

В. Л. СМІРНОВА, Н. Я. ПАНЧИШИН, С. М. ІВАНІВ

ОЦІНКА ПОТЕНЦІЙНОГО ВПЛИВУ РАНИХ ДЕЗАДАПТИВНИХ СХЕМ НА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЛЬНУ ПОВЕДІНКУ ДОРОСЛИХ

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Мета: оцінити ймовірний вплив раних дезадаптивних когнітивних моделей, сформованих у дитинстві, на формування здоров'язберігальних практик у дорослих.

Матеріали та методи. Використано методи кореляційно-регресійного аналізу, аналітичний і системний підходи для обробки та інтерпретації даних. Також застосовано методику Дж. Янга щодо інтерпретації даних впливу раних дезадаптивних схем на рівень здоров'язберігальної поведінки. Шляхом випадкового відбору обрано 73 медичні сестри клінічної лікарні.

Результати. У процесі дослідження встановлено, що особи, які дотримуються здоров'язберігальної поведінки, характеризуються низькою вираженістю раних дезадаптивних когнітивних схем. Найменш вираженими виявилися такі схеми, як емоційна депривація, невдача, соціальна ізоляція, дефективність, залежність, вразливість, нерозвите «Я», покірність та пунітивність. Це свідчить про низьку схильність респондентів до формування стійких негативних переконань щодо себе, міжособистісних стосунків і світу загалом.

Так, можна стверджувати, що психологічна зрілість, емоційна стійкість та позитивне самосприйняття є важливими психологічними характеристиками осіб, які ведуть здоров'язберігальний спосіб життя.

Висновки Переважання низьких рівнів вираженості ключових дезадаптивних схем (від 53,4% до 89%) серед більшості учасників свідчить про сформовані адаптивні установки, позитивне сприйняття себе й оточення, стабільну самооцінку та базове відчуття безпеки й автономії. Це створює сприятливе психологічне підґрунтя для формування здоров'язберігальної поведінки та профілактики психосоматичних розладів.

Кореляційний аналіз підтвердив виражений зв'язок між окремими дезадаптивними схемами (зокрема, дефективності, невдачі, залежності та ін.) та адаптивними стратегіями збереження здоров'я, що підкреслює доцільність включення психологічних підходів у програми підтримки психофізичного благополуччя.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: здоров'язберігальна поведінка; ранні дезадаптивні схеми; діти; дорослі.

Вступ. У сучасних умовах погіршення екологічної ситуації, зростання інформаційного та психоемоційного навантаження, поширення неінфекційних захворювань зростає актуальність формування в населення свідомої здоров'язберігальної поведінки як одного з ключових чинників збереження та зміцнення здоров'я [1; 2]. Здоров'язберігальна поведінка розглядається як інтегрована система свідомої життєдіяльності індивіда, що охоплює раціональне харчування, адекватну фізичну активність, дотримання режиму праці та відпочинку, відмову від шкідливих звичок, психоемоційну саморегуляцію, профілактичну медичну активність, гігієнічну грамотність і відповідальне ставлення до власного здоров'я [3; 4]. Такий підхід відіграє ключову роль у формуванні, збереженні та зміцненні соматичного, психічного й соціального благополуччя особистості, сприяє підвищенню адаптивного потенціалу, якості життя та профілактиці хронічних захворювань. Саме тому дослідження чинників, що впливають на формування здоров'язберігальної поведінки, має

важливе теоретичне й практичне значення [5–7].

Мета: оцінити ймовірний вплив раних дезадаптивних когнітивних моделей, сформованих у дитинстві, на формування здоров'язберігальних практик у дорослих.

Матеріали та методи. У дослідженні використано методи кореляційно-регресійного аналізу, аналітичний і системний підходи для обробки та інтерпретації даних впливу раних дезадаптивних схем (за методикою Дж. Янга) на рівень здоров'язберігальної поведінки. Для цього дослідження шляхом випадкового відбору через інтернет за допомогою платформи Google Forms обрано 73 медичні сестри Комунального некомерційного підприємства «Львівське територіальне медичне об'єднання «Багатопрофільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги»» у віковому діапазоні від 27 до 35 років, оскільки ця стадія зрілості зазвичай вказує на те, що особистість переважно сформувалася, і кризові періоди, звичайні на ранніх стадіях, зазвичай не очікуються.

