

<https://doi.org/10.28925/2664-2069.2022.29>

УДК 613:796/799]:159.922.62

ЗВ'ЯЗОК ОСОБИСТІСНОЇ ЗРІЛОСТІ ЛЮДИНИ ЗІ СПОСОБОМ ЖИТТЯ

Савченко Валентин^{ACDF}, Харченко Галина^{BDE}, Омері Ірина^{BDE},
Неведомська Євгенія^{BDE}, Тимчик Олеся^{BDE}, Буряк Ольга^{BDE},
Яценко Світлана^{BDE}, Погребняк Юлія^{BDE}

*Київський університет імені Бориса Грінченка,
м. Київ, Україна*

Внесок автора:

A – концепція та дизайн дослідження; B – збір даних;
C – аналіз і інтерпретація даних; D – написання статті;
E – редагування статті; F – остаточне затвердження статті

Анотація

Вступ. В останні десятиліття досліджується вплив духовності на здоров'я людини. На цей час є дані про наявність зв'язку між духовністю / релігійністю та способом життя людини. Проте ці дані не завжди є однозначними і зрозумілими, часто носять суперечливий характер.

Мета — встановити зв'язок особистісної зрілості людини зі способом життя.

Матеріал і методи. 560 осіб, чоловіки — 301 (53.75%), жінки — 269 (46.25%). Середній вік обстежених — 35.00 ± 17.75 (95% довірливий інтервал: 33.52–36.47) років. Для встановлення рівнів особистісної зрілості проведено опитування за Хосе Стивенсом (Jose Stevens). Рівні особистісної зрілості людини вважалися рівнями духовного розвитку (низький, середньонизький, середньовисокий, високий, недиференційований та комбінований). Спосіб життя оцінювали на основі даних про фізичну активність на роботі / навчанні та у побуті, регулярність та активність на відпочинку / під час розваг, проведення свого вільного часу, вживання алкоголю, ставлення до тютюнопаління, регулярність харчування.

Результати. У 53.39% (299/560) обстежених осіб виявлені високі, а у 35.54% (199/560) — низькі, включаючи недиференційований, рівні особистісної зрілості. Встановлено сприятливу залежність рівня особистісної / духовної зрілості людини з декотрими складовими способу життя, що виявляється у його прямому зв'язку з наявністю фізичної активності під час відпочинку / розваг та зворотного зв'язку з вживанням алкоголю та палінням тютюну. Такі складові способу життя, як виконання регулярних фізичних навантажень на роботі / навчанні та в побуті, форми проведення вільного часу та організація власного харчування зворотно пов'язані з рівнем особистісної / духовної зрілості людини, що протирічить існуючим уявленням про сприятливий зв'язок цих складових способу життя людини з рівнем її духовності.

Висновки. Між особистісною / духовною зрілістю людини та способом життя існує істотний зв'язок. Високі рівні духовності сприяють фізичній активності під час відпочинку / розваг, зменшенню вживання алкоголю та паління тютюну.

Ключові слова: особистість, зрілість, духовність, здоров'я, спосіб життя, зв'язок.

RELATIONSHIP BETWEEN PERSONAL MATURITY OF MAN AND LIFESTYLE

Savchenko Valentyn, Kharchenko Halyna, Omeri Iryna,
Nevedomsjka Jevgenija, Tymchyk Olesia, Buriak Olga,
Yatsenko Svitlana, Pogrebnyak Yuliya

Borys Grinchenko Kyiv University, Kyiv, Ukraine

Abstract

Introduction. In recent decades, the influence of spirituality on human health has been researched. Currently, there are the data on relationship between spirituality/religiosity and lifestyle of man too. However, these data are not always unambiguous and understandable, and they often have a contradictory character, which requires further research of this scientific problem.

Aim is to establish the relationship between personal maturity of man and lifestyle.

Material and methods. 560 persons, men — 301 (53.75%), women — 269 (46.25%). Average age of examined persons — 35.00 ± 17.75 (95% confidence interval: 33.52–36.47) years. To determine the levels of personal maturity, a survey was conducted by method of Jose Stevens. Using the levels of maturity proposed by the author («baby», «kid», «teenager», «young man» and «adult»), the low, medium-low, medium-high, high, undifferentiated and combined levels of personal maturity were formed, which were considered stages of spiritual development of an individual. To characterize the lifestyle of the examined persons, the data on their physical activity in office, at the place of study and at home, regularity and activity on vacation / during outdoor games, spending their leisure time, alcohol consumption, attitude towards tobacco smoking, regularity of meals were collected through a survey.

Results. 53.39% (299/560) of the examined persons showed high, and 35.54% (199/560) — low level, including the undifferentiated one, of personal maturity. A favorable dependence of the level of personal / spiritual maturity of man with some components of lifestyle was established, which is manifested in its direct correlation with the presence of physical activities on vacation / during outdoor games and inverse correlation with alcohol consumption and tobacco smoking. Lifestyle components such as performing regular physical exercises in office, at the place of study and at home, forms of spending leisure-time and keeping a proper diet are inversely related to the level of personal/spiritual maturity of an individual, which contradicts existing concepts of a favorable relationship between these components of the lifestyle of an individual and the level of his/her spirituality.

Conclusions. There is a significant relationship between spiritual maturity of man and lifestyle. High levels of spirituality promote to physical activities on vacation / during outdoor games, reducing alcohol consumption and tobacco smoking.

Key words: individual, maturity, spirituality, health, lifestyle, relationship.

Вступ

Здоров'я людини є багатокомпонентним явищем. Згідно визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, одним із компонентів здоров'я є душевне (духовне) благополуччя [6].

В останні десятиліття досліджується вплив духовності на здоров'я людини. Під час вивчення духовності та її зв'язку зі здоров'ям потрібно розрізняти духовність від релігійності [3, 27].

В десятках емпіричних досліджень вивчено зв'язок як духовності, так і релігійності з різноманітними показниками функціонування людини [14, 2], тривалістю життя [19], виникненням та розвитком серцево-судинних [15] і легеневих захворювань [2, 9, 10], онкологічних хвороб [9, 24], деменції [17], інвалідності тощо [19].

Про причинний вплив духовності / релігійності на здоров'я людини вказано у відомій роботі Oman, Syme (2018), в якій наведено аналіз більше сотні мета-аналітичних та системних оглядів [18]. Автори вказують, що в більшості випадків духовність / релігійність пов'язана з кращим здоров'ям, хоча існують і негативні асоціації.

Також є відомості про наявність зв'язку між духовністю / релігійністю та способом життя людини.

Здебільшого під способом життя розуміється стійка типова форма

життєдіяльності особистості, яка сформована під впливом релігійних, соціальних, правових, політичних, ідеологічних, культурних факторів, конкретних історичних обставин у країні, менталітету народу, впливу зовнішніх обставин та інших факторів [1].

