МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

**Горенко Г.Є.**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Особливості ставлення до здоровʼя осіб з різним соціальним статусом**

Сєвєродонецьк

2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

#  Факультет гуманітрних наук, психології та педагогіки

 (повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

 (повна назва кафедри)

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

**освітньо-кваліфікаційного рівня** \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_227 – Фізична терапія, ерготерапія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (шифр і назва напряму підготовки)

на тему: «Особливості ставлення до здоровʼя осіб з різним соціальним статусом»

Виконала: студентка групи ЗЛ-16з Горенко Г.Є.

Керівник: д. психол. н., проф. Тоба М.В.

Завідувач кафедри здоров´я людини

та фізичного виховання:

к. психол. н., доц. Завацький Ю.А.

Рецензент: д. мед. н., проф. Зєльоний І.І.

Сєвєродонецьк – 2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

#  Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

 (повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

 (повна назва кафедри)

освітньо-кваліфікаційного рівня \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки 227 – Фізична терапія, ерготерапія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (шифр і назва напряму підготовки)

# ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри**

**здоров´я людини**

**та фізичного виховання**

**доц. Завацький Ю.А.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“26” березня 2020\_року

## З А В Д А Н Н Я

### НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА

**Горенко Ганни Євгенівни**

## Тема роботи: «Особливості ставлення до здоровʼя осіб з різним соціальним статусом»

## Керівник роботи Тоба Маріанна Василіна, д. психол. н., проф.

 ( прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від “26” березня 2020 р. № 51/15.22

2. Строк подання студентом роботи\_\_\_05.06.2020 р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи* *– 88 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури – 99 дж.*

*4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукові джерела з особливостей ставлення до здоровʼя осіб з різним соціальним статусом; підібрати діагностичний інструментарій згідно вивчення особливостей ставлення до здоровʼя осіб з різним соціальним статусом; на основі проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо корекції ставлення до здоровʼя осіб з різним соціальним статусом.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників): *таблиці – 4.*

**6. Консультанти розділів роботи:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада Консультанта | Підпис, дата |
| Завдання видав | Завданняприйняв |
| 1. | Тоба М.В. – д.психол.н., проф. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |
| 2. | Тоба М.В. – д.психол.н., проф. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |

7. Дата видачі завдання 26.03.2020 р**.**

#### **КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№****з/п** | **Назва етапів**  | **Строк виконання етапів** | Примітка |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану випускної кваліфікаційної роботи бакалавра | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 5 | Розробка рекомендацій щодо корекції ставлення до здоровʼя осіб з різним соціальним статусом. | 05.2020 р. | 05.2020 р. |
| 6 | Підготовка випускної кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту та її захист  | 06.2020 р. | 06.2020 р. |

**Студентка Горенко Г.Є.**

**Керівник роботи проф. Тоба М.В.**

**РЕФЕРАТ**

Текст – 88 с., табл. – 4, джерел – 99

В роботі розкрито теоретико-методологічні засади дослідження особливостей ставлення до здоровʼя осіб з різним соціальним статусом, розглянуті особливостей ставлення до здоровʼя осіб з різним соціальним статусом та сучасні підходи до корекції ставлення до здоровʼя осіб з різним соціальним статусом.

Проведено констатувальний експеримент з метою дослідження особливостей ставлення до здоровʼя осіб з різним соціальним статусом.

Розроблено практичні рекомендації щодо корекції ставлення до здоровʼя осіб з різним соціальним статусом.

**Ключові слова:** ЗДОРОВʼЯ, ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, СОЦІАЛЬНИЙ СТАТУС, СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВʼЯ, КОРЕКЦІЯ.

**ЗМІСТ**

ВСТУП …………………………………………………………………………….7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ’Я….……………..............................................................................10

* 1. Теоретичний аналіз проблеми ставлення до здоров’я……………..…...10

1.2. Суб’єктивні чинники ставлення до здоров’я…………………………....21

1.3. Соціально-економічний статус у системі детермінант ставлення до здоров’я…………………………………………………………………………..25

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ’Я ОСІБ З РІЗНИМ соціальним СТАТУСОМ………………………………………………...................................33

* 1. Методичні засади, організація вибірки та процедура дослідження особливостей ставлення до здоров’я…………………………….……………..33
	2. Особливості ставлення до здоров’я в контексті прояву його компонентів у осіб з різним соціальним статусом…………………………….48

2.3. Організація дослідження можливостей корекції негативного прояву особливостей ставлення до здоров’я осіб з різним соціальним статусом.......59

ВИСНОВКИ ……………………………………………………………………..76

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ………………………………………79

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** Зростання соціально-економічної нерівності, нестабільність на ринку праці, зниження якості життя, схильність до наслідування соціально-небезпечних патернів поведінки роблять молодь однією з найбільш уразливих соціальних категорій населення в контексті збереження здоров’я, що актуалізує необхідність дослідження соціально-психологічних особливостей ставлення до здоров’я в залежності від соціального статусу.

У сучасних дослідженнях ставлення до здоров’я вивчається в загальнопсихологічному та віковому аспектах як багаторівнева категорія, що представлена когнітивною, емоційною та поведінковою складовою (О. Богучарова, О. Воднєва, Ю. Давигора, С. Дерябо, В. Кабаєва, М. Кондратьєв, В. М’ясищев, Г. Нікіфоров, Л. Овчиннікова, Л. Панченко, В. Соломонов та ін.).

Залежність здоров’я та ставлення до нього від рівня економічної диференціації суспільства підкреслено в соціологічних (Є. Головаха, Е. Лібанова, Н. Тихонова, Н. Русинова, О. Шиняєва) та соціально-психологічних (О. Васильєва, Л. Коробка, А. Крюгер, К. Муздибаєв, Г. Нікіфоров, Н. Родіна, Ф. Шерегі та ін.) дослідженнях, у яких наголошується, що економічний чинник набуває пріоритетного значення у вивченні здоров’я та ставлення до нього в різних соціальних групах.

Проблема вивчається у зв’язку із трансформаційними процесами суспільства (І. Лелекіна); соціальною мобільністю та зайнятістю молоді (O. Асмолов, Т. Заславська, І. Кон, А. Кравченко, А. Радугін, Є. Шиянов та інші); у контексті значення молоді як соціального ресурсу для розвитку суспільства та причин трансформації її економічного статусу, зокрема: кризи цінностей, послаблення фізичного та психологічного здоров’я, що проявляється у відчуженому ставленні до нього (П. Ламанов, Є. Добришина та ін.).

Проте й досі бракує ґрунтовного розкриття саме соціально-психологічних особливостей ставлення до здоров’я молоді, яка має різний економічний статус для визначення шляхів збереження і зміцнення її здоров’я.

**Об’єкт дослідження** – ставлення до здоров’я.

**Предмет дослідження** – особливості ставлення до здоров’я осіб з різним соціальним статусом.

**Мета дослідження** – визначити особливості ставлення до здоров’я осіб з різним соціальним статусом та можливості корекції їх негативного прояву.

**Завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз вітчизняних і зарубіжних досліджень проблеми ставлення до здоров’я в сучасній науці для визначення особливостей ставлення до здоров’я осіб з різним соціальним статусом.

2. Обґрунтувати методичні засади та розробити процедуру дослідження особливостей ставлення до здоров’я осіб з різним соціальним статусом.

3. Розкрити специфіку прояву компонентів та визначити особливості ставлення до здоров’я осіб з різним соціальним статусом.

4. Визначити можливість і напрямок корекції негативного прояву особливостей ставлення до здоров’я осіб з низьким і високим соціальним статусом.

**Методи дослідження.** Для розв’язання поставлених завдань використано систему загальнонаукових методів теоретичного та емпіричного дослідження:

1) теоретичні: аналіз та узагальнення отриманої інформації із проблеми дослідження – для з’ясування стану розробленості предмету дослідження; систематизація та інтерпретація зібраних даних – для визначення особливостей ставлення до здоров’я осіб з різним соціальним статусом, а також впливу об’єктивних і суб’єктивних складових статусу на здоров’я;

2) емпіричні: спостереження, асоціативний експеримент та тестування; опитувальник ставлення до здоров’я Р. Березовської – для вияву рівня прояву компонентів ставлення до здоров’я, опитувальник задоволеності якістю життя Н. Водоп’янової, опитувальник локусу контролю у сфері здоров’я К. Уоллстон та Б. Уоллстон, ціннісний опитувальник Ш. Шварца, опитувальник суб’єктивного економічного благополуччя В. Хащенка – для визначення суб’єктивної складової економічного статусу, шкалу самооцінки доходу – для з’ясування об’єктивної складової економічного статусу. Використано контент-аналіз, методику прототипічного та категоріального аналізу – для виявлення структури та змісту уявлення про здоров’я.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у можливості їх використання при розробці програм щодо формування здорового способу життя; при наданні допомоги соціально незахищеній молоді, спрямованої на підвищення її самоефективності в зміцненні здоров’я; при створенні сприятливих умов для збереження здоров’я.

Використаний у роботі діагностичний інструментарій може становити методичну основу подальших досліджень ставлення до здоров’я.

**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ’Я**

* 1. **Теоретичний аналіз проблеми ставлення до здоров’я**

Завдання зберегти здоров’я молоді є нагальним та пріоритетним для розвитку українського суспільства, адже від цього залежить майбутнє країни, її процвітання та благополуччя. Усвідомлення здоров’я як безперечної цінності, яка має важливе значення для соціального та індивідуального розвитку, детермінує побудову суспільного та особистісного простору на засадах збереження здоров’я. Відсутність розуміння необхідності конструювати свій життєвий світ та простір на основі справжніх цінностей, із яких здоров’я є чи не найважливішою, ставитися до здоров’я як до ресурсу, призводить до його часткової втрати або нівелювання, що на сьогодні проявляється в культі тіла та штучної краси, моді на різноманітні псевдоцінності. Усі ці проблеми диктують необхідність дослідження ставлення до здоров’я по-новому, з урахуванням актуальної соціальної дійсності, потреб молоді, зміни її уявлень про здоров’я, про себе та навколишній світ.

На сьогодні проблематика здоров’я розробляється в межах різних наукових дисциплін та напрямів психології, що призводить до виникнення широкого кола підходів у його трактуванні, визначенні характеристик, чинників формування й трансформації.