Матеріали статті використано під час написання кваліфікаційної роботи.

Результати дослідження та їх обговорення.

Ранні дезадаптивні схеми – це стійкі, негативні переконання та емоційні моделі, які виникають у дитинстві внаслідок незадоволення базових емоційних потреб. Вони впливають на особистість, міжособистісні стосунки та життєву поведінку людини, часто неусвідомлено керуючи вибором дій та ставленням до себе й світу. До таких схем належать, зокрема: емоційна депривація, покинутість, недовіра/зловживання, соціальна ізоляція, дефективність, невдача, залежність, вразливість до шкоди тощо. Наявність виражених ранніх дезадаптивних схем може значно знижувати рівень здоров'язберігальної поведінки. Сформовані в дитинстві когнітивні переконання здатні стати перешкодою для формування та підтримання здорових життєвих стратегій, що ускладнює адаптацію до стресових ситуацій і підвищує ризики розвитку психосоматичних розладів. Розпізнавання й опрацювання таких схем є важливим кроком у покращенні психоемоційного здоров'я та формуванні здоров'язберігальної поведінки.

Аналіз рівнів вираженості схеми «Емоційна депривація» серед осіб зі здоров'язберігальною поведінкою свідчить про переважання низького рівня цієї дезадаптивної моделі – у 78,1% випадків. Помірний рівень схеми спостерігається у 12,3% респондентів, а високий – лише у 9,5%. Більшість досліджуваних має сформоване позитивне емоційне середовище, яке забезпечує достатню емоційну підтримку й задоволення базових афективних потреб. Низький рівень емоційної депривації є потенційним психологічним ресурсом, що сприяє розвитку адаптивних моделей

поведінки та підтримує психоемоційне благополуччя, що, своєю чергою, позитивно впливає на дотримання здоров'язберігальних практик.

У більшості респондентів зі здоров'язберігальною поведінкою (61,6%) рівень схеми «Покинутість» є низьким. Це свідчить про загальну тенденцію до емоційної стабільності й відчуття безпеки в міжособистісних стосунках, що може позитивно впливати на здатність цих осіб ефективно підтримувати здоров'язберігальну поведінку та знижувати ризик виникнення психоемоційних розладів. Помірна вираженість цієї схеми спостерігається у 27,4% опитаних, що може вказувати на окремі епізодичні переживання емоційної нестабільності, які не мають домінуючого характеру. Високий рівень схеми зафіксовано лише в 10,9% осіб, що загалом підтверджує тенденцію до меншої емоційної вразливості серед людей, які демонструють відповідальне ставлення до свого здоров'я.

Більшість осіб зі здоров'язберігальною поведінкою (65,7%) має низький рівень вираженості схеми «Недовіра», що свідчить про їхню базову впевненість у надійності та доброзичливості інших людей, а також про відсутність стійких очікувань щодо зради, приниження чи використання. Помірний рівень цієї схеми спостерігається у 20,5% учасників, що може свідчити про деяку обережність у міжособистісних стосунках, яка не обов'язково є деструктивною. Водночас високий рівень виявлено лише в 13,8% випадків, що вказує на відносно невелике поширення глибокої недовіри серед осіб, які ведуть здоровий спосіб життя.