Satoshi Tsuboi et al. (2011) аналізуючи дані, що впливають на стан здоров'я людини (фізична активність, відповідальність за здоров'я, духовне зростання, міжособистісні стосунки, харчування та управління стресом), побудували кластерні моделі та показали, що кластер, який включає показники ментального здоров'я, займає третє місце за значимістю у формуванні стану здоров'я [23].

У дослідженні Linardakis et al. (2015) вивчено взаємозв'язок релігійних та духовних вірувань дорослих європейців (50 років і старше) із поведінковими факторами ризику.

Регресійним аналізом показано негативний зв'язок поведінкових факторів ризику з релігійним віруванням (рівнем релігійної освіти) та з частотою використання молитви [13].

Silfee et al. (2017) встановили сильний негативний зв'язок між духовністю та сидячим способом життя. Автори підкреслили, що «вища духовність» у дорослих пов'язана із збільшенням шансів займатися фізичними

навантаженнями [25].

Pokhrel et al. (2012) дослідили вплив духовності та розуміння цінності здоров'я підлітків (середній вік досліджених становив 15,7 років) на паління тютюну та вживання алкоголю протягом останнього місяця. Автори встановили значну зворотну залежність між розумінням цінності здоров'я та недавнім палінням сигарет і вживанням алкоголю [20].

Про сильний взаємозв'язок між способом життя, що сприяє здоров'ю, та аспектами духовного зростання і вмінням управляти стресом у молодих людей (середній вік учасників дослідження становив 21 рік) вказали Tol et al. (2013) [26].

У дослідженні Rodríguez et al. (2018) встановлено, що рівень духовності сприяє тому, що дорослі люди, які страждають алкоголізмом, не вживають алкогольних напоїв у процесі лікування від алкогольної залежності [21].

У систематичному огляді літератури Cordero, Rodriguez (2018) показали прямий зв'язок між рівнем релігійності й здоровою поведінкою в цілому, а також формуванням «захисного» стилю життя обстежених при появі захворювань [7].

Це підтвердили Janssen-Niemeijer et al. (2017), систематичних огляд літератури яких показав, що духовність пов'язана з самоуправлінням, тобто формуванням певного способу життя, пацієнтів з хронічними захворюваннями органів кровообігу [12].

Наведені на цей час результати наукових досліджень про зв'язок духовності / релігійності зі здоров'ям не завжди є однозначними і

зрозумілими, часто носять суперечливий характер [22]. Тому це питання потребує подальшого вивчення.

Оскільки духовність є багатогранним явищем і виявляє собою внутрішній розвиток людини, то вивчення духовності та її зв'язку зі здоров'ям можливе шляхом застосування різноманітних опитувальників, які відображають рівень внутрішнього розвитку (зрілості) людини як особистості [3, 4, 5].

Гіпотезою дослідження було ствердження того, що спосіб життя людини суттєво пов'язаний з рівнем особистісної зрілості.

Мета дослідження

Мета дослідження — встановити зв'язок особистісної зрілості людини зі способом життя.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано у рамках науково-дослідної роботи кафедри терапії та ерготерапії Факультету здоров'я, фізичного виховання і спорту Київського столичного університету імені Бориса Грінченка на тему: «Критерії оцінки функціонального стану та ефективності фізичної терапії осіб з хворобами і травмами опорно-рухової та нервової систем (на основі Міжнародної класифікації функціонування)». Державний реєстраційний номер: 0118U001228.

Матеріал і методи дослідження

Учасники дослідження. Дослідження проведено серед пацієнтів із хронічними хворобами та наслідками травм, що потребували

медичної реабілітації в стаціонарі, а також серед студентів гуманітарного університету, які за лікарськими висновками були здоровими людьми.

До критеріїв включення в дослідження належали: вік обстежених від 17 до 75 років включно; пацієнти з наявністю будь-якого хронічного захворювання чи травмами з наслідками для здоров'я; молоді люди, студенти гуманітарного університету, які не мали хронічних хвороб чи травм із наслідками для здоров'я.

Усього відібрано та обстежено 560 осіб, з них: чоловіків — 301 (53.75%), жінок — 269 (46.25%). Середній вік обстежених становив ($M \pm S$) 35.00 ± 17.75 (95% довірливий інтервал: 33.52–36.47) років.

За віковими періодами обстежені розподілились у такий спосіб: менше 20 років — 145 (25.89%), 20-29 років — 143 (25.54%), 30-39 років — 59 (10.54%), 40-49 років — 84 (15.00%), 50-59 років — 53 (9.46%), 60-69 років — 48 (8.57%), 70-79 років — 26 (4.64%). Усього 337 пацієнтів (60.18%), 223 студенти (39.82%).

Усі обстежені надали інформовану згоду на участь у дослідженні. Дослідження повністю відповідає принципам Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження».

Організація (дизайн) та методи дослідження.

Проведено одноцентрове проспективне одномоментне вибіркове обсерваційне дослідження.

Дослідження реалізовано

протягом 2018-2020 років.

Обстеження відібраних осіб проводилося за їхньої згоди шляхом опитування та вимірювання антропометричних і функціональних показників.

Опитування проводилося однократно у формі надання відповідей на питання спеціальних анкет у присутності дослідника.

Рівень особистісної зрілості вивчено за Хосе Стивенсом (Jose Stevens) (2019). Використали його тест в російськомовній та україномовній версіях [5].

Тест дозволяє встановити рівень зрілості особистості, зокрема рівень зрілості свідомості та самосвідомості, які можна вважати складниками духовності людини.

Тест передбачає надання відповідей на 75 питань опитувальника. Відповіді «Так» надавався 1 бал.

Питання групувались по п'ятих шкалах (в одній шкалі 15 питань), кожна з яких відповідала одному із рівнів (стадій) особистісної зрілості людини: «немовля», «малюк», «дитина», «підліток/юнак» і «дорослий».

Рівнем особистісної зрілості вважався той, за яким було набрано найбільшу кількість балів.

Рівень вважався сформованим, якщо за його шкалою було набрано 10 і більше балів. Якщо жоден із рівнів не набирав такої кількості балів, то особистісна зрілість вважалася недиференційованою.

У випадках одночасного формування декількох рівнів особистісної зрілості (однакові суми балів за декількома шкалами) робився висновок про їх комбінацію.

Для характеристики способу життя обстежених шляхом опитування збиралися дані про такі показники:

– фізична активність на роботі / навчанні (варіанти відповіді: значна (робота / навчання, що потребують постійної або часткової фізичної активності); незначна (малорухома робота / навчання); майже відсутня (робота / навчання без фізичної активності));

– фізична активність у побуті (варіанти відповіді: регулярні (кожний день) повноцінні фізичні заняття (декілька видів, або декілька разів на день); регулярні (кожний день) неповноцінні фізичні заняття (один вид, або один раз на день); нерегулярні фізичні заняття (2-3 рази на тиждень), інколи займаюся фізичними заняттями (1 раз на тиждень); взагалі не займаюся);

– регулярність відпочинку / розваг (варіанти відповіді: відпочиваю регулярно; останнім часом відпочиваю нерегулярно; минулий рік не відпочивав);

– активність відпочинку / розваг (варіанти відповіді: відпочиваю / розважаюся фізично активно; відпочиваю / розважаюся фізично пасивно);

– проведення свого вільного часу (варіанти відповіді: вільного часу майже немає; вільний час проводжу будь-як залежно від ситуації; вільний час приділяю переважно іншим, зрідка собі; вільний час приділяю переважно собі).