Систематизація накопичених доробків дозволяє згрупувати концептуальні підходи до розуміння проблем здоров’я відповідно до дисциплінарної належності і визначити такі групи: загальнонаукові, загальнопсихологічні та специфічні для соціальної психології підходи. О. Васильєва та Ф. Філатов [28] розрізняють найбільш поширені методологічні платформи, у контекстіяких розглядається «здоров’я». Подамо їх перелік та коротко розкриємо їхній зміст:

1. *Нормоцентричний* підхід, з позиції якого здоров’я трактується як сукупність середньостатистичних норм сприйняття, мислення, емоційних реакцій і поведінки в поєднанні з нормальним показником соматичного стану людини (М. Амосов [3; 4], І. Ільїн [57], К. Хабібуллін та ін.).
2. *Феноменологічний* підхід, у межах якого проблеми здоров’я мають фундаментальний та цілковито індивідуальний характер, представляють унікальний «спосіб буття у світі». Здоров’я входять до складу суб’єктивної картини світу особи та аналізується тільки в її контексті (Л. Бінсвангер [20], А. Ленгле [79] та ін.).
3. *Кроскультурний* підхід підкреслює соціокультурну обумовленість здоров’я. Відповідно до цього підходу характеристики здоров’я відносні та детерміновані соціальними, культурними обставинами життя, специфікою образу життя певної нації (Д. Мацумото [87] та ін.).
4. *Дискурсивний* підхід, відповідно до якого здоров’я досліджується як продукт певного дискурсу через аналіз системи уявлень про нього, які віддзеркалюють соціальну та психічну реальність. У дискурсі, породжуються уявлення про здоров’я, які з часом стають стереотипами та будують зміст і регулюють буденну свідомість людей. Дискурси виступають тими формуючими факторами культури, які обумовлюють породження стереотипів у масовій свідомості та, водночас, є латентними (глибинними) регуляторами здорового способу життя як окремих індивідів, так і цілих груп, спільнот (А. Вежбицька [31], Н. Арутюнова [12]).
5. У контексті *аксіологічного* підходу здоров’я розглядається як цінність (А. Кірьякова [65], Ю. Лісіцин [80], А. Маслоу [86] та ін.). Згідно з А. Іванушкіним здоров’я представляє соціальну цінність, засобом вираження якої є суспільна активність та суспільно значуща діяльність [56]. М. Рокич виокремлює два класи цінностей: інструментальні та термінальні, які можуть трансформуватися під впливом виховання і культури. Сутність термінальних цінностей (цінності «самі по собі») полягає в тому, що вони важливі самі по собі, варті того, щоб людина до них прагнула. Відповідно до цього дана група цінностей називається – «цінності-цілі». Серед них М. Рокич виокремлює здоров’я. Інструментальні цінності використовуються для досягнення цінностей-цілей. Ними можуть бути особистісні риси та способи взаємодії: відповідальний, здоровий, ризикований, сміливий, той, який контролює, насолоджується життям, потурає бажанням тощо [27; 63]. Цінності визначають ставлення учасників групи до різних соціальних об’єктів та явищ, наприклад до здоров’я. Крім цього цінності в значній мірі визначаються місцем і роллю групи в системі суспільних відносин. На наш погляд, розуміння здоров’я як термінальної цінності, в його класичному тлумаченні, обов’язково повинно доповнюватися спонукальною змінною, адже просто усвідомлювати значущість здоров’я для свого життя – замало, важливо докладати певні зусилля, дії для його досягнення та збереження.
6. *Холістичний* підхід: здоров’я розуміється як цілісність та життєва зрілість, яку набуває людина в процесі свого життя (Г. Олпорт); інтеграція життєвого досвіду та його використання (К. Роджерс); синтез фундаментальних розбіжностей людського буття або інтрапсихічних полярностей (К. Юнг); здоров’я розуміється через максимальне розкриття потенціалів або компетенцій здоров’я, що має велике практичне значення для розвитку інтегрованої особи, яка прагне досягти цілісного здоров’я та благополуччя (В. Ананьєв [7]).
7. *Синергетичний* та *акмеологічний* підходи, виокремленіМ. Хватовою, дозволяють розглядати специфіку здоров’я у відповідних площинах: як живу систему, що здатна до самоорганізації (Н. Гузій [38] та ін.) та динамічне утворення, позитивна динаміка якого залежить від життєвого, професійного і духовного розвитку особи (А. Деркач [47] та ін.).
8. *Соціокультурний* підхід – ще один загально психологічний підхід, за яким дослідження здоров’я соціальних груп, як зазначає І. Бовіна, охоплює вищий, соцієтальний рівень буття [23]. Його аналіз повинен відбуватися в розрізі соціальних, культурних та історичних особливостей розвитку суспільства. Отже, вивчення здоров’я як складного феномену потребує дослідження того соціокультурного підґрунтя, яке опосередковує цей феномен та віддзеркалює актуальну соціальну дійсність.
9. *Інтегративний* підхід полягає у визнанні та використанні будь-яких пояснювальних принципів, моделей та концептуальних схем для розуміння специфіки здоров’я (О. Васильєва, Ф. Філатов). Здоров’я в структурі особистості інтегрується з такими її підструктурами як морально-етична, мотиваційно-смислова, діяльнісно-поведінкова, суб’єктно-активна, інтерактивно-соціальна тощо (В. Аверін [2], Б. Ананьєв [5], О. Ковальов [66], В. М’ясищев [95] та ін.).

Плеядою науковців (Г. Андрєєва [8; 9], І. Бовіна [22], О. Васильєва [28], Н. Завацька [54], І. Коцан [72] та ін.) висловлюється думка про те, що на сьогодні дослідження проблематики здоров’я переходить на вищі рівні пізнання – соціальний або соцієтальний, охоплюючи цілі групи та спільноти. З одного боку, це свідчить про масштаби проблеми, її значущість і перспективність для суспільства, а з іншого – відкриває нові простори для наукового пошуку, зокрема в розрізі дослідження ставлення до здоров’я різних соціальних груп, зокрема, такої як молодь.

Російські дослідники Є. Березіна та І. Бовіна виокремлюють загальні та специфічні соціально-психологічні теорії та моделі, у яких узагальнюється напрацювання у сфері соціальної психології здоров’я, а також класифікують існуючі наукові знання відповідно до інтраіндивідуального, міжперсонального, та надіндивідуального рівнів організації суб’єктів. До *загальних соціально-психологічних теорій* належить теорія атитюдів, соціального порівняння, атрибутивна та соціально-когнітивна теорії. До *специфічних теорій* відносять: модель переконань про здоров’я, теорію захисної мотивації, модель ментальних уявлень про здоров’я, поетапні моделі зміни поведінки, пов’язаної зі здоров’ям.Разом із теоріями причинної та запланованої поведінки вони входять до складу теорій *індивідуального рівня*. *Міжперсональний рівень* продемонстровано соціально-когнітивною теорією А. Бандури та теорією соціального порівняння Л. Фестінгера. Теорія соціальних уявлень С. Московічі та дифузної інновації Е. Роджерса складають *соціальний рівень* [17; 21].

До групи теорій атитюдів входять дві когнітивно-поведінкові теорії – причинної дії (І. Айзен, М. Фішбайн) та запланованої поведінки (І. Айзен). У зазначених теоріях активність індивіда по відношенню до здоров’я має раціоналістичний характер, адже спирається на його поведінкові та нормативні переконання, що впливають на атитюди та суб’єктивні норми. У результаті, згадані конструкти визначають інтенцію особи чинити по відношенню до здоров’я певним чином. Концепти теорії запланованої поведінки доповнюються елементом контролю поведінки, що сприймається індивідом та безпосередньо визначає інтенцію та тип поведінки у сфері здоров’я.

Згідно з теорією соціального порівняння Л. Фестінгера оцінювання здоров’я особою відбувається шляхом порівняння себе з іншими відповідно до висхідного та низхідного принципів. Функцією першого принципу соціального порівняння є самопокращення. У даному випадку порівняння свого здоров’я зі здоров’ям інших володіє мотиваційною силою, воно підштовхує наслідувати позитивні приклади. Порівняння по низхідному принципу призводить до самозаспокоєння: індивід серед свого оточення вибірково знаходить лише ті приклади, які підтверджують власні погляди та переконання.

Атрибутивні теорії (К. Девіс, Е. Джонсон, Г. Келлі, Дж. Роттер та ін.) розкривають причини, відповідно до яких індивідом трактується наявність/відсутність здоров’я або проблем, пов’язаних із ним. Б. Вайнер, спираючись на ідеї Дж. Роттера і Дж. Аткінсона, припустив, що сподівання індивіда щодо здоров’я визначаються його уявленнями про причини успіхів та поразок: атрибуція поразокнедостатнім зусиллям особи (інтернальний локус контролю) сприятиме мотивації досягнення, у той час як приписування недостатнім здібностям або зовнішнім чинникам буде її зменшувати (екстернальний локус контролю) [8].

Соціально-когнітивна теорія А. Бандури постулює визначальну роль самоефективності або суб’єктивного контролю індивіда в питаннях підтримки, збереження та корекції здоров’я. Впевненість у собі, власних силах дозволяє людині долати труднощі, обирати тип поведінки, спрямований на збереження свого здоров’я.

Серед *специфічних* соціально-психологічних теорій виокремлюється модель переконань про здоров’я І. Розенстока. Модель складається з шести блоків: уявлення про уразливість до хвороби; очікувана важкість хвороби; уявлення про ефективність заходів у боротьбі з хворобою; оцінка власних зусиль; тригери, що запускають поведінку та загальна мотивація до здоров’я. У цій теорії головний акцент робиться на когнітивних детермінантах поведінки, у той час як у теорії захисної мотивації Р. Роджерса – на афективних чинниках. Модель саморегуляції здоров’я Х. Левенталя розкриває зміст уявлень людини про загрозу здоров’ю або про хворобу, які формуються під впливом декількох чинників: соціального оточення, культурних та релігійних вірувань, а також особливостей особистості. Вказані чинники обумовлюють виникнення уявлень про хворобу, які складаються з таких змінних: ідентичність (як людина називає хворобу), причини, наслідки хвороби, темпоральні обмеження, контроль та методи лікування.

Недоліком специфічних соціально-психологічних теорій є те, що вони мало пояснюють механізм впливу переконань та уявлень на ставлення до здоров’я та стратегію вибору поведінки, що зберігає здоров’я. Крім цього, специфічні теорії та моделі здоров’я застосовуються для пояснення такого концепту як здоров’я на індивідуальному рівні, що, безперечно, звужує коло питань, які вони можуть вирішувати.

Проблеми здоров’я на соцієтальному рівні можна аналізувати з точки зору теорії дифузної інновації (Е. Роджерс), суть якої полягає в тому, що будь-яка нова ідея або оздоровча практика розповсюджується між членами групи або спільноти згідно з передбаченою моделлю.

Здоров’я людини, зокрема, залежить від певного (адекватного чи неадекватного, відповідно до принципів здорового способу життя) ставлення до нього. Причина неадекватної поведінки особи щодо здоров’я укорінена у природі людських потреб, яким, як зазначав С. Рубінштейн, притаманний пасивно-активний характер, а також у специфіці мотиваційної сфери в цілому [114], що визначає ставлення людини до здоров’я.

Усе більшої актуальності набуває проблема ставлення до здоров’я в молодіжних групах у соціальній психології, хоча в педагогіці, особливо у сферах фізичного виховання та викладання валеології, уже накопичено певний дослідницький матеріал. Так, Л. Бутузова [26], О. Єжова [51], С. Кириленко [64], Г. Кружило [73] у руслі аксіологічного підходу досліджують різні аспекти ставлення до здоров’я учнівської та студентської молоді. Формуванням у дітей уявлень про здоровий спосіб життя, а також ціннісного ставлення до власного здоров’я педагогічними засобами займається C. Кириленко. О. Єжова досліджує ціннісне ставлення учнівської молоді до здоров’я з метою оптимізації навчально-виховної роботи та оцінки здоров’я спрямованої діяльності. З метою удосконалення фізичного виховання студентської молоді Г. Кружило вивчає їхнє ставлення до фізичного здоров’я.

У сучасній соціології зазначена проблематика висвітлюється в наукових роботах І. Афсахова [13], Н. Гафіатуліної [34], І. Журавльової [53] та ін. Досліджуючи ставлення до здоров’я як соціально-культурний феномен, І. Журавльова вказує на тенденцію, що простежується в останні десятиліття: здоров’я, хоча й усвідомлюється людьми як термінальна цінність, але використовується як інструмент для досягнення власних цілей, що призводить до його експлуатації.

Проблема «ставлення» в психології на сьогодні розкривається як принцип дослідження людини, як елемент суб’єктивної реальності, що здатний до розвитку (Б. Ананьєв [6], О. Лазурський [76], О. Левченко [78], В. М’ясищев [95]); як багаторівнева категорія, яка представлена трьома складовими: когнітивною, емоційною, поведінковою (Р. Березовська [19], В. Кабаєва [58], Г. Нікіфоров [99] та ін.); як підструктура свідомості, що визначає поведінку, зокрема, у сфері здоров’я, а також способи існування у світі в цілому (Н. Володарська [33], С. Дерябо [48; 49;, та ін.).

Окремі питання ставлення до здоров’я висвітлюється в роботах В. Кабаєвої [58]; специфіку ставлення до здоров’я, його параметри в осіб із різним рівнем психоемоційної напруги досліджує О. Башмакова [15]; ставлення жінок і чоловіків до тютюнопаління з позиції впливу соціально-психологічних механізмів вивчає В. Позняков і В. Хромова.