Аналіз рівня вираженості схеми «Соціальна ізоляція» показав, що більшість респондентів зі

Таблиця 1. Види домінантних ранніх дезадаптивних схем у людей зі здоров'язберігальною поведінкою (за методикою Дж. Янга)

Дезадаптивна схема	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Емоційна депривація	57 (78,1%)	9 (12,3%)	7 (9,5%)
Покинутість	45 (61,6%)	20 (27,4%)	8 (10,9%)
Недовіра	48 (65,8%)	15 (20,5%)	10 (13,7%)
Соціальна ізоляція	50 (68,4%)	16 (21,9%)	7 (9,6%)
Дефективність	65 (89%)	3 (4,1%)	5 (6,9%)
Невдача	62 (84,9%)	5 (6,8%)	6 (8,2%)
Залежність	61 (83,6%)	8 (11%)	4 (5,4%)
Вразливість	59 (80,8%)	11 (15,1%)	3 (4,1%)
Нерозвите «Я»	57 (78%)	11 (15%)	6 (6,8%)
Покірність	55 (75,3%)	14 (19,2%)	4 (5,5%)
Самопожертва	39 (53,4%)	24 (32,9%)	10 (13,7%)
Придушення емоцій	50 (68,5%)	18 (24,7%)	5 (6,8%)
Жорсткі вимоги до себе	40 (54,8%)	25 (34,2%)	8 (11,0%)
Привілейованість	35 (47,9%)	27 (37%)	11 (15,1%)
Нестача самоконтролю	42 (57,5%)	22 (30,1%)	9 (12,4%)
Пошук схвалення	30 (41,1%)	21 (28,8%)	22 (30,1%)
Негативізм	41 (56,2%)	23 (31,5%)	9 (11,5%)
Пунітивність	61 (83,5%)	7 (9,6%)	5 (6,9%)

здоров'язберігальною поведінкою (68,4%) має низький рівень цієї дезадаптивної схеми. Це свідчить про відчуття належності до соціального середовища, комфорт у міжособистісній взаємодії та здатність до встановлення й підтримки значущих соціальних зв'язків. Здорова соціальна інтеграція може бути важливим чинником у формуванні й підтриманні здоров'язберігальної поведінки. Середній рівень схеми спостерігається у 21,9% осіб, що може вказувати на певні епізоди відчуження або тимчасового уникнення соціальної активності, які не є стабільною тенденцією. Високий рівень схеми виявлено лише у 9,7% учасників, що підтверджує загальну тенденцію до низької соціальної відстороненості серед людей, орієнтованих на збереження та підтримку власного здоров'я.

Результати дослідження свідчать, що схема «Дефективність» має низький рівень вираженості в більшості учасників зі здоров'язберігальною поведінкою (89%). Це може свідчити про позитивне сприйняття себе, відсутність глибокого почуття неповноцінності, сорому чи внутрішньої «зламаності», що є сприятливим психологічним підґрунтям для відповідального ставлення до власного здоров'я. Середній рівень схеми спостерігається в незначній частині респондентів (4,1%), а високий – лише в 6,9%, що вказує на відносну рідкість внутрішнього самозаперечення серед осіб, які ведуть здоровий спосіб життя.

Аналіз рівнів вираженості схеми «Невдача» показав, що більшість учасників дослідження зі здоров'язберігальною поведінкою має низький рівень цієї дезадаптивної схеми (84,9%). Це вказує на те, що більшість респондентів не схильна до постійного страху перед невдачами або відчуття фатальної поразки. Вони демонструють оптимістичний погляд на власні можливості та здатність до досягнення цілей, що, імовірно, сприяє підтримці здорового способу життя. Помірний рівень цієї схеми трапляється лише в 6,8% респондентів, що свідчить про наявність деякої тривожності або обережності в особистісних досягненнях, проте ці переживання не домінують. Високий рівень цієї схеми спостерігається у 8,2% учасників, що може свідчити про індивідууми з підвищеним відчуттям невдачі або страхом перед невдачею.

Результати дослідження показали, що в більшості респондентів зі здоров'язберігальною поведінкою (83,6%) спостерігається низький рівень вираженості схеми «Залежність». Це свідчить про те, що більшість осіб демонструє високий ступінь незалежності та здатність до самостійного ухвалення рішень, що сприяє здоровому способу життя. Середній рівень цієї схеми трапляється в 11% учасників, що може вказувати на певні моменти залежності від зовнішніх чинників чи оточення, але не є домінуючим фактором у їхній поведінці. Високий рівень схеми спостерігається

в 5,4% респондентів, що вказує на наявність значної залежності в деяких учасників, але цей рівень рідкісний серед осіб, орієнтованих на здоров'я.