Про шкідливі звички обстежених судили за такими питаннями:

– регулярність вживання будь-якого алкогольного напою (варіанти

відповіді: не вживаю; зараз ні, раніше вживав зрідка (1 раз на тиждень); зараз ні, раніше вживав часто; зараз ні, але раніше вживав постійно; вживаю зрідка (1 раз на тиждень і рідше); вживаю часто (2-3 рази на тиждень); вживаю постійно, майже щоденно);

– ставлення до тютюнопаління (варіанти відповіді: ніколи не палив; раніше палив, зараз ні; живу в сім'ї, де палять у моїй присутності; раніше палив багато, зараз мало; постійно палю).

Особливості харчування обстежених встановлено шляхом аналізу відповідей на питання про регулярність харчування (варіанти відповіді: дотримуюся індивідуального режиму харчування; регулярне (3-4 рази на день) харчування; нерегулярне (як доведеться) харчування).

Обстеження досліджених та наступна робота передбачали знеособлення одержаних матеріалів.

Статистичний аналіз. Розмір вибірки попередньо не розраховували.

Статистична характеристика вибірки надана шляхом знаходження середнього арифметичного (M) та його стандартного відхилення (S).

У вибірках обчислювали абсолютні та відносні частоти досліджуваних показників.

Якісні бінарні показники вибірок порівнювали шляхом перевірки нульової гіпотези про рівність часток, виражених у відсотках, порядкові величини — обчисленням критерію відповідності хі-квадрат (χ^2) Пірсона з поправкою Йетса.

Зв'язок між досліджуваними

показниками встановлювали шляхом побудови таблиць спряженості (кросстабуляції), за аналізом яких робився висновок про асоціацію досліджуваних ознак.

Критерієм достовірності статистичних оцінок служив рівень значущості з вказівкою ймовірності помилково відхилити нульову гіпотезу (p), за пороговий рівень взято значення 0,05.

Оброблення даних дослідження виконувалася за допомогою програмного продукту SPSS Statistics Base (фірма IBM, США).

Результати дослідження та їх обговорення

За Хосе Стивенсом у більшості обстежених виявлено рівень особистісної зрілості «дорослий» — 25.71% (144/560). Найменша кількість обстежених мали рівень «немовля» — 3.21% (18/560).

Майже п'ята частина обстежених мали різні комбінації рівнів особистісної зрілості — 20.18% (113/560). Серед останніх комбінація низьких рівнів особистісної зрілості («немовля», «малюк», «дитина») виявлена у 141, високих рівнів («підліток/юнак», «дорослий») — у 35 та різнонаправлених рівнів — у 64 обстежених з 560.

Щоб використати для подальшого аналізу комбіновані висновки про особистісну зрілість не в одній сукупності, а за окремими градаціями, а також враховуючи малу кількість деяких висновків про особистісну зрілість («немовля», «малюк»), проведено об'єднання споріднених за суттю рівнів та створено нові висновки про

особистісну зрілість:

✚ недиференційований рівень — 74 (13.21%) обстежених;

✚ низький рівень («немовля» + «малюк») — 56 (10.00%) обстежених;

✚ середньонизький рівень («дитина» + комбінація «дитина» та «підліток/юнак») — 69 (12.32%) обстежених;

✚ середньовисокий рівень («підліток/юнак» + комбінація «підліток/юнак» і «дорослий») — 155 (27.68%) обстежених;

✚ високий рівень («дорослий») — 144 (25.71%) обстежених;

✚ різнокомбінований рівень (одночасна комбінація низьких і високих рівнів зрілості) — 62 (11.07%) обстежених.

В цілому можна зауважити, що сформовані високі рівні особистісної зрілості («підліток/юнак» + «дорослий» + комбінація «підліток/юнак» і «дорослий») становили половину обстежених — 53.39% (299/560), а низькі рівні («немовля» + «малюк» + «дитина» + комбінація «дитина» та «підліток/юнак»), включаючи і недиференційований — третину обстежених: 35.54% (199/560).

Під час аналізу взаємозв'язку між особистісною зрілістю обстежених та фізичною активністю на роботі / навчанні виявлено найбільшу кількість середньовисокого рівня зрілості у осіб, у яких фізична активність була майже відсутньою — 39.22% (20/51), що в порівнянні з особами з малорухомою роботою / навчанням було статистично значуще більше — 21.37% (25/117) ($p < 0.05$) (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл рівнів особистісної зрілості обстежених залежно від фізичної активності на роботі / навчанні ($\chi^2 = 2.43$, $p=0.2567$)

Рівні зрілості	Фізична активність на роботі / навчанні					
	Значна (постійний рух на роботі / навчанні) (n=337)		Незначна (малорухома робота / навчання) (n=117)		Майже відсутня (n=51)	
	n	%	n	%	n	%
Недиференційований	42	12.46	15	12.82	7	13.73
Низький	28	8.31	16	13.68	5	9.80
Середньонизький	44	13.06	13	11.11	7	13.73
Середньовисокий	95	28.19	25	21.37	20	39.22
Високий	82	24.33	36	30.77	9	17.65
Різнокombінований	46	13.65	12	10.26	3	5.88

Розподіл рівнів особистісної зрілості обстежених залежно від фізичної активності у побуті подано в табл. 2.

Зв'язку між цими показниками не встановлено.

Таблиця 2

Розподіл рівнів особистісної зрілості обстежених залежно від фізичної активності у побуті ($\chi^2 = 22.64$, $p=0.3063$)

Рівні зрілості	Фізична активність у побуті									
	Регулярні повноцінні фізичні заняття (n=174)		Регулярні неповноцінні фізичні заняття (n=92)		Нерегулярні фізичні заняття (n=137)		Інколи займають фізичними заняттями (n=100)		Взагалі не займають (n=50)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Недиференційований	22	12.64	11	11.96	17	12.41	15	15.00	8	16.00
Низький	15	8.62	6	6.52	11	8.03	17	17.00	6	12.00
Середньонизький	29	16.67	9	9.78	17	12.41	7	7.00	6	12.00
Середньовисокий	42	24.14	28	30.43	46	33.58	27	27.00	10	20.00
Високий	47	27.01	24	26.09	34	24.82	26	26.00	11	22.00
Різнокombінований	19	10.92	14	15.22	12	8.76	8	8.00	9	18.00

Розподіл рівнів зрілості суттєво залежав від розподілу градацій регулярності відпочинку / розваг обстежених (табл. 3).

