспекты онтогенеза человека. Свердловск, 1990.
29. Горчак, С.И. К вопросу о дефиниции здорового образа жизни / С.И. Горчак // Здоровый образ жизни: социально-философские и медико-биологические проблемы: сборник научных статей. Кишинев, 1991.
30. Гофф, Ж. История тела в Средние Века / Ж. Гофф, Н. Трюон. М., 2008.
31. Гром бах, С.М. Материалы к истории санитарного просвещения в России в XVIII веке / С. М. Тромбах. М., 1951.
32. Гульдан, В.В. Проблемы использования зарубежных программ анти-наркотического обучения в советской школе / В.В. Гульдан, О.Л. Романова, И. В. Иванникова // Вопросы психологии. 1990. № 6.
33. Гундаров, И.А. Принципы индивидуальной профилактики основных неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья в условиях кризиса общества / И.А. Гундаров, С.В. Матвеева // Здравоохранение Российской Федерации. 1994. № 3.
34. Гурвич, И.Н. Социальная психология здоровья / И.Н. Гурвич. СПб., 1999.

35. Демографическая модернизация России, 1900-2000 / под ред. А.Г. Вишневого. М., 2006.
36. Джуэлл, Л. Индустриально-организационная психология / Л. Джуэлл. СПб., 2001.
37. Дмитриева, Е.В. Еще раз о понятиях. От социологии медицины к социологии здоровья / Е.В. Дмитриева // Социологические исследования. 2003. №11.
38. Добровольский, Н. Самодеятельность в борьбе с туберкулезом / Н. Добровольский // Гигиена и здоровье рабочей семьи. 1924. № 11.
39. Ефимов, Ю.А. Возможности диагностики доонтологического этапа развития психосоматических заболеваний / VIII съезд невропатологов, психиатров и наркологов. 1988.
40. Жидкова, О.И. Медицинская статистика: Конспект лекций / О.И. Жидкова. М., 2007.
41. Жирнов, В.Д. Здоровье как антропологическая проблема / В.Д. Жирнов // Человек. 2002. № 11.
42. Жодле, Д. Социальное представление: феномены, концепт и теория / Д. Жодле // Социальная психология / под ред. С. Московичи. СПб., 2007.
43. Журавлева, И. В. Отношение к здоровью индивида и общества / И.В. Журавлева. М., 2006.
44. Исаев, Д.Н. Проблема психосоматических взаимоотношений / Д.Н. Исаев // Методология и социология психиатрии. СПб., 1991.
45. Каневский, Л. О. Основные этапы развития санитарного просвещения в СССР / Л. О. Каневский. М., 1951.
46. Капрара, Дж. Психология личности / Дж. Капрара, Д. Сервон. СПб., 2003.

47. Киреева, И. Н. Междисциплинарное исследование социального здоровья человека / И. Н. Киреева, А.И. Анисимов // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2010. Вып. № 2 (14).
48. Ключенович, В.И. Актуальные проблемы управления общественным здоровьем / В. И. Ключенович. Минск, 2005.
49. Козелецкий, Ю. Психологическая теория решений / Ю. Козелецкий. М., 1979.
50. Колбаиов, В. В. Валеология: Основные понятия, термины, определения / В. В. Колбанов. СПб., 1998.
51. Коннер, М. Социальная психология пищи / М. Коннер, К. Дж. Армитейдж. Харьков, 2012.
52. Корнилова, Т.В. Психология риска и принятия решений / Т.В. Корнилова. М., 2003.
53. Коростелев, Н. Б. Использование опытов в пропаганде медицинских и гигиенических знаний / Н. Б. Коростелев. М., 1961.
54. Котик, М.А. Психология и безопасность. Изд. 3-е, испр. и доп. / М.А. Котик. Таллинн, 1989.
55. Ленская, Л. В. Медицинские и социальные аспекты долгожительства в Санкт-Петербурге: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.53 / Л.В. Ленская. СПб., 2004.
56. Лепешинский, Н. Н. Адаптация опросника «Шкалы психологического благополучия» К. Рифф / Н. Н. Лепешинский // Психологический журнал. 2007. № 3(15).
57. Лисицын, Ю. П. История медицины / Ю.П. Лисицын. М., 2004.
58. Лютенс Ф. Организационное поведение. М., 1999.

59. Максимова, Т. М. Социальный градиент в формировании здоровья населения / Т. М. Максимова. М., 2005.

60. Малейчук, Г. И. Психологическое здоровье личности: клинико-феноменологический подход / Г. И. Малейчук. Брест, 2009.