80,8% респондентів мають низький рівень вираженості схеми «Вразливість». Це може вказувати на відсутність надмірного страху перед можливими нещастями, хворобами чи катастрофами, а також на здатність раціонально оцінювати ризики та зберігати емоційну стабільність. Середній рівень цієї схеми зафіксовано в 15,1% осіб, що може свідчити про певну тривожність у питаннях безпеки та здоров'я, яка, однак, не має надмірного чи дезадаптивного характеру. Високий рівень виявлено лише в 4,1% респондентів, що вказує на незначну частку осіб з підвищеною тривожністю щодо можливих загроз.

Аналіз результатів за схемою «Нерозвите Я» показав, що більшість учасників дослідження (78%) має низький рівень вираженості цієї дезадаптивної схеми. Це свідчить про наявність у респондентів сформованого почуття автономії, відповідальності, саморегуляції та організованості, що є важливими психологічними засадами для підтримання здоров'язберігальної поведінки. Середній рівень схеми виявлено в 15,1% учасників, що може вказувати на часткову складність в ухваленні рішень або організації повсякденного життя, але без вираженої дезадаптації. Високий рівень «Нерозвитого Я» спостерігається в 6,8% респондентів, що вказує на наявність труднощів з дисципліною, плануванням або відповідальністю в невеликій частині осіб.

75,3% респондентів мають низький рівень вираженості схеми «Покірність». Це вказує на те, що досліджувані особи, як правило, не схильні до постійного підпорядкування чужій волі, придушення власних потреб чи уникнення конфліктів ціною самозаперечення. Така установка, імовірно, сприяє здатності відстоювати власні кордони, ухвалювати відповідальні рішення щодо збереження здоров'я та дотримання особистісних цінностей. Середній рівень схеми виявлено в 19,2% опитаних, що може відображати помірну схильність до компромісів і гнучкості в міжособистісних стосунках без домінування почуття безсилля. Високий рівень «Покірності» спостерігається лише в 5,5% респондентів, що свідчить про низьку поширеність деструктивної самопожертви серед людей, які практикують здоров'язберігальну поведінку.

Аналіз результатів за схемою «Самопожертва» показав, що в 53,4% респондентів спостерігається низький рівень її вираженості. Це свідчить про схильність досліджуваних осіб зберігати баланс між турботою про інших і піклуванням про власні потреби, що є важливим аспектом у підтриманні психоемоційного благополуччя та здорового способу життя. Водночас у 32,9% респондентів виявлено середній рівень цієї схеми, що може вказувати

на періодичну тенденцію до ставлення інтересів інших вище за власні, проте без вираженої шкоди для себе. Високий рівень схеми «Самопожертва» виявлено в 13,7% учасників, що свідчить про наявність групи осіб, для яких характерне стійке прагнення допомагати іншим навіть ціною власного благополуччя, що потенційно може впливати на зниження ресурсу для збереження власного здоров'я.

68,5% респондентів зі здоров'язберігальною поведінкою мають низький рівень вираженості схеми «Придушення емоцій». Це свідчить про здатність більшості опитаних усвідомлювати, приймати та конструктивно виражати власні емоції, що є важливим чинником для збереження психічного здоров'я та підтримання здорової поведінки. Середній рівень цієї схеми виявлено в 24,7% респондентів, що може свідчити про епізодичне стримування емоцій у певних соціальних ситуаціях, але без хронічного уникання емоційного вираження. Високий рівень придушення емоцій зафіксовано лише в 6,8% учасників, що вказує на відносно низьку поширеність цієї дезадаптивної стратегії в групі людей, які практикують здоров'язберігальну поведінку.