Так, низький рівень зрілості в більшій кількості виявлявся у осіб, які за минулий рік не відпочивали — 26.67% (16/60), а в меншій кількості — у осіб, які відпочивали регулярно — 5.58% (14/251) ($p<0.001$) та які відпочивали останнім часом

нерегулярно — 10.29% (25/243) ($p<0.01$).

Середньонизький рівень зрілості притаманний переважно особам, які відпочивали регулярно — 17.93% (45/251), і менше тим особам, які відпочивали останнім часом нерегулярно — 7.82% (19/243) ($p<0.01$).

Середньовисокий рівень зрілості частіше реєструвався у осіб,

які відпочивали останнім часом нерегулярно — 32.51% (79/243), що статистично значуще менше в

порівнянні з особами, які за минулий рік не відпочивали — 16.67% (10/60) ($p < 0.01$).

Таблиця 3

Розподіл рівнів особистісної зрілості обстежених залежно від регулярності відпочинку / розваг ($\chi^2 = 39.48, p = 0.00002$)

Рівні зрілості	Регулярність відпочинку / розваг					
	Відпочиваю регулярно (n=251)		Останнім часом відпочиваю нерегулярно (n=243)		Минулий рік не відпочивав (n=60)	
	n	%	n	%	n	%
Недиференційований	33	13.15	32	13.17	8	13.33
Низький	14	5.58	25	10.29	16	26.67
Середньонизький	45	17.93	19	7.82	5	8.33
Середньовисокий	65	25.90	79	32.51	10	16.67
Високий	66	26.29	63	25.93	12	20.00
Різномкомбінований	28	11.16	25	10.29	9	15.00

У осіб, які відпочивали / розважалися фізично пасивно, частіше реєструвався середньонизький рівень зрілості — 16.67% (31/186), що було суттєво більше, ніж у осіб, які відпочивали / розважалися фізично активно — 4.86% (16/329) ($p < 0.001$).

В свою чергу, особам, які відпочивали / розважалися фізично активно, частіше притаманний середньовисокий рівень зрілості — 31.91% (105/329), що було значно більше в порівнянні з особами, які відпочивали / розважалися фізично пасивно — 21.51% (40/186) ($p < 0.01$) (табл. 4).

Таблиця 4

Розподіл рівнів особистісної зрілості обстежених залежно від фізичної активності на відпочинку та під час розваг ($\chi^2 = 29.77, p = 0.00001$)

Рівні зрілості	Відпочиваю / розважаюся фізично активно (n=329)		Відпочиваю / розважаюся фізично пасивно (n=186)	
	n	%	n	%
Недиференційований	45	13.68	20	10.75
Низький	16	4.86	31	16.67
Середньонизький	50	15.20	16	8.60
Середньовисокий	105	31.91	40	21.51
Високий	79	24.01	57	30.65
Різномкомбінований	34	10.33	22	11.83

Вивчення зв'язку між особистісною зрілістю обстежених і особливостями проведення ними свого вільного часу показало

наявність найбільшої кількості середньонизького рівня зрілості у осіб, які вільний час приділяли переважно собі — 20.00% (13/65), що

суттєво переважало в порівнянні з кількістю цього рівня зрілості у осіб, у яких вільного часу майже не було — 9.17% (10/109) ($p < 0.05$).

Поряд із цим, середньовисокий рівень зрілості частіше виявлявся у

осіб, які проводили вільний час будь-як в залежності від ситуації — 31.55% (100/317), а найрідше — у осіб, які вільний час приділяли переважно собі — 18.46% (12/65) ($p < 0.05$) (табл. 5).

Таблиця 5

Розподіл рівнів особистісної зрілості обстежених залежно від особливостей проведення вільного часу ($\chi^2 = 23.77$, $p = 0.0689$)

Рівні зрілості	Проведення свого вільного часу							
	Вільного часу майже немає (n=109)		Проводжу будь-як в залежності від ситуації (n=317)		Вільний час приділяю переважно іншим, зрідка собі (n=67)		Вільний час приділяю переважно собі (n=65)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Недиференційований	15	13.76	43	13.56	8	11.94	8	12.31
Низький	10	9.17	26	8.20	9	13.43	10	15.38
Середньонизький	10	9.17	37	11.67	9	13.43	13	20.00
Середньовисокий	28	25.69	100	31.55	15	22.39	12	18.46
Високий	31	28.44	85	26.81	12	17.91	15	23.08
Різнокombінований	15	13.76	26	8.20	14	20.90	7	10.77

Для аналізу спряженості між рівнями зрілості обстежених та регулярністю вживання будь-якого алкогольного напою не враховували осіб, які надали відповіді про вживання алкоголю «зараз ні, але раніше вживав постійно» та «вживаю постійно, майже щоденно» із-за їх малої кількості (табл. 6).

Серед обстежених, які зараз алкоголь вживають часто, виявлена найбільша кількість недиференційованого рівня зрілості — 24.32% (9/37), що статистично значуще більше, ніж у осіб, які зараз алкоголь не вживають, але раніше вживали зрідка — 10.67% (24/225) ($p < 0.05$).

Низький рівень зрілості частіше визначався у осіб, які зараз алкоголь не вживають, але раніше вживали часто — 21.31% (13/61), що значно більше в порівнянні з

особами, які зараз алкоголь не вживають — 3.57% (1/29) ($p < 0.05$), зараз алкоголь не вживають, але раніше вживали зрідка — 10.67% (24/225) ($p < 0.05$), вживають алкоголь зрідка — 9.58% (16/167) ($p < 0.05$) та вживають алкоголь часто — 5.41% (2/37) ($p < 0.05$).

Середньонизький рівень зрілості у більшій кількості реєструвався у осіб, які зараз алкоголь не вживають, але раніше вживали зрідка — 15.11% (34/225), що суттєво відрізняється від осіб, які вживають алкоголь часто — 2.70% (1/37) ($p < 0.05$).

Найбільша кількість середньовисокого рівня зрілості притаманна особам, які зараз алкоголь не вживають — 50.00% (14/28), що значно переважає кількість цього рівня зрілості у осіб, які зараз алкоголь не вживають, але

раніше вживали зрідка — 24.44% (55/225) ($p < 0.01$), зараз алкоголь не вживають, але раніше вживали часто — 19.67% (12/61) ($p < 0.01$) та які вживали алкоголь зрідка — 27.54% (46/167) ($p < 0.05$).

Нарешті, високий рівень зрілості в більшій кількості був притаманний особам, які вживали алкоголь зрідка — 29.34% (49/167), а найменша кількість — особам, які зараз алкоголь не вживають — 10.71% (3/28) ($p < 0.05$).

Обстеженим, які раніше палили тютюн багато, а зараз мало, характерна найбільша кількість низького рівня особистісної зрілості — 20.00% (10/50), що статистично значуще більше, ніж у обстежених, які ніколи не палили тютюн — 8.59% (25/291) ($p < 0.05$).

Середньовисокий рівень зрілості притаманний здебільшого особам, які жили в сім'ях, де палили тютюн в їх присутності — 39.29% (11/28), це значуще більше в порівнянні з особами, які раніше палили тютюн багато, а зараз мало — 18.00% (9/50) ($p < 0.05$).