У розумінні поняття «ставлення до здоров’я» ми апелюємо до концепції психології ставлень особистості В. М’ясищева. Він трактує «ставлення» як одну із форм відображення дійсності, що представляє інтеріоризований досвід існування особистості в соціумі, природа якого відображає суб’єктивне в людині та розкриває соціально-психологічний зміст її зв’язків з середовищем. Учений підкреслює, що об’єктом ставлення можуть бути різні аспекти соціального життя, серед яких, звісно ж, і здоров’я людини [95]. Ставлення до здоров’я, як зазначає Г. Нікіфоров, є внутрішньою, психічною стороною системи зв’язків особистості з різними явищами навколишньої дійсності, що сприяють або, навпаки, загрожують її здоров’ю [99].

Як теоретичний конструкт «ставлення до здоров’я» є цілісним і неподільним та його емпіричне вивчення, виходячи із запропонованої В. М’ясищевим трьохкомпонентної будови ставлення, можливе через виокремлення і аналіз його структурних компонентів: когнітивного (знання про здоров’я, основні фактори ризику та антиризику, критерії його оцінки), афективного (відображає емоції, почуття і переживання, пов’язані зі станом здоров’я або його зміною) та конативного (особливості поведінки у сфері здоров’я, ступінь її адекватності нормам здорового способу життя, а також домінуючі копінг-стратегії в ситуаціях, пов’язаних з його погіршенням) компонентів [95].

Незважаючи на досить глибоке опрацювання проблеми, ставлення особистості до здоров’я в загальнопсихологічному дискурсі, найбільш складний і суперечливий методологічний статус поняття «ставлення» займає в соціальній психології. Це пояснюється тим, що, з одного боку, її предметом можуть бути різні види ставлень (як суб’єкт – суб’єктні, так і суб’єкт – об’єктні), з іншого – проблематика соціальної психології не вичерпується дослідженням цих видів взаємовідносин. Окрім цього, як звертає увагу О. Левченко в соціальній психології «…вивчаються головним чином не «відносини між…, а «ставлення до…»». [78, с. 254]. Разом із цим, у соціальній психології можна відзначити наявність термінологічної неузгодженості щодо тлумачення концепту «ставлення» і близьких, але не тотожних, до нього понять, серед яких є «соціальне настановлення», «соціальне уявлення», «настанови на здоровий спосіб життя».

Аналіз психологічної літератури показав, що виділяється декілька підходів до розуміння термінів «ставлення» і «соціальне настановлення». Одна група дослідників схильна вважати ставлення частиною атитюду і ототожнювати ці терміни (Н. Сарджвіладзе [116]), інша – підкреслює базовий характер концепту «ставлення» з погляду теорії особистості, а отже, розмежовує «ставлення» і «соціальне настановлення» (Р. Березовська [18], Г. Залевський [55], В. Кабаєва [58], О. Камакіна [59], О. Левченко [78], В. М’ясищев [95], Г. Нікіфоров [99]).

У низці робіт ці концепти є вторинними і похідними від соціального уявлення або валеонастанови (І. Бовіна [23], Т. Титаренко та Л. Лепіхова [130], С. Московічі [91] та ін.). Однак, з позиції методології, як підкреслює Р. Березовська, «перевагу слід надавати категорії «ставлення» як найбільш обґрунтованої з позиції теорії особистості, інтегруючої всі інші поняття» [18, с. 222]. Таким чином, очевидно, що перспективним залишається методологічне опрацювання поняття «ставлення», а також вивчення ставлення суб’єкта (індивідуального чи групового) до здоров’я в межах соціальної психології.

Аналіз теоретичних джерел показав, що на сьогодні загальноприйнятої типології ставлення особистості до здоров’я в науці немає. Кожен учений пропонує своє тлумачення того чи іншого типу ставлення, спираючись на специфіку власного дослідження. Дослідниками виокремлюються такі типи ставлення до здоров’я: «адекватне/неадекватне» (Л. Августова, О. Васильєва, Ю. Давигора, Л. Коробка, Г. Нікіфоров та ін.); «самозберігаюче» та «ризиковане» або «саморуйнівне» (О. Камакіна, Г. Козіна та ін.), «усвідомлене/неусвідомлене» (В. Кабаєва, О. Кравченко та ін.), «відповідальне/безвідповідальне» (Л. Бутузова, В. Зимівець, Д. Колесов, І. Степаненко та ін.); «ціннісне» (Т. Бєлінська, Р. Березовська, О. Єжова, Г. Зайцев, Л. Овчиннікова, М. Тимофієва та ін.); «раціональне/емоційне», «активне/пасивне» (О. Башмакова, В. Кабаєва та ін.); «позитивне/негативне», «байдуже» (В. Кабаєва, О. Лазуренко, О. Левченко, О. Осадько та ін.). Виокремлюються типи ставлення відповідно до поведінкових стратегій особистості: «здоров’я-хижак», «здоров’я-жертва», «здоров’я-супутник» (В. Кісєльов, Л. Шилова).

Досліджуючи проблему адекватного ставлення, Г. Нікіфоров виокремлює критерії адекватності/неадекватності ставлення до здоров’я, що емпірично фіксуються:

* на когнітивному рівні через ступінь обізнаності або компетентності людини у сфері здоров’я, знання основних чинників ризику і антиризику, розуміння ролі здоров’я в забезпеченні ефективності життєдіяльності та довголіття;
* на емоційному рівні – оптимальний рівень тривожності щодо здоров’я, уміння насолоджуватися станом здоров’я і радіти йому;
* на мотиваційно-поведінковому рівні – висока значущість здоров’я в індивідуальній ієрархії цінностей, ступінь сформованості мотивації на збереження і зміцнення здоров’я, ступінь відповідності дій і вчинків людини вимогам здорового способу життя, а також нормативним вимогам медицини, санітарії та гігієни;
* відповідність самооцінки індивіда фізичному, психічному і соціальному стану свого здоров’я [99].

У дослідженні В. Кабаєвої вказується на необхідність вивчення інтенсивності ставлення молоді до здоров’я шляхом аналізу його структурних компонентів. Учена розрізняє три групи молоді відповідно до інтенсивності ставлення до здоров’я: «нігілісти» сприймають своє здоров’я як засіб досягнення кар’єрних інтересів, потреба в оволодінні новими знаннями про здоров’я відсутня, не проявляють активність у пошуку нової інформації, демонструють байдужість до страждань інших людей (показники по емоційному та вчинковому компонентах – значно нижче за середнє значення, а по когнітивному – у межах середнього значення); «нейтрали», які ставляться до здоров’я як до факту, схильні підтримувати активний спосіб життя та емоційно рівний настрій, але за умови зовнішнього контролю (ставлення є більш когерентним, а всі структурні компоненти перебувають у межах середніх значень); «фанати», які мають активну позицію та прагнуть опановувати різні здоров’язберігаючі технології (мають дуже високі або вище за середнє значення показники по компонентах ставлення до здоров’я) [58].

Досліджуючи ставлення до здоров’я з соціально-психологічного погляду, Л. Коробка підкреслює, що сформованість певного типу ставлення до здоров’я повинно оцінюватися шляхом дослідження прояву та узгодженості структурних компонентів цього ставлення [70].

Тож, виходячи з теоретичних положень В. Кабаєвої, Л. Коробки та Г. Нікіфорова, на основі аналізу міри прояву та когерентності взаємозв’язку структурних компонентів ставлення, відповідно ступеню адекватності принципам здорового способу життя, можна виявити тип ставлення молоді до здоров’я – «адекватний» (спрямований на самозбереження), тобто такий, що має високий або середній рівень прояву когнітивного, афективного та конативного компонентів, а також когерентні зв’язки між ними; та «неадекватний» (спрямований на саморуйнування) – такий, що має низький рівень прояву хоча б одного зі структурних компонентів, а також неузгодженість зв’язку між ними.

На наш погляд, розуміння того, яким чином суб’єкт ставиться до здоров’я, залежить від настановлень, системи уявлень про здоров’я, але все-таки не вичерпується ними. У наступному підрозділі на основі теоретичного аналізу соціально-психологічних теорій та концепцій, ми проаналізуємо чинники, які можуть визначати ставлення молоді до здоров’я.

* 1. **Суб’єктивні чинники ставлення молоді до здоров’я**

Погіршення стану здоров’я населення, викликане нездоровим способом життя, пасивністю в питаннях підтримки та збереження здоров’я загрожує для країни соціально-економічним спадом, збільшенням витрат на медичне обслуговування, стрімким старінням нації, а для окремих людей – зменшенням професійної продуктивності, самоефективності, зниженням емоційного фону життєдіяльності, ускладненнями у сфері соціальної адаптації та комунікації тощо. Серед усіх соціально-вікових верст населення, на нашу думку, найбільш уразливою до наслідування негативних звичок і зразків поведінки у сфері здоров’я є молодь. Реалії сьогодення змушують активну молодь жертвувати власним здоров’ям заради кар’єри чи економічного благополуччя, а пасивну – підкорюватися складним умовам існування. Водночас, особливості психічного та соціально-психологічного розвитку молоді є передумовами трансформації їхнього ставлення до здоров’я.

Отже, виокремлення та обґрунтування суб’єктивних чинників, які визначають ставлення особи до свого здоров’я може стати поштовхом до визначення механізмів трансформації ставлення, корекції поведінки молоді у напрямі формування адекватного ставлення до здоров’я.

У контексті вивчення моделей організації життя молоді П. Великий і А. Заїкіна поділяють молодь на три групи, де окреслюють їхнє ставлення до здоров’я. Першу групу представляє молодь («професіонали»), яка є високовідповідальною в питаннях збереження власного здоров’я, турботливо ставиться до нього та орієнтується на власний потенціал у досягненні цілей. До другої групи віднесено «ринкових авантюристів», які експлуатують здоров’я, не ставляться до нього як до власного капіталу та заперечують здоровий спосіб життя. На нашу думку, представники цієї групи складають переважну більшість сучасної молоді. У реалізації ставлення до здоров’я «постсоціалістичної» молоді (третя група) головну роль відіграють сімейні цінності та традиції. На думку вчених, у разі домінування здоров’я в ієрархії цінностей батьків та підтримці в сім’ї здорового стилю життя, молода особа також схилятиметься до наслідування позитивних прикладів [32].

Суттєву роль у виявленні ставлення молоді до здоров’я відіграють соціальні уявлення, які виступають важливими елементами колективної пам’яті. Згідно з теорією С. Московічі, соціальні уявлення відтворюють навколишню дійсність у вигляді когнітивної структури. Між соціальною реальністю та уявленнями існує двосторонній зв’язок: з одного боку, навколишня дійсність структурується на основі уявлень, а з іншого – уявлення виникають у відповідь на ті, чи інші соціальні події та процеси. У структурі соціального уявлення вчений виокремлює такі складові: інформація (сукупність знань про соціальний об’єкт), поле уявлення (рамка, у якій існує уявлення), настанова, що фіксує позитивне або негативне ставлення до об’єкта. Емоційно забарвленим настанова стає в умовах нестачі інформації, або нечіткого поля уявлення [91]. Відповідно до положень теорії С. Московічі ставлення є частиною настанови, а відтак і соціального уявлення. На нашу думку, ці феномени хоча й пов’язані, але повинні розглядатися окремо одне від одного.

Ж. Абрік, продовжуючи вивчати дійсність у руслі теорії репрезентацій, модернізує структуру соціального уявлення, запропоновану С. Московічі. Він виділяє центральний елемент – ядро, яке пов’язано з колективною пам’яттю та погано піддається трансформаціям, і периферію, яка забезпечує інтеграцію індивідуального досвіду кожного члена групи, підтримує її гетерогенність та, на відміну від ядра, є чутливою до певного контексту, а звідси – динамічною та схильною до змін. Таким чином, у новій версії будови соціальних уявлень, Ж. Абрік не виокремлює ставлення в структурі настанови, що дозволяє нам розглядати ці феномени як взаємопов’язані, а не подібні.