Аналіз результатів за схемою «Жорсткі вимоги до себе» показав, що 54,8% респондентів зі здоров'язберігальною поведінкою мають низький рівень її вираженості. Це свідчить про те, що для більшості опитаних не характерний надмірний перфекціонізм, внутрішній тиск чи самокритичність, що сприяє збереженню психоемоційної рівноваги та запобіганню вигоранню. У 34,2% учасників виявлено середній рівень, що може свідчити про помірне прагнення до високих стандартів та самодисципліни, яке, за умови конструктивного використання, може підтримувати позитивну мотивацію до саморозвитку та здорового способу життя. Водночас в 11% респондентів спостерігається високий рівень цієї схеми, що може вказувати на схильність до надмірної вимогливості, самозвинувачення чи стресу через нереалістичні очікування до себе.

47,9% респондентів зі здоров'язберігальною поведінкою мають низький рівень вираженості схеми «Привілейованість». Це свідчить про те, що майже половина учасників не демонструє ознак надмірної вимогливості до оточення, почуття винятковості або уникання правил і обмежень. Така позиція, як правило, сприяє відповідальній взаємодії із соціальним середовищем, дотриманню здорових норм і правил поведінки. Водночас 37% опитаних мають середній рівень прояву цієї схеми, що може вказувати на певні риси егоцентризму чи очікування особливого ставлення, які не мають яскраво вираженого характеру. Високий рівень привілейованості спостерігається в 15,1% респондентів, що свідчить про наявність у частини осіб тенденції до знецінення норм або прагнення до особливого статусу.

Проте навіть серед цієї групи прояви не домінують у загальній структурі поведінки.

57,5% респондентів зі здоров'язберігальною поведінкою мають низький рівень вираженості схеми «Нестача самоконтролю». Це свідчить про сформовану здатність до саморегуляції, дисципліни та вміння дотримуватись обраного курсу поведінки, що є ключовим чинником у підтриманні здорового способу життя. У 30,1% опитаних виявлено середній рівень цієї схеми, що може вказувати на періодичні труднощі з контролем імпульсів чи довготривалим дотриманням правил, однак без вираженої деструктивності. Високий рівень нестачі самоконтролю спостерігається у 12,4% учасників, що може свідчити про потенційні труднощі з витримкою, прокрастинацією або схильністю до імпульсивних дій, які можуть заважати сталому дотриманню здоров'язберігальних звичок.

Аналіз результатів за схемою «Пошук схвалення» показав, що 41,1% респондентів зі здоров'язберігальною поведінкою мають низький рівень її вираженості. Це свідчить про те, що для менш ніж половини опитаних не є характерною залежністю від зовнішньої оцінки або надмірним прагненням отримати визнання від інших. У 28,8% учасників виявлено середній рівень, що може свідчити про помірну потребу в соціальному схваленні, яка, однак, не є провідним мотивом поведінки. Водночас досить значна частка респондентів (30,1%) продемонструвала високий рівень схеми, що вказує на наявність тенденції орієнтуватися на думку оточення та шукати затвердження власної цінності через зовнішню підтримку. Така залежність може потенційно знижувати автентичність поведінки та впливати на сталість здоров'язберігальних установок, якщо вони реалізуються переважно задля соціального схвалення.

Аналіз показників за схемою «Негативізм» свідчить, що більшість респондентів зі здоров'язберігальною поведінкою (56,2%) має низький рівень її вираженості. Це свідчить про те, що в більшості опитаних не спостерігається сталого фокусування на негативних аспектах життя, перебільшення труднощів або постійного очікування несприятливих подій. Такий емоційний настрій створює умови для збереження оптимізму, стресостійкості та формування здорових моделей поведінки. У 31,5% осіб виявлено середній рівень прояву цієї схеми, що може свідчити про певну схильність до критичного сприйняття реальності або підвищену настороженість, яка, однак, не домінує. Лише 11,5% респондентів демонструють високий рівень негативізму, що свідчить про відносно низьке поширення песимістичних або тривожних установок у досліджуваній вибірці.