Найбільша кількість високого рівня зрілості виявлена у обстежених, які раніше палили тютюн, а зараз його не палять — 30.11% (28/93) та які раніше палили тютюн багато, а зараз мало — 30.00% (15/50), що відрізняється від осіб, які жили в сім'ях, де палили тютюн в їх присутності — 10.71% (3/28) ($p < 0.05$ для першого випадку; $t = 1.9397$, $p > 0.05$ — для другого випадку) (табл. 7).

Таблиця 6

Розподіл рівнів особистісної зрілості обстежених залежно від регулярності вживання будь-якого алкогольного напою ($\chi^2 = 42.27$, $p = 0.0678$)

Рівні зрілості	Регулярність вживання будь-якого алкогольного напою													
	Не вживаю (n=28)		Зараз ні, раніше вживав зрідка (n=225)		Зараз ні, раніше вживав часто (n=61)		Зараз ні, але раніше вживав постійно (n=14)		Вживаю зрідка (1 раз на тиждень і рідше) (n=167)		Вживаю часто (2-3 рази на тиждень) (n=37)		Вживаю постійно, майже щоденно (n=9)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Недиференційований	3	10.71	24	10.67	10	16.39	4	28.57	22	13.17	9	24.32	1	11.11
Низький	1	3.57	24	10.67	13	21.31	0	0	16	9.58	2	5.41	0	0
Середньонизький	4	14.29	34	15.11	9	14.75	2	14.29	19	11.38	1	2.70	0	0
Середньовисокий	14	50.00	55	24.44	12	19.67	4	28.57	46	27.54	11	29.73	5	55.56
Високий	3	10.71	60	26.67	10	16.39	2	14.29	49	29.34	10	27.03	2	22.22
Різномкомбінований	3	10.71	28	12.44	7	11.48	2	14.29	15	8.98	4	10.81	1	11.11

Таблиця 7

Розподіл рівнів особистісної зрілості обстежених залежно від їх ставлення до тютюнопаління ($\chi^2 = 19.29, p=0.5029$)

Рівні зрілості	Ставлення до куріння									
	Ніколи не кутив (n=291)		Раніше кутив, зараз ні (n=93)		Живу в сім'ї, де курять у моїй присутності (n=28)		Раніше кутив багато, зараз мало (n=50)		Постійно курю (n=95)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Недиференційований	32	11.00	15	16.13	5	17.86	7	14.00	15	15.79
Низький	25	8.59	9	9.68	2	7.14	10	20.00	9	9.47
Середньонизький	41	14.09	9	9.68	3	10.71	4	8.00	12	12.63
Середньовисокий	85	29.21	21	22.58	11	39.29	9	18.00	28	29.47
Високий	76	26.12	28	30.11	3	10.71	15	30.00	21	22.11
Різнокombінований	32	11.00	11	11.83	4	14.29	5	10.00	10	10.53

Встановлено наявність спряженості між особистісною зрілістю обстежених та регулярністю їх харчування (табл. 8). Це виявилось у переважанні середньонизького рівня зрілості у осіб, які дотримувалися індивідуального режиму харчування — 21.95% (18/82), що було більше, ніж у осіб, які харчувались нерегулярно, як

доведеться — 7.43% (15/202) ($p<0.01$).

Середньовисокий рівень зрілості частіше реєструвався у осіб, які харчувались нерегулярно, як доведеться — 33.17% (67/202), що було більше в порівнянні з особами, які дотримувалися індивідуального режиму харчування — 15.85% (13/82) ($p<0.01$).

Таблиця 8

Розподіл рівнів особистісної зрілості обстежених залежно від регулярності харчування ($\chi^2 = 21.41, p=0.0183$)

Рівні зрілості	Регулярність харчування					
	Дотримуюся індивідуального режиму (n=82)		3-4 рази на день (n=272)		Як доведеться (n=202)	
	n	%	n	%	n	%
Недиференційований	9	10.98	38	13.97	25	12.38
Низький	9	10.98	29	10.66	18	8.91
Середньонизький	18	21.95	36	13.24	15	7.43
Середньовисокий	13	15.85	75	27.57	67	33.17
Високий	19	23.17	69	25.37	55	27.23
Різнокombінований	14	17.07	25	9.19	22	10.89

Дискусія

Узагальнюючи одержані результати, можна стверджувати, що серед обстежених хворих та здорових людей переважали високі рівні особистісної зрілості («високий» та «середньовисокий» в сумі становили половину обстежених — 53.39% (299/560)), а низькі рівні, включаючи і недиференційований, склали більше третини — 35.54% (199/560) — обстежених.

Під час вивчення зв'язку особистісної зрілості обстежених з їх способом життя встановлені наступні закономірності:

- найбільша кількість середньовисокого рівня особистісної зрілості притаманна особам, у яких фізична активність на роботі / навчанні майже відсутня;

- найбільша кількість низького рівня особистісної зрілості реєструється у осіб, які за минулий рік не відпочивали, а найменша кількість — у осіб, які відпочивали регулярно;

- середньовисокий рівень особистісної зрілості частіше виявляється у осіб, які відпочивали / розважались фізично активно, що не притаманно особам, які відпочивали / розважались фізично пасивно;

- найбільша кількість середньовисокого рівня особистісної зрілості притаманна особам, які проводять вільний час будь-як в залежності від ситуації, а найменша його кількість — особам, які вільний час приділяють переважно собі;

- найбільша кількість середньовисокого рівня особистісної зрілості притаманна особам, які зараз алкоголь не вживають;

- найбільша кількість високого рівня зрілості виявляється у осіб, які раніше палили тютюн, а зараз його не палять та які раніше палили тютюн багато, а зараз палять мало;

- середньовисокий рівень особистісної зрілості частіше реєструється у осіб, які харчуються нерегулярно, як доведеться.

Отже, можна стверджувати, що люди з високими рівнями особистісної зрілості зазвичай відпочивають / розважаються фізично активно, не вживають алкоголь, раніше палили тютюн, а зараз його не палять або палять мало.

Це вказує на сприятливий зв'язок цих складових способу життя з рівнем духовного розвитку людини, тобто, чим вище рівень духовності, тим більше такій людині притаманні чинники способу життя, що сприяють здоров'ю.

Ці результати нашого дослідження доповнюють висновки інших авторів, які стверджують про наявність прямого зв'язку духовності / релігійності зі складовими способу життя людини з тими, що сприяють здоров'ю, зворотного — з тими, що шкодять здоров'ю.

Встановлений нами факт того, що люди з високими рівнями особистісної зрілості / духовності не вживають алкоголь, стали менше палити тютюн, відповідають результатам дослідження Holt et al. (2014), які повідомили про прямий зв'язок рівня релігійності зі зниженням вживання алкоголю і куріння серед афроамериканців у США [11].