Досліджуючи соціальні уявлення російської молоді щодо здоров’я І. Бовіна виявила, що ядро уявлень складають: спорт, краса, сила, радість, бадьорість життя, а периферію – посмішка, хороший настрій, гарне самопочуття, упевненість у собі тощо. Аналіз змістовного поля виявлених ученою соціальних уявлень молоді про здоров’я дає нам можливість зробити висновок, що в молодіжних групах уявлення про здоров’я є досить адекватними нормам здорового способу життя [21].

Т. Андрєєва та К. Красовський констатують, що соціальні репрезентації опосередковують і визначають поведінку індивіда, зокрема в питаннях здоров’я [11]. Керуючись цими положеннями, ми вважаємо, що на основі досліджень уявлень про здоров’я, можна відтворити актуальну соціальну реальність, зрозуміти, як регулювати оздоровчу практику в різних групах населення, проводити відповідну корекцію та змінювати ставлення особи до здоров’я.

Серед психологічних чинників, які детермінують ставлення молоді до свого здоров’я суттєве значення мають ціннісні орієнтації [28]. Вони входять до складу конативного компоненту ставлення до здоров’я і проявляються залежно від задоволення потреб. Г. Нікіфоров вказує на такі закономірності: у разі узгодження домінуючих цінностей та відповідних задоволених потреб, індивід досягає відносного здоров’я; поєднання домінуючих цінностей та відповідних фрустрованих потреб призводить до актуалізації здоров’я, особливо в разі його порушення [99].

Важливе значення для дотримання молоддю здорового способу життя та досягнення благополуччя відіграють настанови на здоровий спосіб життя, які виступають предметом окремого пошуку в роботах О. Васильєвої, О. Кляпець, Л. Лєпіхової, Ж. Сидоренко, Т. Титаренко, Ф. Філатова. На думку О. Васильєвої і Ф. Філатова, валеонастанови представляють собою особливі внутрішньоособистісні конструкти, що підтримують здоров’я індивіда і визначають «індивідуальну феноменологію здоров’я…» [28, c. 15]. Автори виокремлюють чотири типи валеонастанов: самодостатній (ресурсний), який передбачає орієнтацію на самостійне піклування про здоров’я, відповідальність за власні дії; підтримуючий, який передбачає піклування та постійну підтримку здоров’я; дефіцитарний, який полягає у відчутті нестачі власних ресурсів для забезпечення здорового способу життя, екстернальної атрибуції відповідальності; маніпулятивний, що характеризується експлуатаційним ставленням до здоров’я, як інструменту досягнення власних цілей [там само]. У контексті формування адекватного ставлення молоді до здоров’я найбільш продуктивними є ресурсний та підтримуючий типи валеонастанови. Г. Нікіфоров також виокремлює настанови на пасивне ставлення та свідоме нехтування власним здоров’ям, коли особистість сприймає та ставиться до здоров’я як до даності й, у разі виникнення загрози або захворювання, навіть не застосовує превентивних дій.

Для розуміння ставлення молоді до свого здоров’я доречно розглянути механізми їх психологічного захисту, адже вони визначають якість засвоєння нового досвіду, набуття компетентності щодо здоров’я, впливають на повідінку молоді в процесі взаємодії з оточуючими. На думку Г. Нікіфорова, у сфері здоров’я найбільш поширеними є заперечення та раціоналізація. Блокування негативної інформації (наприклад, «цього не може бути») або уникання нової інформації (наприклад, «мені не треба проходити медичний огляд, я і так здоровий») призводить до заперечення можливих проблем. З метою виправдання неадекватного ставлення до здоров’я на поведінковому рівні молодь може вдаватися до раціоналізації.

На нашу думку, бажання бути прийнятим до референтної групи та отримати схвалення з боку «значущих інших» може підштовхувати молоду людину до певних типів поведінки або впливати на когніції з приводу здоров’я. Наприклад, куріння або вживання алкоголю може пояснюватися бажанням бути прийнятим або отримати схвалення з боку референтів. Зважаючи на важливість соціального схвалення для організації життєвого простору молодої людини, вважаємо необхідним врахувати цей аспект під час розвитку відповідального ставлення особи до здоров’я.

Теоретичний аналіз проблеми здоров’я, ставлення до здоров’я та стану здоров’я сучасної молоді дав змогу визначити, що ставлення молоді до здоров’я представляє собою внутрішню сторону системи індивідуальних селективних, суб’єктивно оцінних і соціально детермінованих зав’язків молодої людини з різними явищами навколишньої дійсності, що сприяють чи загрожують її здоров’ю, опосередкованих життєвим досвідом молоді та яке визначається специфікою прояву і когерентністю взаємозв’язку когнітивного (характеризує знання про здоров’я, основні фактори ризику та антиризику, критерії його оцінки), афективного (відображає емоції, почуття і переживання, пов’язані зі станом здоров’я або його зміною) і конативного (характеризує особливості поведінки у сфері здоров’я) компонентів.

Найбільш вагомими суб’єктивними чинниками ставлення молоді до здоров’я є соціальні уявлення, настанови на здоровий спосіб життя, ціннісні орієнтації, а також локус контролю. Під час розробки та проведення корекційних і тренінгових програм серед молоді важливо враховувати їхні захисні механізми, особливості мікро- та макрооточення («значущих інших», рівень соціальної компетенції), залучати рефлексивні механізми, спрямовуючи їх на усвідомлення здоров’я як ресурсу, для розвитку та підтримки якого необхідно постійно докладати зусилля.

* 1. **Соціально-економічний статус у системі детермінант ставлення до здоров’я**

Феноменологія здоров’я людини обумовлюється низкою об’єктивних передумов. Стан здоров’я залежить не тільки від способу життя людини, він обумовлюється її спадковістю, екологічною ситуацією в регіоні проживання, якістю харчування, доступом до фінансових і матеріальних, культурних і соціальних ресурсів тощо. У сучасному українському суспільстві продовжують відбуватися ринкові трансформації, спостерігається поширення інформаційних процесів і проникнення масового типу культури. У таких умовах найбільш адаптивною соціально-демографічною верствою населення, є молодь, адже вона володіє психологічною стійкістю та лабільністю мислення, що важливо для ефективного пристосування до інновацій та тотальної нестабільності сьогодення. У той же час, як зазначають Л. Мороз і Т. Титаренко, саме молодь є активним носієм культури сучасності, для якої, з одного боку, властиво зростання споживацьких інтересів, матеріалізація, а з іншого – фрустрація бажань та домагань, що викликає в них орієнтацію на досягнення матеріального благополуччя будь-якими засобами, в тому числі, нехтуючи власним здоров’ям [89].

У сучасних соціально-психологічних і соціологічних дослідженнях підкреслюється вплив стратифікації суспільства на якість життя та підтримку здоров’я молодого покоління (Н. Адлер [158], Т. Бєлавіна [16], Е. Лібанова [82], Д. Мацумото [87]); констатується, що соціально-економічний статус є однією з фундаментальних причин виникнення хвороб (Б. Лінк та Дж. Фелон). У цілому, у наукових працях багатьох вітчизняних та зарубіжних дослідників наголошується, що економічний чинник набуває пріоритетного значення у визначенні здоров’я в різних соціальних групах (Є. Головаха [36], Л. Коробка [69], Г. Нікіфоров [99], К. Муздибаєв [93] та ін.). Однак, такий важливий аспект проблематики здоров’я, як ставлення до здоров’я молоді у зв’язку з її соціально-економічним статусом, нова та недостатньо досліджена сфера для вітчизняного та зарубіжного наукового поля. Більш представленими є дослідження, які здійснюються переважно в ключі вивчення впливу доходу та ставлення до грошей на суб’єктивне благополуччя, якість життя та особливості здоров’я у представників різних соціально-економічних груп.

На наш погляд, особливості ставлення молоді до здоров’я обумовлено такими чинниками, як стратифікація суспільства, економічний статус та економічне благополуччя. Використання в нашій роботі дефініцій «економічне благополуччя» та «економічний статус» потребує уточнення. У науці виокремлюється два підходи до розуміння концепту «економічнe благополуччя». Відповідно до об’єктивного підходу, сутність економічного благополуччя розкривається через дохід. Він є індикатором індивідуального або сімейного благополуччя та розраховується відповідно до місячної або річної заробітної платні, а національний дохід (показник ВВП на душу населення) відображає економічне благополуччя країни. Об’єктивний підхід застосовується в економіці та соціології під час досліджень рівня життя та динаміки його трансформацій у суспільстві [67; 92].

О. Дейнека виокремлює такі підстави для визначення економічного благополуччя з погляду психології: задоволення працею і доходом, споживанням, громадянське задоволення економічною політикою держави. Є. Угланова в структурі суб’єктивного економічного благополуччя, крім задоволеності доходом, як у попереднього автора, виділяє такі складові частини: задоволеність життєвим стандартом, уявлення про своє становище по шкалі «бідні-багаті», сукупність уявлень про економічну ситуацію (особисту/суспільну) в часовому континуумі «минуле-майбутнє», ставлення до грошей, соціальне порівняння [42]. Тобто категорія «задоволення» людини в різних аспектах індивідуального та суспільного життя ґрунтується на основі економічного благополуччя.

Згідно з концептуальними положеннями В. Хащенко, суб’єктивне економічне благополуччя (CЕБ) – це елемент економічної свідомості особи, який розкривається через її ставлення до матеріального життя і проявляється в життєвій позиції, економічній поведінці. СЕБ представляє економічну складову загального благополуччя або якості життя індивіда. У структурі СЕБ виокремлюється чуттєво-емоційна, когнітивна та мотиваційно-спонукальна складові ставлення людини до матеріальної сфери і самої себе, що зумовлюється об’єктивними обставинами життєдіяльності, а також системою цінностей, переконань тощо.

З метою кращого розуміння поняття «економічний статус» та його місця по відношенню до СЕБ важливо розглянути теоретичну модель суб’єктивного економічного благополуччя, яке має декілька рівнів прояву:

1. рівень окремих елементів ставлення до наявного матеріального становища, рівня доходу (економічного статусу);
2. рівень узагальнених компонентів суб’єктивного економічного благополуччя, які синтезують сукупність окремих індикаторів у комплексні показники;
3. рівень інтегральної оцінки – яка об’єднує базові елементи (економічний оптимізм/песимізм, економічна тривога тощо) суб’єктивного економічного благополуччя в загальну оцінку.

Таким чином, суб’єктивне економічне благополуччя є проявом якості життя (суб’єктивного благополуччя). Економічний статус є структурною складовою, елементом економічного благополуччя та відображає фінансове становище людини, що підкреслює спрямованість цього визначення в бік об’єктивізму. На наш погляд, економічний статус особи – це не тільки показник доходу (об’єктивна складова), але й чинник, відповідно до якого людина відносить та ідентифікую себе з певною соціально-економічною групою та, за рівнем доходу, порівнює себе з іншими суб’єктами взаємодії.

Отже, спираючись на проаналізований теоретичний матеріал, пропонуємо розглядати економічний статус як соціально-психологічний конструкт, який визначено за допомогою об’єктивної (критерій – рівень доходу) та суб’єктивної (критерій – показник суб’єктивного економічного благополуччя особи, в основі якого лежить процес соціальної індентифікації та соціального порівняння в континуумі «бідний-багатий») складових.