Результати за схемою «Пунітивність» показують, що більшість респондентів (83,5%) має низький рівень вираженості цієї схеми, що свідчить про відсутність схильності до надмірної самокритики

або жорстоких вимог до себе. Така тенденція може сприяти розвитку здорових психологічних установок, оскільки люди з низьким рівнем пунітивності менш схильні до самозвинувачень і вигорання. Виявлений середній рівень пунітивності в 9,6% учасників може свідчити про періодичні труднощі з прийняттям себе в умовах невдач чи помилок, однак ці прояви не мають домінуючого характеру. Лише 6,9% респондентів продемонстрували високий рівень пунітивності, що вказує на наявність деякої схильності до надмірної самокритики та внутрішнього покарання за власні недоліки.

Аналіз домінантних ранніх дезадаптивних схем у людей зі здоров'язберігальною поведінкою (за методикою Дж. Янга) показав, що більшість респондентів демонструє низькі рівні вираженості більшості схем мислення, що свідчить про здатність до адаптації, здорового ставлення до себе та конструктивної взаємодії з оточенням.

Зокрема, висока частка осіб (більше 80%) показала низький рівень вираженості схем, як-от *дефективність, невдача, залежність, вразливість і пунітивність*, що свідчить про наявність здорової самооцінки, адекватного сприйняття себе і свого оточення, а також спроможність до самоконтролю й емоційної стабільності.

Однак певна частина респондентів продемонструвала середній і високий рівні деяких схем, зокрема *пошуку схвалення, недовіри та жорстких вимог до себе*. Це може свідчити про наявність певних внутрішніх конфліктів або схильності до самооцінки через призму зовнішніх факторів, що може впливати на стійкість здоров'язберігальної поведінки в умовах стресу чи соціальних змін.

Загалом, отримані результати показують, що більшість осіб зі здоров'язберігальною поведінкою здатна підтримувати адаптивні психологічні установки, що сприяють збереженню та зміцненню фізичного й психічного здоров'я. Однак для деяких осіб необхідно працювати над зниженням рівня певних дезадаптивних схем, як-от *пошук схвалення чи жорсткі вимоги до себе*, щоб зміцнити їхню стресостійкість і забезпечити довготривалу ефективність здоров'язберігальної поведінки.

Аналіз даних кореляційного аналізу демонструє наявність статистично значущих позитивних зв'язків між адаптивними можливостями осіб зі здоров'язберігальною поведінкою та низкою ранніх дезадаптивних стратегій поведінки. В усіх випадках $p < 0,001-0,002$, що підтверджує статистичну значущість зв'язку. Це вказує на те, що отримані показники кореляції не є випадковими, а відображають реальні зв'язки між дезадаптивними схемами і здоров'язберігальною поведінкою.

Найсильніші кореляційні зв'язки виявлено для схем, що стосуються внутрішнього відчуття дефективності, невдачі, залежності, де коефіцієнти кореляції перевищують 0,67, що свідчить про

їх вагомий вплив на зниження адаптивних можливостей. Статистично значущі зв'язки вказують на комплексний характер впливу ранніх дезадаптивних стратегій, зокрема таких як покинутість, соціальна ізоляція, вразливість, нерозвите «Я», нестача самоконтролю, покірність та негативізм, де коефіцієнти кореляції перевищують 0,56.

Решта ранніх дезадаптивних стратегій має низький рівень кореляційного взаємозв'язку. Це свідчить про те, що ці схеми не є настільки пов'язаними з адаптивними можливостями, але вони все одно можуть впливати на поведінку, що сприяє збереженню здоров'я.

Висновки. Переважання низьких рівнів вираженості ключових дезадаптивних схем (у межах від 53,4% до 89%) серед більшості учасників свідчить про те, що респонденти мають сформовані адаптивні установки, стабільну самооцінку, позитивне сприйняття себе та оточення, а також базове відчуття безпеки й автономії. Це створює сприятливий психологічний ґрунт для формування та підтримки здоров'язберігальної поведінки, що, своєю чергою, може бути ефективною стратегією профілактики психосоматичних розладів і збереження загального психофізичного благополуччя.