Про такий же факт серед іммігрантів першого покоління польського походження, які

проживають у Німеччині, сповістили Morawa & Erim (2018) [16]. Про те, що релігійність виступає як захисний фактор щодо значного споживання алкоголю у молоді Великої Британії, вказали El Ansari et al. (2014) [8].

З іншого боку, у людей с високими рівнями особистісної зрілості фізична активність на роботі / навчанні майже відсутня, вони проводять вільний час будь-як в залежності від ситуації та харчуються нерегулярно, як доведеться.

Також не встановлено зв'язку особистісної зрілості з фізичною активністю у побуті. Тобто рівень духовного розвитку людини не впливає на виконання регулярних фізичних навантажень на роботі / навчанні та в побуті, форми проведення вільного часу та організацію власного харчування.

Ці результати нашого дослідження вказують на зворотній зв'язок декотрих складових способу життя з рівнем духовного розвитку людини, що протирічить існуючим твердженням про прямий зв'язок рівня духовності з організацією в цілому здорового способу життя [23].

Наприклад, Silfee et al. (2017) вказали на наявність значного зворотного зв'язку між духовністю та «сидячою» життєвою поведінкою [25], а в нашому випадку встановлено зворотний зв'язок рівня духовності з фізичною активністю на роботі / навчанні та в побуті.

Висновки

1. Серед обстежених хворих і здорових людей переважають високі рівні особистісної / духовної зрілості — 53.39% (299/560). Низькі рівні, включаючи недиференційований, особистісної / духовної зрілості реєструються в 35.54% (199/560) випадків.

2. Встановлено сприятливу залежність рівня особистісної / духовної зрілості людини з декотрими складовими способу життя, що виявляється у його прямому зв'язку з наявністю фізичної активності під час відпочинку / розваг та зворотного зв'язку з вживанням алкоголю та палінням тютюну.

3. Такі складові способу життя, як виконання регулярних фізичних навантажень на роботі / навчанні та в побуті, форми проведення вільного часу та організація власного харчування зворотно пов'язані з рівнем особистісної / духовної зрілості людини, що протирічить існуючим уявленням про сприятливий зв'язок цих складових способу життя людини з рівнем її духовності.

Перспективи подальших досліджень.

У подальшому доцільно дослідити зв'язок особистісної / духовної зрілості людини з її фізичним, соціальним і психічним станом / здоров'ям.

Література:

1. Єжова О. До питання трактування понять педагогіки здоров'я. *Рідна школа*. 2017; №1-2 (січень-лютий):23-26.
2. Савченко В, Буряк О, Харченко Г, Полковенко О, Омері І, Яценко С. Стан духовного здоров'я хворих людей та його зв'язок з медичними висновками про соматичне здоров'я на курорті. *Спортивна наука та здоров'я людини*. 2019; 1(2): 95-106.
3. Савченко В, Харченко Г, Буряк О, Омері І, Неведомська Є, Тимчик О, Яценко С, Погребняк Ю. Особистісна зрілість людини та її зв'язок з інтегральними висновками про функціональний стан кардіо-респіраторної системи. *Спортивна наука та здоров'я людини*. 2022;1(7):80-97. DOI: 10.28925/2664-2069.2022.17.
4. Савченко В, Харченко Г, Буряк О, Омері І, Неведомська Є, Тимчик О, Яценко С, Білецька В, Ясько Л. Рівні особистісної зрілості студентів гуманітарного університету. *Спортивна наука та здоров'я людини*. 2020; 1(3):100-114. DOI: 10.28925/2664-2069.2020.1.8.
5. Стівенс Хосе. Приборкай своїх драконів. Як перетворити недоліки на переваги. Переклад з англ. Харків: Клуб сімейного дозвілля, 2019. 462 с.
6. Устав (Конституція) Всемирной организации здравоохранения. Нью-Йорк, 1946 [Интернет]. 2006 [цитировано 2021 Апрель 20]. Доступно на: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf.
7. Cordero RD, Rodriguez MG. La influencia de la religiosidad en la salud: el caso de los hábitos saludables/no saludables [The influence of religiosity on health: the case of healthy/unhealthy habits]. *Cultura de los cuidados*. 2018;22(52):167-177. DOI 10.14198/cuid.2018.52.15.
8. El Ansari W, Sebena R, Stock C. Do Importance of Religious Faith and Healthy Lifestyle Modify the Relationships

References:

1. Yezhova O. One the issue of interpretation of the concepts of health pedagogy. *Ridna shkola*. 2017; №1-2 (January-February):23-26. Ukrainian
2. Savchenko V, Buriak O, Kharchenko G, Polkovenko O, Omeri I, Yatsenko S. The spiritual health state of the ill and its connection to the medical conclusions on somatic health at the health resort. *Sport Science and Human Health*. 2019; 1(2): 91-101. Ukrainian
3. Savchenko V, Kharchenko H, Buriak O, Omeri I, Nevedomsjka J, Tymchyk O, Yatsenko S, Pogrebnyak Y. Human personal maturity and its relationship to integral conclusions about the functional state of the cardio-respiratory system. *Sport Science and Human Health*. 2022; 1(7):80-97. DOI: 10.28925/2664-2069.2022.17. Ukrainian
4. Savchenko V, Kharchenko H, Buriak O, Omeri I, Nevedomsjka J, Tymchyk O, Yatsenko S, Biletska V, Yasko L. Levels of personal maturity among the students of humanitarian university. *Sport Science and Human Health*. 2020; 1(3):100-114. DOI: 10.28925/2664-2069.2020.1.8. Ukrainian
5. Stevens J. Transforming Your Dragons: How to Turn Fear Patterns into Personal Power. Translation from english. Kharkiv: Klub simeynoho dozvillia; 2019. 462 p. Ukrainian
6. Constitution of the World Health Organization. New York, 1946 [Internet]. 2006 [cited 2011 April 20]. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf. Russian
7. Cordero RD, Rodriguez MG. La influencia de la religiosidad en la salud: el caso de los hábitos saludables/no saludables [The influence of religiosity on health: the case of healthy/unhealthy habits]. *Cultura de los cuidados*. 2018;22(52):167-177. DOI 10.14198/cuid.2018.52.15.
8. El Ansari W, Sebena R, Stock C. Do Importance of Religious Faith and Healthy Lifestyle Modify the Relationships