Розглянемо яким чином об’єктивна і суб’єктивна сторони благополуччя впливають на вияв здоров’я особи. У психології та соціології виокремлюються такі соціальні групи за типом економічного статусу та суб’єктивного економічного благополуччя: об’єктивно багаті/бідні та суб’єктивно багаті/бідні. Аналізуючи групу об’єктивно та суб’єктивно бідного населення, важливо коротко зупинитися на сутності концептуальних підходів бідності. У соціологічних джерелах на загальнометодологічних засадах виділяються три концепції бідності: абсолютна, відносна та суб’єктивна. Абсолютна концепція бідності (Б. Роутрі, А. Сен та ін.) виникла першою, у ній лінія бідності обчислюється відповідно до вартості (у річному або місячному розрізі) мінімального набору продуктів харчування, одягу, витрат на утримання житла, необхідних людині. Відносна бідність (П. Таунсенд, С. Мак, Дж. Ланслі) полягає в позбавленні індивіда соціальних, економічних благ у зв’язку з його економічним становищем. Відповідно до цієї концепції добробут людини розглядається ширше, ніж стандарт споживання, як в абсолютній концепції бідності. Відносно бідні особи відчувають себе виключеними зі спільноти, тому що не можуть дозволити те, що має більшість, вони не мають можливості підтримувати сформований у суспільстві стиль та спосіб життя.

Концепція суб’єктивного вимірювання бідності (Б. Ван Прааг, Т. Годхард та ін.) з’явилася останньою і на сьогодні є найбільш поширеною в ключі інтерпретації бідності. Вона передбачає встановлення кількісної міри бідності на основі суб’єктивної оцінки населенням суми мінімального доходу або досягнутого рівня благополуччя. Як зазначає Л. Овчарова, рівень, профіль і структура суб’єктивної бідності можуть стати важливими індикаторами соціальної напруженості та оцінки якості життя населенням. Таким чином, абсолютна бідність відображає економічну депривацію, відносна – полягає у менш вигідному становищі в соціальному контексті порівняно з іншими, а суб’єктивна бідність – найбільш складне явище, яке в значній мірі залежить від особистісних характеристик суб’єкта.

На сьогодні, в умовах гострої стратифікації українського суспільства вчені зазначають появу такого соціального явища, як культура бідності та бідний стиль життя, який поширюється і в молодіжному середовищі серед осіб з низьким доходом і суб’єктивним благополуччям. Ця проблема досліджується на міждисциплінарному рівні психологами (І. Андрєєва [10], В. Васютинський [29], І. Гусєв [40], О. Дейнека [42], А. Журавльов [52], К. Муздибаєв [94], Л. Коробка [70] та ін.), соціологами (І. Бабак [14], Б. Кендалл [171], В. Небоженко [98], Л. Петрова [105]), економістами. Розглянемо деякі соціально-психологічні особливості особистості та її ставлення до здоров’я в контексті низького доходу та суб’єктивного благополуччя.

На думку К. Муздибаєва, бідність є формою економічної деривації людини та негативно позначається на системі її ціннісних орієнтацій, взаємовідносинах з іншими, інтеграції в суспільне середовище. О. Дейнека відзначає, що люди, котрі переживають об’єктивну чи суб’єктивну форму бідності мають однакові стійкі характеристики, незалежно від їхнього доходу. Тож, особа, яка незадоволена якістю свого життя, має низку негативних особистісних характеристик: занижена самооцінка, що блокує мотиваційно-вольову сферу та визначає фатальне ставлення до життя, настанови на невдачі, соцієтальну інтерпретацію власної фінансової неспроможності, екстернальний локус контролю тощо [41, 94].

Серед рис, якими традиційно наділяють представників економічно проблемних середовищ, дослідники (Т. Бєлавіна, В. Васютинський, Л. Коробка, Б. Лазоренко, О. Сеник) називають вивчену життєву безпорадність, почуття безсилля, брак контролю над своїм життям, конформізм, постійне очікування на допомогу, низьку самооцінку, приниженість, фаталістичне ставлення до теперішнього, регідність настановлень [16; 30; 71; 75].

Значну увагу соціологів, економічних та соціальних психологів привертає проблема багатства та переживання суб’єктивного благополуччя. Як зауважує Г. Ложкін, характеристиками економічної поведінки фінансово успішної людини є заощадження, резервування та довгострокова тимчасова перспектива, доступ до багатьох ресурсів [83]. Однак, багатство не завжди пов’язано з переживанням щастя та задоволеністю життям, адекватним ставленням до здоров’я.

Як демонструють результати досліджень Д. Неттл, задоволення якістю життя та здоров’ям детерміновано таким фактором, як суб’єктивний контроль над ситуацією. Найбільш сильна позитивна кореляція існує між особистим контролем і задоволеністю життям та негативна – між особистим контролем і поганим самопочуттям, тривогою, проблемами зі здоров’ям. Існує висока кореляція між рівнем доходу і задоволеністю життя. Однак, дохід при цьому не відіграє вирішальної ролі, адже представники з низьким доходом та високим контролем мають більш високий рівень суб’єктивного благополуччя, кращий стан фізичного та психічного здоров’я, ніж індивіди з високим доходом, але низьким контролем над ситуацією. Тож, показник суб’єктивного контролю (високий/низький) виступає визначальним чинником здоров’я суб’єкта, його благополуччя незалежно від рівня доходу.

Протилежної думки дотримується Т. Петровська, яка зазначає, що соціально незахищені верстви населення позбавлені свободи вибору та здатності контролювати ситуацію, оскільки трансформаційні зміни перевищують їхню індивідуальну можливість володіти життєвою перспективою, що призводить до хронічної втоми, дистресу тощо.

Аналіз досліджень Р. Істерлін, Г. Головіної, М. Крістенсон, присвячені встановленню взаємозв’язку доходу і суб’єктивного благополуччя, дозволяють констатувати, що задоволеність життям і здоров’ям має досить складну залежність від економічного фактора: до певної межі задоволеність якістю життя збільшуються разом із підвищенням мотивації досягнення, але подальше підвищення прибутку не призводить до збільшення суб’єктивної якості життя. Тобто, виникає ефект насичення, після чого не відбуваються якісні зміни, що пояснює парадоксальну ситуацію примноження добробуту шляхом експлуатаційного ставлення до здоров’я, що властиво молоді з високим доходом, але низьким суб’єктивним благополуччям.

Таким чином, рівень задоволеності доходом у більш забезпечених людей може бути нижче, ніж у менш забезпечених. Це можна пояснити з одного боку, виявленим Д. Неттл, впливом суб’єктивного контролю, а з іншого – тим, що зростання економічних потреб і запитів змінює критерії оцінки економічного благополуччя. Г. Головіна, Б. Купрейченко, Т. Савченко зазначають, що багаті можуть бути більш зацікавлені в подальшому підвищенні свого матеріального добробуту, ніж люди із середнім і низьким прибутком. У такомувипадку суб’єктивне заниження об’єктивної сторони економічного статусу виконує функцію стимулу економічної активності, але тільки в поєднанні з іншими чинниками, наприклад з позитивною оцінкою своїх можливостей і сприятливими умовами праці.

О. Дейнека вказує на те, що люди з високим добробутом, звільняючись від фінансово-економічних утруднень, мають низку інтерперсональних проблем [41]. На наш погляд, молодь, для якої домінуючим у системі мотивів є прагнення стати багатим, належати до вищих прошарків, мати владу над ситуацією властивим є нездоровий трудоголізм, конкурентне ставлення до оточуючих, демонстративне споживання, шкідливі звички та нехтування інтересами близьких людей. Це поступово може призвести до зниження психологічної якості життя та здоров’я.

Спираючись на дані опитування Є. Шиняєвої та А. Падіарової, яке проводилося серед підприємців, керівників та рядових службовців, можна відмітити знецінення здоров’я як чинника досягнення професійного та фінансового успіху. Так, серед найвагоміших особистісних якостей, які допомогли досліджуваним досягти економічного злету були: діловий, заповзятий, який має зв’язки і знайомства. Найнижчі ранги присвоїли таким якостям: працелюбний, талановитий, фізично здоровий. Такі дані вказують на наявність у молоді експлуатаційного, інструментального ставлення до власного здоров’я.

Що стосується дослідження ставлення до здоров’я молоді, яка має об’єктивно високий, або вищий за прожитковий мінімум дохід, у поєднанні з таким самим суб’єктивним благополуччям, вчені відмічають позитивні зрушення, а саме – тенденцію збільшення особистісної відповідальності за своє здоров’я [52; 53].

Н. Адлер і Дж. Остров виявили схожу особливість: у цілому індивіди з високим доходом та суб’єктивним благополуччям мають міцніше здоров’я, ніж представники з низьким показником фінансового забезпечення а також суб’єктивної якості життя. Таку закономірність можна пояснити особливостями уявлень про здоров’я, валеонастановами, способом життя, звичками (паління, вживання алкоголю і фізична активність), які підтримуються різними соціально-економічними групами та безпосередньо впливають на ставлення до здоров’я своїх представників.

**РОЗДІЛ 2**

**ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ’Я ОСІБ З РІЗНИМ СОЦІАЛЬНИМ СТАТУСОМ**

**2.1. Методичні засади, організація вибірки та процедура дослідження особливостей ставлення до здоров’я**

Емпіричне дослідження складається з трьох етапів: попереднього, констатувального та корекційного. Попередній етап полягав у підборі й апробації психодіагностичного інструментарію, який найбільше відповідав меті дослідження. На констатувальному етапі ми виявляли соціально-психологічні особливості ставлення до здоров’я у молоді з різним економічним статусом. Негативний прояв соціально-психологічних особливостей ставлення молоді до здоров’я піддавався корекційному впливу на третьому етапі емпіричного дослідження.

Вивчення особливостей ставлення до здоров’я молоді потребує, перш за все, визначення критеріїв розподілу досліджуваних у групи відповідно до економічного статусу. Спираючись на те, що економічний статус – складний соціально-психологічний конструкт, ми враховували як об’єктивну, так і суб’єктивну складові. З цією метою ми підібрали найбільш адекватні методи вивчення досліджуваних параметрів та застосували їх відповідно до таких змістовних блоків:

* об’єктивний критерій економічного статусу;
* суб’єктивний критерій економічного статусу;
* компоненти ставлення до здоров’я молоді з різним економічним статусом;
* особливості ставлення до здоров’я молоді з різним економічним статусом.

На першому етапі сформульовано такі завдання:

* попередній відбір діагностичного інструментарію шляхом аналізу психодіагностичної літератури;
* відбір та апробація психодіагностичних методик, що найбільше відповідають меті – виявленню соціально-психологічних особливостей ставлення до здоров’я молоді з різним економічним статусом.

Випробуваним було запропоновано чотири блоки тестових методик, спрямованих на виявлення соціально-психологічних особливостей ставлення молоді до здоров’я. На перший блок методик відповідали 90 осіб, на другий – 93, на третій – 80, на четвертий – 40 осіб. Загалом для цього етапу дослідження було відібрано 9 методик. Розподіл їх на чотири блоки полягав у тому, щоб певна соціально-психологічна особливість вимірювалася кількома схожими за метою діагностування методиками, а за результатами обробки залишено найбільш адекватний методичний спосіб.

***До першого блоку методик***увійшли: опитувальник «Ставлення до здоров’я» Р. Березовскої, модифікований нами опитувальник «Задоволеність якістю життя» Н. Водоп’янової, методика вивчення ціннісних орієнтацій М. Рокича, опитувальник рівня суб’єктивного контролю (РСК), адаптований Є. Бажиним та ін.

Як змістовну теоретико-психологічну базу опитувальника, розробленого Р. Березовською, виступає концепція В. М’ясищева, відповідно до якої ставлення до здоров’я складається з когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів. Пункти опитувальника організовано в чотири шкали: когнітивна, емоційна, поведінкова і ціннісно-мотиваційна. На нашу думку, дві останні шкали представляють цілісний прояв конативного компонента ставлення до здоров’я. Опитувальник містить дев’ять блоків закритих запитань, які можна аналізувати як окремо, так і в складі відповідної шкали.