Так, отримані результати дають змогу припустити, що саме низький рівень дезадаптивних схем мислення є важливим чинником у формуванні конструктивної, відповідальної та свідомої поведінки щодо збереження і зміцнення здоров'я. Емоційна стабільність, здатність до самосприйняття, самостійність в ухваленні рішень та довіра до інших людей можуть розглядатися як ключові психологічні умови, що сприяють формуванню і підтриманню здоров'язберігальної поведінки.

Кореляційний аналіз підтвердив важливість дезадаптивних схем у розвитку адаптивних можливостей, пов'язаних зі здоров'язберігальною поведінкою. Зокрема, надто виражені схеми, як-от *дефективність, невдача, залежність, перебувають у тісному зв'язку з адаптивними стратегіями здоров'я*, що вказує на важливість урахування цих аспектів при розробці підходів до підтримки здоров'я та стресостійкості в осіб з різними психологічними схемами.

Такий аналіз підкреслює необхідність інтеграції психологічних стратегій у програми підтримки здоров'я для кращого розуміння взаємозв'язків між особистісними рисами та здатністю до збереження здоров'я.

Перспективи подальших досліджень полягають у більш глибокому аналізі окремих ранніх дезадаптивних схем поведінки та їх зв'язку з конкретними аспектами здоров'язберігальної поведінки, а також у застосуванні змішаних методів дослідження для кращого розуміння внутрішніх психологічних механізмів впливу цих схем на ставлення до здоров'я.

Список літератури

1. Овчарук В. Здоров'я, здоров'язбереження та здоров'язберігаюча компетентність у контексті поглядів вітчизняних та зарубіжних вчених. *Порівняльна професійна педагогіка*. 2018. № 8 (4). С. 98–105.
2. Ежова О. О. Теоретичні аспекти формування ціннісного ставлення до здоров'я крізь призму моделей поведінки особистості. Матеріали XII міжнародної науково-практичної конференції "Адаптаційні можливості дітей та молоді". Одеса, 2018. С. 67–70.
3. Большакова А., Перевозна Т., Віденєєв І. До питання дослідження місця цінності здоров'я в системі ціннісних орієнтацій особистості. *Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Серія Психологія*. 2021. № 71. С. 7–14.
4. Мілашовська В., Любінець О. Оцінка власного здоров'я та інформованість про здоров'язбережувальну поведінку. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2023. № 1. С. 20–26.
5. Чепурко Г., Соболев А. Стратегії та моделі формування здорового способу життя в контексті здоров'язберігальної поведінки. *Grail of Science*. 2023. № 32. С. 222–230.
6. Руденко А. І., Войчишин О. О. Психологічні чинники та умови формування здоров'язбережувальної поведінки сучасної молоді. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2024. № 1. С. 132–138.
7. Сердюк Л. З., Шамич О. М. Самодетермінація особистості як психологічна основа її самореалізації. *Актуальні проблеми психології*. 2017. Т. 13. № 6. С. 164–173.