- Between Depressive Symptoms and Four Indicators of Alcohol Consumption? A Survey of Students Across Seven Universities in England, Wales, and Northern Ireland. *Substance use & Misuse*. 2014;61(5):534-541. DOI 10.3109/10826084.2013.824476.
9. Heidari J, Jafari H, Janbabaie G. Life quality related to spiritual health and factors affecting it in patients afflicted by digestive system metastatic cancer. *Mater Sociomed*. 2015 Oct;27(5):310-3. DOI: 10.5455/msm.2015.27.310-313. Epub 2015 Oct 5.
10. Helvacı A, Izgu N, Ozdemir L. Relationship between symptom burden, medication adherence and spiritual well-being in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs*. 2020 Jul;29(13-14):2388-2396. DOI: 10.1111/jocn.15251. Epub 2020 Apr 13.
11. Holt CL₂, Clark EM₂, Roth DL₂. Positive and Negative Religious Beliefs Explaining the Religion-Health Connection Among African Americans. *International journal for the psychology of religion*. 2014; 24(4): 311-331. DOI 10.1080/10508619.2013.828993.
12. Janssen-Niemeijer AJ, Visse M, Van Leeuwen R, Leget C, Cusveller BS. The Role of Spirituality in Lifestyle Changing Among Patients with Chronic Cardiovascular Diseases: A Literature Review of Qualitative Studies. *J Relig Health*. 2017; 56:1460–1477. DOI: 10.1007/s10943-017-0384-2.
13. Linardakis M, Papadaki A, Smpokos E, Sarri K, Vozikaki M, Philalithis A. Are religiosity and prayer use related with multiple behavioural risk factors for chronic diseases in European adults aged 50+ years? *Public Health*. 2015 May;129(5):436-43. DOI: 10.1016/j.puhe.2015.02.006.
14. Litalien M, Atari DO, Obasi I. The Influence of Religiosity and Spirituality on Health in Canada: A Systematic Literature Review. *J Relig Health*. 2021 Jan 6. DOI: 10.1007/s10943-020-01148-8. Online ahead
- Between Depressive Symptoms and Four Indicators of Alcohol Consumption? A Survey of Students Across Seven Universities in England, Wales, and Northern Ireland. *Substance use & Misuse*. 2014;61(5):534-541. DOI 10.3109/10826084.2013.824476.
9. Heidari J, Jafari H, Janbabaie G. Life quality related to spiritual health and factors affecting it in patients afflicted by digestive system metastatic cancer. *Mater Sociomed*. 2015 Oct;27(5):310-3. DOI: 10.5455/msm.2015.27.310-313. Epub 2015 Oct 5.
10. Helvacı A, Izgu N, Ozdemir L. Relationship between symptom burden, medication adherence and spiritual well-being in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs*. 2020 Jul;29(13-14):2388-2396. DOI: 10.1111/jocn.15251. Epub 2020 Apr 13.
11. Holt CL₂, Clark EM₂, Roth DL₂. Positive and Negative Religious Beliefs Explaining the Religion-Health Connection Among African Americans. *International journal for the psychology of religion*. 2014; 24(4): 311-331. DOI 10.1080/10508619.2013.828993.
12. Janssen-Niemeijer AJ, Visse M, Van Leeuwen R, Leget C, Cusveller BS. The Role of Spirituality in Lifestyle Changing Among Patients with Chronic Cardiovascular Diseases: A Literature Review of Qualitative Studies. *J Relig Health*. 2017; 56: 1460–1477. DOI: 10.1007/s10943-017-0384-2.
13. Linardakis M, Papadaki A, Smpokos E, Sarri K, Vozikaki M, Philalithis A. Are religiosity and prayer use related with multiple behavioural risk factors for chronic diseases in European adults aged 50+ years? *Public Health*. 2015 May;129(5):436-43. DOI: 10.1016/j.puhe.2015.02.006.
14. Litalien M, Atari DO, Obasi I. The Influence of Religiosity and Spirituality on Health in Canada: A Systematic Literature Review. *J Relig Health*. 2021 Jan 6. DOI: 10.1007/s10943-020-01148-8. Online ahead

- of print.
15. Lucchese FA, Koenig HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Revista brasileira de cirurgia cardiovascular: orgao oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*. 2013;28,1:103-28. DOI:10.5935/1678-9741.20130015.
 16. Morawa E, Erim Y. Health-Related Lifestyle Behavior and Religiosity among First-Generation Immigrants of Polish Origin in Germany. *International journal of environmental research and public health*. 2018; 15(11): Article number 2545. DOI 10.3390/ijerph15112545.
 17. Mukaetova-Ladinska EB, Purshouse K, Andrade J, Krishnan M, Jagger C, Kalaria RN. Can healthy lifestyle modify risk factors for dementia? Findings from a pilot community-based survey in Chennai (India) and Newcastle (UK). *Neuroepidemiology*. 2012;39(3-4):163-70. DOI: 10.1159/000338674. Epub 2012 Aug 30.
 18. Oman D, Syme SL. Weighing the evidence: What is revealed by 100+ meta-analyses and systematic reviews of religion/spirituality and health? In D. Oman (Ed.), *Why religion and spirituality matter for public health: Evidence, implications, and resources*. 2018: 261–281. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73966-3_15.
 19. Oman D. Religious / Spiritual Effects on Physical Morbidity and Mortality. Why religion and spirituality matter for public health: evidence, implications, and resources. Book Series: Religion Spirituality and Health-A Social Scientific Approach. Volume: 2. Pages: 65-79. Published: 2018.
 20. Pokhrel P, Masagutov R, Kniazev V, Sussman S. Health-as-a-value, spirituality, and cigarette and alcohol use among Russian high school students. *J Prim Prev*. 2012 Dec;33(5-6):239-48. DOI: 10.1007/s10935-012-0284-x.
- of print.
15. Lucchese FA, Koenig HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Revista brasileira de cirurgia cardiovascular: orgao oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*. 2013;28,1:103-28. DOI:10.5935/1678-9741.20130015.
 16. Morawa E, Erim Y. Health-Related Lifestyle Behavior and Religiosity among First-Generation Immigrants of Polish Origin in Germany. *International journal of environmental research and public health*. 2018; 15(11): Article number 2545. DOI 10.3390/ijerph15112545.
 17. Mukaetova-Ladinska EB, Purshouse K, Andrade J, Krishnan M, Jagger C, Kalaria RN. Can healthy lifestyle modify risk factors for dementia? Findings from a pilot community-based survey in Chennai (India) and Newcastle (UK). *Neuroepidemiology*. 2012;39(3-4):163-70. DOI: 10.1159/000338674. Epub 2012 Aug 30.
 18. Oman D, Syme SL. Weighing the evidence: What is revealed by 100+ meta-analyses and systematic reviews of religion/spirituality and health? In D. Oman (Ed.), *Why religion and spirituality matter for public health: Evidence, implications, and resources*. 2018: 261–281. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73966-3_15.
 19. Oman D. Religious / Spiritual Effects on Physical Morbidity and Mortality. Why religion and spirituality matter for public health: evidence, implications, and resources. Book Series: Religion Spirituality and Health-A Social Scientific Approach. Volume: 2. Pages: 65-79. Published: 2018.
 20. Pokhrel P, Masagutov R, Kniazev V, Sussman S. Health-as-a-value, spirituality, and cigarette and alcohol use among Russian high school students. *J Prim Prev*. 2012 Dec;33(5-6):239-48. DOI: 10.1007/s10935-012-0284-x.