Питання, що відображають когнітивні аспекти ставлення, спрямовуються на виявлення рівня обізнаності особи у сфері чинників, які позитивно або негативно позначаються на здоров’ї. Крім цього питання когнітивного блоку дозволяють з’ясувати найбільш авторитетні джерела, що можуть постачати молоді цю інформацію.

Для оцінки сформованості афективного компонента ставлення використовуються результати, отримані з двох пунктів опитувальника. Вони представляють собою модифікований варіант шкали самооцінки тривожності, розробленої Ч. Спілбергом і Ю. Ханіним. Питання, що входять до афективного блоку використовується для визначення особливостей емоційного стану (зокрема й рівня тривожності), пов’язаного з переживанням стану здоров’я (благополуччя) і станом нездужання (погіршення самопочуття). Таким чином, у результаті ми отримуємо показник емоційного фону здоров’я та рівня тривожності в ситуаціях, коли воно погіршується.

За допомогою ціннісно-мотимаційного блоку ми маємо змогу з’ясувати місце здоров’я в системі термінальних та інструментальних цінностей молоді, а також визначити головні мотиви нехтування здоров’ям. Конативний компонент розкривався через загальний показник самозбережувальної активності та поведінки в ситуаціях, пов’язаних із погіршенням стану здоров’я.

Для дослідження суб’єктивного благополуччя ми використовували **опитувальник «Задоволеності якістю життя» Н. Водоп’янової.** У подальшому ми його адаптували, щоб зміст деяких пунктів відповідав віковим особливостям нашої вибірки. Так, наприклад, перший пункт щодо «роботи (кар’єри)» ми доповнили «навчанням». Пункт «відносини з дітьми (своїми або чужими)» ми замінили на «відносини з родичами», пункт під назвою «відносини на роботі (з колегами, керівництвом)» було замінено на «відносини з різними учасниками навчального процесу (з однокурсниками, викладачами, керівництвом)». Отже, опитувальник містить 36 запитань, які рівномірно розподіляються за такими сферами життя: навчання/робота, особисті досягнення, здоров’я, спілкування з близькими людьми (друзі, родичі), підтримка (внутрішня і зовнішня – соціальна), оптимістичність, напруженість (фізичний і психологічний дискомфорт), самоконтроль, негативні емоції (настрій). Відповідно до ключа підраховується сума балів для кожної сфери життєдіяльності (9 субшкал, кожна містить по 4 запитання). Мінімальна сума для кожної субшкали дорівнює 4 балам, максимальна – 40. Оцінки по субшкалам відповідають поняттю «задоволеність з різних сфер життєдіяльності». Чим менше балів, тим сильніша психічна напруженість і нижче задоволеність якістю життя в відповідній сфері. Також підраховується загальний індекс якості життя (ІЯЖ), який дорівнює середньому значенню балів, набраних за всіма дев’ятьма субшкалами. Аналізу підлягали як шкали опитувальника, так і окремі його пункти.

**Опитувальник** **рівня суб’єктивного контролю** (РСК) розроблено в НДІ ім. В. Бехтерева на основі шкали Дж. Роттера та опублікований Є. Бажиним та ін. Опитувальник «РСК» призначається для діагностування інтернальності-екстернальності, тобто готовності людини брати на себе відповідальність за різні аспекти свого життя. Опитувальник складається з 44 висловлювань, з якими досліджуваний повинен погодитися («+») або не погодитися («-») по шкалі від 1 до 3. Опитувальник включає сім шкал: загальна інтернальність (Із), інтернальність у сфері досягнень (Ід), інтернальність у сфері невдач (Ін), інтернальність у сімейних відносинах (Іс), інтернальність у сфері виробничих відносин (Ів), інтернальність в міжперсональних відносинах (Ім), інтернальність у сфері здоров’я та хвороби (Із). Результатом застосування цієї методики є з’ясування рівня суб’єктивного контролю, провідного типу атрибуції відповідальності за своє здоров’я та інші аспекти життя особи.

**Методика вивчення ціннісних орієнтацій М. Рокича** базується на прямому ранжуванні списку цінностей. Досліджуваному пропонуються два списки цінностей (у кожному по 18), яким він приписує певний ранговий номер. Спочатку пропонується набір термінальних, а потім – інструментальних цінностей. Зауважимо, що використання цієї методики дозволяє з’ясувати місце здоров’я, як провідної життєвої цінності, у системі термінальних цінностей, а також визначити ієрархію цінностей-засобів, які досліджувані сприймають як еталони.

***До другого блоку*** методик було включено опитувальник «Ставлення до здоров’я» Р. Березовської, модифікований нами опитувальник «Задоволеність якістю життя» Н. Водоп’янової, опитувальник «РСК», адаптований Є. Бажиним, але для вимірювання ціннісної сфери в досліджуваних ми використовували «Ціннісний опитувальник» Ш. Шварца [63, с. 57].

В основу даного опитувальника покладено концепцію М. Рокича про існування термінальних та інструментальних цінностей, ідеї індивідуалізму та колективізму Г. Хофстеда, а також концепцію самого автора про мотиваційну мету цінностей та їхню універсальну природу. Цінності розглядаються Ш. Шварцом як когнітивні репрезентації трьох універсальних груп потреб: біологічних (вітальних) потреб; взаємодії, необхідної для міжособистісної координації та задоволення суспільного благополуччя, а також виживання. Ш. Шварц зазначає, що найбільш істотним змістовним аспектом, за яким відрізняються цінності, є тип мотиваційної сфери, тому автор згрупує окремі цінності в блоки: гедонізм; безпека; соціальна влада; досягнення; стимуляція; самостійність; універсалізм; конформізм; зрілість; традиції, духовність. Крім цього, цінності можна класифікувати за інтересами (індивідуальні чи колективні), а також за класами цілей, до яких вони належать (термінальні або інструментальні).

У своєму дослідженні ми використовували першу частину методики, яка визначає нормативні ідеали, цінності особи на рівні переконань, а також структуру цінностей, яка має найбільший вплив на її життєдіяльність. Ця частина опитувальника складається з двох списків слів, які описують 57 цінностей. Перший список утворюють термінальні цінності, сформульовані як іменники, а в другому списку наведено інструментальні цінності, виражені як прикметники. Респонденти повинні оцінити міру значущості кожної цінності за шкалою від – 1 до 7 балів. Чим вищий бал, тим більш значущою є ця цінність.

***Третій*** ***блок*** складався з такого психологічного інструментарію: тест «Індекс ставлення до здоров’я» С. Дерябо та В. Ясина [48, с. 15–16], «Опитувальник якості життя» З. Дудченка, а також «Ціннісний опитувальник» Ш. Шварца та опитувальник «РСК», адаптований Є. Бажиним та ін.

Коротко представимо цей діагностичний інструментарій. Отже, методика «Індекс ставлення до здоров’я» (С. Дерябо та В. Ясин) вимірює такий параметр ставлення до здоров’я, як інтенсивність. На переконання авторів методики, інтенсивність ставлення до здоров’я включає чотири компоненти (емоційний, пізнавальний, практичний і вчинковий), які відповідним чином організовано в чотири субтести.

Високі бали за емоційною шкалою свідчать про те, що випробуваний здатний насолоджуватися своїм здоров’ям, отримувати естетичне задоволення від здорового організму. Інакше кажучи, він піклується про здоров’я не тільки тому, що це «необхідно», не під тиском обставин, а заради задоволення. Низькі бали говорять про те, що здоров’я у такої людини не викликає емоцій, турбота про здоров’я для нього – просто необхідність.

Високі бали за пізнавальною шкалою говорять про те, що досліджуваний виявляє інтерес до проблеми здоров’я, сам активно шукає відповідну інформацію в різних джерелах. Низькі бали вказують на те, що людина готова сприймати інформацію про здоров’я, що надходить від інших людей, але сама не проявляє активності щодо її пошуку.

Високі бали за практичною шкалою свідчать про те, що людина активно піклується про своє здоров’я: відвідує різні спортивні секції, робить спеціальні вправи, займатися оздоровчими процедурами тощо. Низькі бали говорять про те, що така людина лише якоюсь мірою готова включатися в діяльність по збереженню та зміцненню власного здоров’я.

Вчинкова шкала встановлює, якою мірою проявляється ставлення людини до здоров’я, здорового способу життя, виходячи з її вчинків. Високі бали за цією шкалою вказують на те, що людина активно прагне змінювати своє оточення: намагається вплинути на ставлення до здоров’я оточуючих людей, стимулює їх вести здоровий спосіб життя, пропагує різні засоби оздоровлення організму, взагалі створює навколо себе здорове середовище. Низькі бали говорять про те, що ставлення до здоров’я залишається «особистою справою», тобто така людина не прагне певним чином змінити своє оточення.

Також методика дозволяє дослідити показник інтенсивності ставлення до здоров’я (наскільки в цілому воно сформоване в особи та наскільки воно проявляється), який розраховується шляхом підсумовування балів за чотирма попередніми шкалами.

Тест «Індекс ставлення до здоров’я» побудовано за принципом альтернативних полюсів. Досліджуваному надаються 24 пари висловлювань (А і Б) і пропонується вибрати те з них, яке більше відповідає його думці. Він може вибрати або варіант А, або варіант Б, чи поставити стрілку в бік одного з варіантів («скоріше А, ніж Б» і «скоріше Б, ніж А»). Результати розраховуються за допомогою ключа. За повну відповідність відповіді досліджуваного до відповіді в ключі надається 3 бали, за стрілку, спрямовану в бік цієї відповіді, – 2 бали, за стрілку в протилежний бік – 1 бал, за відповідь, протилежну зазначеній у ключі, – 0 балів. Потім підраховується сума балів за кожною шкалою. Загальний показник – це сума балів за чотирма шкалами. Отримані середні числа «сирих» балів переводяться в станайни за допомогою таблиці.

Для дослідження самооцінки якості життя можна використовувати **«Опитувальник якості життя» З. Дудченка**, який містить 15 запитань, що стосуються різних параметрів якості життя досліджуваних. Оцінка якості здоров’я проводиться з позицій єдності фізичних, психічних і соціальних складових, тому використовуються три шкали – фізичної, психічної і соціальної задоволеності. Отже, оцінюються такі параметри якості життя:

* матеріальний добробут (загальний добробут сім’ї; особистий заробіток);
* житлові умови (розміри житлової площі; впорядкованість квартири);
* район проживання (кліматичні, екологічні, побутові умови);
* сім’я;
* харчування (різноманітність продуктів споживання, кількість їжі);
* сексуальне життя;
* відпочинок (сон, фізична активність);
* положення в суспільстві;
* робота (відносини з керівництвом, стосунки з колегами, професійне зростання, задоволеність своєю роботою);
* духовні потреби;
* соціальна підтримка;
* здоров’я родичів (дітей, чоловіка чи дружини);
* стан власного здоров’я;
* психічний стан (настрій, переживання, задоволеність собою);
* життя в цілому.

Кожна з указаних сфер оцінюється досліджуваним по 100-бальній шкалі: від 0 балів (дуже поганий стан) до 100 балів (дуже гарний стан). Підраховується середній бал для кожної з 15 шкал і виділяється рівень якості життя у відповідній сфері. Крім цього, розраховується загальний показник якості життя, шляхом підсумовування балів за всіма шкалами та знаходження середнього значення.

***Четвертий блок методик склали:*** тест«Індекс ставлення до здоров’я» С. Дерябо та В. Ясина, шкала «Емоційна сторона суб’єктивного благополуччя» В. Соколової, методика «Рівень співвідношення цінності та доступності в різних сферах життєдіяльності» (РСЦД) О. Фанталової, Опитувальник «РСК» в адаптації Є. Бажина та ін.