References

1. Ovcharuk, V. (2018). Zdorov'ya, zdorov'yazberezhennya ta zdorov'yazberihayucha kompetentnist' u konteksti pohlyadiv vitchyznyanykh ta zarubizhnykh vchenykh [Health, health preservation and health-preserving competence in the context of the views of domestic and foreign scientists]. *Porivnyal'na profesijna pedahohika*, 8(4), 98–105 [in Ukrainian].
2. Yezhova, O.O. (2018). Teoretychni aspekty formuvannya tsinnisnoho stavlennya do zdorov'ya kriz' pryzmu modeley povedinky osobystosti [Theoretical aspects of the formation of value attitudes towards health through the prism of personality behavior models]. *Adaptatsiyni mozhlyvosti ditey ta molodi: materialy KHII mizhnarodnoyi naukovo-praktychnoyi konferentsiyi* [Adaptive Capabilities of Children and Youth : materials of the XII International Scientific and Practical Conference]. Odessa [in Ukrainian].
3. Bol'shakova, A., Perevozna, T., Videnyeyev, I. (2021). Do pytannya doslidzhennya mistysya tsinnosti zdorov'ya v systemi tsinnisnykh oriyentatsiy osobystosti [On the issue of researching the place of health values in the system of value orientations of the individual]. *Visnyk Kharkivs'koho natsional'noho universytetu im. V.N. Karazina. Seriya Psykholohiya*, 71, 7–14 [in Ukrainian].
4. Milashov'ska, V., Lyubinet's', O. (2023). Otsinka vlasnoho zdorov'ya ta informovanist' pro zdorov'yazberezhuvall'nu povedinku [Assessment of one's own health and awareness of health-preserving behavior]. *Visnyk sotsial'noyi hihiyeny ta orhanizatsiyi okhorony zdorov'ya Ukrayiny*, 1, 20–26 [in Ukrainian].
5. Chepurko, H., Sobolyev, A. (2023). Stratehiyi ta modeli formuvannya zdorovoho sposobu zhyttya v konteksti zdorov'yazberihayuchoyi povedinky [Strategies and models of forming a healthy lifestyle in the context of health-preserving behavior]. *Grail of Science*, 32, 222–230 [in Ukrainian].
6. Rudenok, A.I., Voychyshyn, O.O. (2024). Psykholohichni chynnyky ta umovy formuvannya zdorov'yazberezhuvall'noyi povedinky suchasnoyi molodi [Psychological factors and conditions for the formation of health-preserving behavior of modern youth]. *Naukovi zapysky. Seriya: Psykholohiya*, 1, 132–138 [in Ukrainian].
7. Serdyuk, L.Z., Shamykh, O.M. (2017). Samodeterminatsiya osobystosti yak psykholohichna osnova yiyi samorealizatsiyi [Self-determination of the individual as a psychological basis for its self-realization]. *Aktual'ni problemy psykholohiyi*, 13, 6, 164–173 [in Ukrainian].

ASSESSING THE POTENTIAL IMPACT OF EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS ON ADULT HEALTH-SAVING BEHAVIOR

V. L. Smirnova, N. Ya. Panchyshyn, S. M. Ivaniv

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Purpose: assessment of the possible impact of early maladaptive cognitive models formed in childhood on the formation of health-saving practices in adults.

Materials and Methods. The methods of correlation and regression analysis, analytical and systematic approaches were used to process and interpret the data. J. Young's methodology for interpreting data on the impact of early maladaptive schemas on the level of health-saving behavior was also used. A total of 73 clinical hospital nurses were randomly selected.

Results. The study found that individuals who adhere to health-saving behavior are characterized by a low expression of early maladaptive cognitive schemas. The least pronounced schemas were emotional deprivation, failure, social isolation, defectiveness, dependence, vulnerability, underdeveloped self, submissiveness, and punitiveness. This indicates a low tendency of respondents to form stable negative beliefs about themselves, interpersonal relationships, and the world in general.

Thus, it can be argued that psychological maturity, emotional stability, and positive self-perception are important psychological characteristics of people who lead a health-saving lifestyle.

Conclusions. The prevalence of low levels of key maladaptive schemes (from 53.4% to 89%) among the majority of participants indicates formed adaptive attitudes, a positive perception of themselves and others, stable self-esteem, and a basic sense of security and autonomy. This creates a favorable psychological basis for the formation of health-saving behavior and the prevention of psychosomatic disorders.

The correlation analysis confirmed a pronounced relationship between certain maladaptive schemes (including deficits, failure, addiction, etc.) and adaptive health strategies, which emphasizes the feasibility of including psychological approaches in programs to support psychophysical well-being.

KEY WORDS: health-saving behavior; early maladaptive schemes; children; adults.

Рукопис надійшов до редакції 18.04.2025

Відомості про авторів:

Смірнова Валентина Леонідівна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7473-9826>.

Панчишин Наталія Ярославівна – кандидатка медичних наук, доцентка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5786-3083>.

Іванів Софія Миколаївна – здобувачка вищої освіти 2 року навчання за спеціальністю «Громадське здоров'я» медичного факультету Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України.

Електронна адреса для листування: smirnova@tdmu.edu.ua