21. Rodríguez LA, Villa F, Hernández EK, Castillo RA, Gómez DA, Navarro EIP. Factors Associated with Not Drinking Alcoholic Beverages in Dependent Individuals on Recovery. *Invest Educ Enferm.* 2018 Sep;36(3). DOI: 10.17533/udea.iee.v36n3e07.
22. Rosmarin DH, Wachholtz A, Ai A. Beyond descriptive research: advancing the study of spirituality and health. *J Behav Med.* 2011 dec;34(6):409-13. DOI: 10.1007/s10865-011-9370-4. Epub 2011 jul 13.
23. Satoshi Tsuboi, Takehito Hayakawa, Hideyuki Kanda, Tetsuhito Fukushima. Physical activity in the context of clustering patterns of health-promoting behaviors. *Am J Health Promot.* Jul-Aug 2011;25(6):410-6. DOI: 10.4278/ajhp.090720-QUAN-232.
24. Schreiber JA, Brockopp DY. Twenty-five years later-what do we know about religion/spirituality and psychological well-being among breast cancer survivors? A systematic review. *J Cancer Surviv.* 2012 Mar;6(1):82-94. DOI: 10.1007/s11764-011-0193-7. Epub 2011 Dec 25.
25. Silfee VJ, Haughton CF, Lemon SC, Lora V, Rosal MC. Spirituality and Physical Activity and Sedentary Behavior among Latino Men and Women in Massachusetts. *Ethn Dis.* 2017 Jan 19;27(1):3-10. DOI: 10.18865/ed.27.1.3.
26. Tol A, Tavassoli E, Shariferad GR, Shojaezadeh D. Health-promoting lifestyle and quality of life among undergraduate students at school of health, Isfahan university of medical sciences. *J Educ Health Promot.* 2013 Feb 28;2:11. DOI: 10.4103/2277-9531.108006. eCollection 2013.
27. Williams BR, Holt CL, Le D, Shultz E. Characterizing Change in Religious and Spiritual Identity among a National Sample of African American Adults. *J Relig Spiritual Aging.* 2015; 27(4): 343–357. DOI: 10.1080/15528030.2015.1073208.
21. Rodríguez LA, Villa F, Hernández EK, Castillo RA, Gómez DA, Navarro EIP. Factors Associated with Not Drinking Alcoholic Beverages in Dependent Individuals on Recovery. *Invest Educ Enferm.* 2018 Sep;36(3). DOI: 10.17533/udea.iee.v36n3e07.
22. Rosmarin DH, Wachholtz A, Ai A. Beyond descriptive research: advancing the study of spirituality and health. *J Behav Med.* 2011 dec;34(6):409-13. DOI: 10.1007/s10865-011-9370-4. Epub 2011 jul 13.
23. Satoshi Tsuboi, Takehito Hayakawa, Hideyuki Kanda, Tetsuhito Fukushima. Physical activity in the context of clustering patterns of health-promoting behaviors. *Am J Health Promot.* Jul-Aug 2011;25(6):410-6. DOI: 10.4278/ajhp.090720-QUAN-232.
24. Schreiber JA, Brockopp DY. Twenty-five years later-what do we know about religion/spirituality and psychological well-being among breast cancer survivors? A systematic review. *J Cancer Surviv.* 2012 Mar;6(1):82-94. DOI: 10.1007/s11764-011-0193-7. Epub 2011 Dec 25.
25. Silfee VJ, Haughton CF, Lemon SC, Lora V, Rosal MC. Spirituality and Physical Activity and Sedentary Behavior among Latino Men and Women in Massachusetts. *Ethn Dis.* 2017 Jan 19;27(1):3-10. DOI: 10.18865/ed.27.1.3.
26. Tol A, Tavassoli E, Shariferad GR, Shojaezadeh D. Health-promoting lifestyle and quality of life among undergraduate students at school of health, Isfahan university of medical sciences. *J Educ Health Promot.* 2013 Feb 28;2:11. DOI: 10.4103/2277-9531.108006. eCollection 2013.
27. Williams BR, Holt CL, Le D, Shultz E. Characterizing Change in Religious and Spiritual Identity among a National Sample of African American Adults. *J Relig Spiritual Aging.* 2015; 27(4): 343–357. DOI: 10.1080/15528030.2015.1073208.

Автори засвідчують про відсутність конфлікту інтересів.

Інформація про авторів:

Савченко Валентин Михайлович
доктор медичних наук, професор
завідувач кафедри фізичної реабілітації
та біокінезіології,
Київський університет імені Бориса
Грінченка, м. Київ, Україна
ORCID: 0000-0002-8483-9748
E-mail: v.savchenko@kubg.edu.ua

Харченко Галина Дмитрівна
кандидат наук з фізичного виховання і
спорту, доцент
кафедри фізичної реабілітації та
біокінезіології,
Київський університет імені Бориса
Грінченка, м. Київ, Україна
ORCID: 0000-0002-9281-7338
E-mail: h.kharchenko@kubg.edu.ua

Омері Ірина Дмитрівна
кандидат біологічних наук, доцент
кафедри фізичної реабілітації та
біокінезіології,
Київський університет імені Бориса
Грінченка, м. Київ, Україна
ORCID: 0000-0001-6773-4146
E-mail: i.omeri@kubg.edu.ua

Неведомська Євгенія Олексіївна
кандидат педагогічних наук, доцент
кафедри фізичної реабілітації та
біокінезіології,
Київський університет імені Бориса
Грінченка, м. Київ, Україна
ORCID: 0000-0002-7450-3562
E-mail: y.nevedomska@kubg.edu.ua

Тимчик Олеся Володимирівна
кандидат біологічних наук, доцент
кафедри фізичної реабілітації та
біокінезіології,
Київський університет імені Бориса
Грінченка, м. Київ, Україна
ORCID: 0000-0002-8283-9348
E-mail: o.tymchuk@kubg.edu.ua

Буряк Ольга Юрівна
старший викладач
кафедри фізичної реабілітації та
біокінезіології,
Київський університет імені Бориса
Грінченка, м. Київ, Україна
ORCID: 0000-0001-7074-5743
E-mail: o.buriak@kubg.edu.ua

Яценко Світлана Петрівна
старший викладач
кафедри фізичної реабілітації та
біокінезіології,
Київський університет імені Бориса
Грінченка, м. Київ, Україна
ORCID: 0000-0001-8609-0120
E-mail: s.yatsenko@kubg.edu.ua

Погребняк Юлія Миколаївна
старший викладач
кафедри фізичної реабілітації та
біокінезіології,
Київський університет імені Бориса
Грінченка, м. Київ, Україна
ORCID: 0000-0002-7450-3562
E-mail: y.pohrebniak@kubg.edu.ua

Отримано: 11.07.2022

Прийнято: 16.08.2022

Опубліковано: 21.09.2022

Савченко Валентин, Харченко Галина, Омері Ірина, Неведомська Євгенія, Тимчик Олеся, Буряк Ольга, Яценко Світлана, Погребняк Юлія. Зв'язок особистісної зрілості людини зі способом життя. *Спортивна наука та здоров'я людини*. 2022;2(8):119-137. DOI: 10.28925/2664-2069.2022.29