Коротко зупинимося на тому психодіагностичному інструментарії, який ще не було описано. **Шкала «Емоційна сторона суб’єктивного благополуччя»** (В. Соколова) представляє собою психодіагностичний інструмент для вимірювання емоційного комфорту (ЕК). Шкала складається з 17 пунктів, зміст яких пов’язаний з емоційним станом, соціальним становищем і деякими фізичними симптомами. Відповідно до змісту пункти розподіляються на шість блоків: напруженість і чутливість; ознаки, що супроводжують основну психоемоційну симптоматику; зміни настрою; значимість соціального оточення; самооцінка здоров’я; рівень задоволеності з повсякденної діяльності. Результати можна представляти як окремо по кожному з пунктів, що надає змогу виявити зони особливої напруги або конфлікту, так і в цілому, розрахувавши показник наявності та глибини емоційного дискомфорту особи.

Вивчення системи ціннісних орієнтації і внутрішніх конфліктів особи може здійснюватися за допомогою **методики РСЦД** (О. Фанталова), в основу якої покладено процедуру багатовимірного шкалювання, а точніше попарного порівняння 12 життєвих сфер (понять, що відображають термінальні цінності в методиці М. Рокича) за критерієм їхньої цінності та доступності для людини на відповідний момент.

Для кожної життєво важливої сфери можна виділити кілька типів взаємозв’язків: 1) цінність і доступність цієї сфери повністю збігаються, що свідчить про відсутність внутрішнього конфлікту; 2) цінність і доступність цієї сфери частковозбігаються, що також свідчить про відсутність внутрішнього конфлікту; 3) показник цінності переважає показник доступності, що свідчить про наявність внутрішнього конфлікту; 4) показник доступності певної життєвої сфери переважає її цінність, що говорить про наявність «внутрішнього вакууму», спустошеності; 5) цінність та доступність повністю не збігаються, що свідчить про гострий мотиваційно-особистісний конфлікт.

Ця методика може допомогти нам виявити кількість внутрішніх конфліктів та визначити їхню гостроту, а також проаналізувати зв’язки між здоров’ям та іншими життєвими сферами досліджуваних. Інтегральний показник розраховується за формулою та дорівнює сумі розходжень по модулю між цінністю та доступністю для всіх життєвих сфер досліджуваних. Він указує на глибину мотиваційно-особистісних конфліктів, ступінь внутрішньої незадоволеності певною життєвоважливою сферою.

Таким чином, результатом проведення попереднього етапу стало формування остаточної батареї методик, що застосовувалася на констатувальному етапі дослідження. Необхідно зазначити, що відбір методик, які застосовувалися на другому етапі, відбувався шляхом встановлення кількості кореляційних зв’язків за блоками методик, що виявляють соціально-психологічні особливості ставлення до здоров’я. Ті блоки методик, які надавали найменшу кількість кореляційних зв’язків, було відхилено. За відносно рівних показників кількості кореляційних зв’язків у питанні відбору методичного апарату враховувалася близькість змісту методики до теми дослідження.

Так, наприклад, виявилося, що методика РСК (А. Бажина) мала незначну кількість кореляційних зв’язків саме у сфері здоров’я, що є одним із важливих аспектів нашого дослідження. Тому, для того, щоб отримати більш чіткі дані про рівень атрибуції відповідальності саме у сфері здоров’я, ми вирішили застосувати опитувальник «Локус контролю у сфері здоров’я», який створено на основі багатомірної шкали локусу контролю здоров’я (К. Уоллстон та Б. Уоллстон), та представлено в навчальному посібнику Дж. Грінберга [37, с. 148–150]. Опитувальник має три форми: форму «А» та «Б» слід використовувати для діагностики локусу контролю в здорових досліджуваних, у той час як форму «С» – для людей із медичними відхиленнями. Ми застосовували форму «А», яка складається з трьох шкал. Так, шкала внутрішнього локусу контролю відображає ступінь контролю досліджуваного за власним здоров’ям; шкала контролю «могутні інші» вимірює ступінь упевненості в тому, що за здоров’я досліджуваного відповідають наприклад, лікарі; шкала контролю «випадок/доля» відображає на скільки досліджуваний вірить у те, що його здоров’я залежить від вдачі, долі тощо. По кожній з цих шкал розраховувався середній бал та робився висновок про переважання одного або кількох типів локусу контролю здоров’я.

У нашому дослідженні конструкт «економічний статус» – це поєднання об’єктивної та суб’єктивної складових. Критерієм об’єктивної складової економічного статусу ми вирішили залишити запитання про середньомісячний дохід на кожного члена сім’ї, що відповідало економічному підходу. Для представлення критерію суб’єктивної складової ми вирішили використати **опитувальник «Суб’єктивне економічне благополуччя» В. Хащенка**, який вимірював суб’єктивну складову економічного статусу досліджуваних груп. Опитувальник складається з 26 пунктів, які організовано в такі шкали: економічний оптимізм/песимізм; поточний фінансовий стан сім’ї; фінансова депривованість; суб’єктивна адекватність доходу; економічна тривожність.

Обробка результатів полягає в підсумовуванні числових значень для всіх 26 пунктів і переведенню сумарного балу в стандартні значення. Висхідна послідовність градацій (від 1 до 5 балів ) чергується у випадковому порядку з низхідною (від 5 до 1 бала). Розрахунок інтегральний (загального) індексу суб’єктивного економічного благополуччя дозволяє отримати комплексний індикатор благополуччя/неблагополуччя різних сторін фінансово-матеріального життя особи.

Загалом на констатувальному етапі було використано наступний психодіагностичний інструментарій: опитувальник «Ставлення до здоров’я» Р. Березовської, опитувальник «Задоволеність з якості життя» Н. Водоп’янової, «Ціннісний опитувальник» Ш. Шварца, опитувальник «Локус контролю у сфері здоров’я» К. Уоллстон і Б. Уоллстон, представлений у навчальному посібнику Дж. Грінберга, опитувальник «Суб’єктивне економічне благополуччя» В. Хащенка, а також шкала самооцінки власного доходу.

Названі методики включають 31 шкалу: когнітивна, емоційна, поведінкова, ціннісно-мотиваційна; задоволеність з навчання/роботи, особистих досягнень, здоров’я, спілкування з близькими, підтримка, оптимістичність, напруженість, самоконтроль, негативні емоції (настрій); мотиваційно-ціннісні модуси – безпека, соціальна влада, досягнення, стимуляція, самостійність, універсалізм, конформізм, зрілість, традиції, духовність; внутрішній локус контролю, локус контролю «могутні інші», локус контролю «випадок/доля»; економічний оптимізм/песимізм, поточний фінансовий стан сім’ї, фінансова депривованість, суб’єктивна адекватність доходу, економічна тривожність.

Важливим аспектом вивчення когнітивного компоненту ставлення до здоров’я є дослідження уявлення молоді про здоров’я, тобто те, що вони розуміють під цим поняттям. Реконструкція соціального уявлення дозволяє, на нашу думку, глибоко зрозуміти когнітивний аспект ставлення до здоров’я, осмислити існуючу соціальну дійсність, а також визначити технології проведення оздоровчих практик серед молоді, що належить до груп із різним економічним статусом. Тож, спираючись на концептуальний підхід Ж. Абріка, ми застосували метод контент-аналізу та методику прототипічного аналізу П. Вержеса з метою виявлення елементів, які відносяться до ядерної та периферійної зон уявлення. Згідно з ідеєю П. Вержеса, поняття, виявлені за допомогою асоціативної методики, повинні піддаватися прототипічному та категоріальному аналізу, спираючись на два параметри: частота появи того чи іншого поняття у відповідях респондентів і його ранг. Використання такого показника, як частота, є емпіричним індикатором консенсусу – принципу, що лежить у основі структурного підходу в аналізі соціального уявлення. Використання рангу появи асоціації є емпіричним індикатором важливості даного поняття для досліджуваних.

Таким чином, у результаті проведення попереднього етапу дослідження було виявлено, що вибраний блок методик дозволяє реалізувати дослідницькі завдання, тобто діагностує соціально-психологічні особливості ставлення молоді до здоров’я, які буде визначено та описано в наступних пунктах нашої роботи.

На основі теоретичного аналізу та результатів, отриманих на попередньому етапі дослідження, ми визначили економічний статус досліджуваних шляхом поєднання об’єктивного та суб’єктивного критеріїв, за яким було сформовано групи молоді з різним економічним статусом.

На основному етапі дослідження взяло участь: 45,1% – чоловіки, 54,9% – жінки, серед яких 55,6% студенти та 44,4% безробітних. Такий вибір досліджуваних обумовлено тим, що студенти, які навчаються на спеціальностях (банківська справа, менеджмент зовнішньоекономічної діяльності, маркетинг тощо), оплата за навчання яких є досить високою відносно середньомісячної заробітної платні українця передбачає наявність високого рівня фінансового забезпечення сім’ї. Зважаючи на це, ми побудували гіпотезу, що їхній показник, принаймні за об’єктивним критерієм економічного статусу, буде вище, ніж у студентів, які навчаються на бюджетній основі за спеціальностями технічного напрямку, а також, за нашим міркуванням, низькі показники за об’єктивним критерієм економічного статусу буде мати безробітна молодь.

Слід зауважити, що до груп досліджуваних не було включено молодь, що працює, адже існує досить багато досліджень цієї категорії молоді щодо стану її здоров’я та ставлення до нього. Так, А. Хасанова зазначає, що молодь, яка відноситься до категорії «працююча» (старша ніж 22 років) має більш усвідомлене та ціннісне ставлення до здоров’я на відміну від «молоді, що навчається» (віком від 14 до 22 років) або «безробітної» молоді. Вчена підкреслює, що саме «працююча молодь» володіє достатньо сформованими навичками піклуванням за власним здоров’ям, самостійністю в регулюванні умов якості свого життя та спрямованістю на активну поведінку щодо здоров’я. Така відповідальна позиція працюючої молоді, на нашу думку, пов’язана з усвідомленням того, що саме здоров’я виступає запорукою їхнього добробуту, а також ефективної, успішної професійної діяльності. Е. Лібанова вказує, що продуктивна зайнятість молоді має позитивний вплив на відчуття нею суб’єктивного благополуччя [82].

Таким чином, безробітна молодь, а також студенти, які найбільш схильні до нестійких форм зайнятості, об’єктивно мають менше можливостей для покращення якості свого життя. Представники цієї групи мають більш високі показними здоров’я та задоволеності ним, тому що вони більш спроможні контролювати своє життя, адже людині важливо відчувати, що те, що відбувається з нею в житті, можна пояснити, а значить і передбачити, що вона має необхідні засоби для того, щоб задовольняти свої потреби. Їм більше притаманне так зване «почуття співвідношення» (sense of coherence), яке, за словами А. Антоновського, включає гаму відчуттів людини, що є принципово значущими для її орієнтації в житті та збереження здоров’я.

Наведені результати досліджень дають підстави стверджувати, що в контексті визначення соціально-психологічних особливостей ставлення до здоров’я саме категорії студентської та безробітної молоді потребують подальшого більш глибокого наукового аналізу.

Для виокремлення груп із різним економічним статусом ми аналізували дані за всією вибіркою, а не окремо, за кожною віковою чи соціальною підгрупою. Визначення суб’єктивного критерія економічного статусу відбувалося за допомогою опитувальника «Суб’єктивне економічне благополуччя» (В. Хащенко). За результатами обробки даних за цим опитувальником досліджуваних розділено на три підгрупи: з низьким (29,2%), середнім (39,7%) та високим суб’єктивним економічним благополуччям (31,1%).

Визначення об’єктивного критерію економічного статусу відбувалося за допомогою закритого запитання: «Вкажіть рівень доходу на кожного члена вашої сім’ї», де пропонувалося п’ять варіантів рівня доходу (від 500 до 2500 грн. та вище), що дозволило зменшити суб’єктивну переоцінку або недооцінку фінансового становища досліджуваного та отримати більш-менш об’єктивну відповідь.

За результатами опитування розподіл відповідей респондентів на зазначене вище запитання виявився таким: 7,6% досліджуваних зазначає, що має рівень доходу < 500 грн./міс.; 19,4% має рівень доходу від 500 до 1000 грн./міс.; 22,9% має від 1000-1500 грн./міс доходу і 22,5% має від 1500-2000 грн./міс. Найбільший показник (27,6%) рівня доходу ми отримали на п’ятий варіант відповіді, тобто більше ніж 2000 грн./міс.

Для подальших розрахунків ми поділили вибірку на три групи за рівнем доходу: низький рівень (500 – 1000 грн.), що склало 27%; середній (від 1000 грн. до 2000 грн.) – 45,4%; високий (понад 2000 грн.), що складало 27,6% від усієї вибірки.

Таблиця 2.1

Поєднання об’єктивного та суб’єктивного критеріїв економічного статусу

|  |  |
| --- | --- |
| Об’єктивна складова(критерій – рівень доходу) | Суб’єктивна складова (критерій – рівень СЄБ**)** |
| *низький показник* | *середній показник* | *високий показник* |
| *низький показник*(≤ 1000 грн./міс) | **1** | **1** | 2 |
| *середній показник*(1000-2000 грн./міс) | **1** | 2 | **3** |
| *високий показник*(≥ 2000 грн./міс) | 2 | **3** | **3** |

Зважаючи на розглянуті вище результати і принцип нормального розподілу, було вирішено віднести до групи із низьким економічним статусом ту молодь, у якої рівень суб’єктивного критерію низький або середній, при цьому об’єктивний критерій так само низький або середній. Зависокого прояву суб’єктивного та об’єктивного критеріїв, або середнього рівня прояву одного з них молодь було віднесено до групи з високим економічним статусом.

Випробувані, які мали середні показники як за об’єктивним, так і за суб’єктивним критеріями економічного статусу (65 осіб), а також молодь із «суперечливим» поєднанням цих критеріїв (однин із них мав високий рівень прояву, а другий – низький або навпаки – 23 особи) склали проміжну групу.

Таким чином, ми об’єднали молодь у групи: з низьким та високим економічним статусом по 108 та 119 осіб відповідно, кількість випробуваних у проміжній групі склала 88 осіб, що відображено в таблиці 2.1., де: 1 – низький економічний статус; 2 – проміжна група; 3 – високий економічний статус.

У результаті статистичної обробки отриманих даних ми з’ясували, що до групи з низьким економічним статусом потрапило 53,7% жінок та 46,3% чоловіків, до групи з високим економічним статусом – 42,9% та 57,1% осіб чоловічої та жіночої статі відповідно. Проміжну групу склало 53,4% жінок та 46,6% чоловіків. Використання непараметричного критеріюН-Краскала-Уоллеса для трьох незалежних вибірок дало змогу з’ясувати, що стать не впливає на належність молоді до груп з низьким і високим економічним статусом або до проміжної групи (p≥0,8).

На основі теоретичного аналізу проблеми дослідження було виявлено, що схильність до поганих звичок частіше зустрічається серед соціально-неблагополучного населення, тож ми вирішили дослідити цю закономірність сред нашої вибірки за допомогою створення таблиць спряженості та використання тесту χ² Пірсона. За результатами означеної процедури можна констатувати, що наявність поганих звичок дійстно частіше зустрічається серед молоді з низьким, аніж з високим економічним статусом або в молоді проміжної групи (42,8% проти 30,2% та 26,8% відповідно), що підтверджується статистичною значущістю відмінностей (p≥0,01).

**2.2. Особливості ставлення до здоров’я в контексті прояву його компонентів у осіб з різним економічним статусом**

Для виявлення особливостей ставлення до здоров’я молоді з різним економічним статусом було проведено порівняльний аналіз середніх значень за основними структурними компонентами ставлення: когнітивним, афективним і конативним. Перш ніж переходити до представлення даних, слід зазначити, що за результатами багатьох досліджень найбільш виразні відмінності в здоров’ї встановлено в молоді, що належить до полярних груп за об’єктивним або суб’єктивним благополуччям, на відміну від молодих людей базового (середнього) прошарку, яка має середні показники здоров’я. Проведений нами аналіз дозволив виявити схожі результати: молодь проміжної групи має середні показники за проявом компонентів ставлення, які статистично значуще не відрізняються від двох інших груп молоді. Тож, спираючись на результати досліджень, а також отримані дані в ході нашої роботи, було вирішено не включати проміжну групу до подальшого аналізу. Таким чином, ми спрямували наше досдідження на виявлення відмінностей у ставленні до здоров’я молоді з низьким і високим економічним статусом.

Когнітивний компонент ставлення до здоров’я складався з двох параметрів, перший із яких відображав перелік різноманітних джерел, які впливають на обізнаність молоді в питаннях про здоров’я, тобто інформаційний параметр; другий – відображав чинники, що, на їхню думку, здебільшого впливають на здоров’я.

Виявилося, що лікарі користуються найбільшим авторитетом серед молоді з високим економічним статусом (М=5,3, SD=1,4), ніж серед представників із низьким економічним статусом (М=4,7, SD=1,6). Ця різниця підтверджується шляхом порівняння двох груп молоді з використанням параметричного критерію t-Стьюдента (р≤0,001). Аналіз представлених даних дозволяє говорити, що найменший вплив на поінформованість у сфері здоров’я має такий різновид ЗМІ, як друковані видання (М=3,7, SD=1,5) – молоді з низьким економічним статусом та (М=3,8, SD=1,7) – молоді з високим економічним статусом.

Статистично значущі відмінності (р≤0,02) виявлено за таким чинником, як спосіб життя. На нашу думку, це може свідчите про те, що молодь, яка відноситься до групи з високим економічним статусом, більше усвідомлює власну роль у зміцненні здоров’я, а також розуміє, що (за умови рівності та доступності всіх інших ресурсів) саме прийняття особистої відповідальності може змінити стан здоров’я в позитивний бік.

В обох групах молоді рівень усвідомлення чинників, що впливають на здоров’я, а також рівень поінформованості в питаннях збереження здоров’я, має показник вищий за середнє значення (М=2,1), тобто молодь добре усвідомлює різні фактори, які можуть погіршувати чи покращувати стан здоров’я. Зважаючи на високі показники по кожному з параметрів, можна стверджувати, що як у групі з низьким, так і в групі з високим економічним статусом когнітивний компонент ставлення до здоров’я сформовано на високому рівні.

Наступним кроком нашого аналізу когнітивного компоненту ставлення стало дослідження структури та змісту уявлення молоді про здоров’я. Молоді люди з низьким економічним статусом (108 осіб) запропонували 502 асоціації зі словом «здоров’я», що в середньому склало 4,5 слова. Основному аналізу підлягали тільки ті поняття, які відтворювалися не менше ніж 5% досліджуваних. За допомогою контент-аналізу ми об’єднали отримані асоціації у словник понять, до якого ввійшло 295слів та словосполучень. Застосування методики прототипічного аналізу П. Вержеса для виявлення структури уявлення молоді про здоров’я дозволило встановити, що елементи зон ядра та периферії складають 58% від усіх запропонованих висловлювань (див. табл. 2.2.).

Таблиця 2.2

Елементи, що утворюють ядро та периферію уявлення про здоров’я

молоді з низьким економічним статусом

|  |  |
| --- | --- |
| Частота асоціації | Середній ранг асоціації |
| < 2,9 | ≥ 2,9 |
| ≥ 9 | **I зона****Ядро**

|  |
| --- |
| Спорт (57; 2)Сила (13; 2,3)Життя (12; 2,8)Лікар (9; 2,3) |
|  |

 | **ІІІ Зона****1 ПС**Харчування (31; 3,3)Щастя (17; 3,1)Відпочинок (11; 2,9)Сон (10; 4,2)Погані звички (9; 3,1)Секс (9; 3,5) |
| < 9 | **ІІ Зона****1 ПС**Краса (7; 2,1)Активний спосіб життя (7; 2,4)Повітря (7; 2,7)Ліки (6; 2,5)Режим (6; 2,6)Біг (6; 2,6)Вітаміни (6; 2,8)Хвороба (5; 2,2)Самопочуття (5; 2,2)Молодість (5; 2,6)Фрукти (5; 2,8) | **Зона** **IV****2 ПС**Лікарня (8; 3,1)Благополуччя (7; 3,1)Настрій (7; 3,6)Вода (5; 3,1)Здоровий спосіб життя (5; 3)Чистота (5; 3)Фізкультура (5; 3,2)Сім’я (5; 3,8)Успіх (5; 4,1) |
| Примітка – тут і далі перше число позначає частоту повторюваності поняття, друге – його ранг.  |

Зона ядра уявлення про здоров’я представлена такими елементами, як спорт, сила, життя, лікар. Першу периферичну систему (зону потенційних змін) складають: краса, активний спосіб життя, повітря, ліки, режим, біг, вітаміни, хвороба, самопочуття, молодість, фрукти, харчування, щастя, відпочинок, сон, погані звички та секс. До другої периферичної системи відносяться такі елементи, як лікарня, благополуччя, настрій, вода, здоровий спосіб життя, чистота, фізкультура, сім’я, успіх.

Найбільш цитовані елементи та водночас ті, що згадуються молоддю з низьким економічним статусом, у першу чергу, складають зону ядра – спорт, сила, життя. Ці елементи уявлення найбільш стійкі до змін та соціальних перетворень. У структурі уявлення, крім елементу «спорт», присутні інші елементи, які визначають активний спосіб підтримки здоров’я, але вони не відносяться до ядерної зони – біг, харчування, фізкультура, спосіб життя (активний і здоровий), що належить до першої та другої периферичної систем. На наш погляд, більш пасивні способи збереження здоров’я розкриваються через такі елементи, як: режим, харчування, сон (потенційна зона змін). Здоров’я у фізичному та емоційному контекстах розкривається через такі центральні елементи уявлення, як життя та сила, а також секс, молодість, краса, щастя, які складають периферійну зону уявлення. Зазначені елементи, на наш погляд, утворюють зовнішній бік здоров’я, пов’язаний з емоційним реагуванням та фізичним станом молоді. Такий елемент ядерної зони уявлення як «лікар» пов’язаний із іншими асоціаціями, які розподіляються в обох перифичних зонах: ліки, хвороба, погані звички, самопочуття тощо.

Подальший аналіз усіх запропонованих елементів уявлення про здоров’я відбувався шляхом експертної оцінки ряду асоціацій та віднесення їх до запропонованих категорій. Для визначення міри узгодження між відповідями експертів ми застосували коефіцієнт каппи Коена, значення якого дало нам можливість стверджувати про високий рівень узгодження їхніх відповідей (k=0,67). Тож, з опорою на елементи зони ядра було виділено основні категорії уявлення молоді про здоров’я з низьким економічним статусом: способи збереження здоров’я (спорт, здоровий і активний способи життя, режим, біг, харчування, фізкультура); тілесна та психоемоційна (сила, життя, хвороба, молодість, краса, секс, самопочуття, настрій, щастя); чинники впливу на здоров’я (лікар, ліки, лікарня, погані звички, вітаміни, фрукти). Додаткові категорії, пов’язані з уявленням про здоров’я: соціальна (сім’я, успіх, благополуччя); зовнішнє середовище (повітря, вода, чистота). Апелюючи до категоріального аналізу уявлення молоді про здоров’я, можна стверджувати, що воно відображає специфіку структурних компонентів її ставлення до здоров’я. Так, ключовими складовими уявлення про здоров’я є вказівки на способи збереження здоров’я, що відповідає конативному компоненту ставлення, тілесний та психоемоційний аспект здоров’я з переважанням позитивних емоційних проявів – афективному компоненту ставлення до здоров’я, а також вказівки на чинники впливу на здоров’я досліджуваної групи молоді, що співвідноситься з когнітивним компонентом ставлення.

Наступним кроком став аналіз уявлення про здоров’я молоді, що мала високий економічний статус. Досліджувані (119 осіб) запропонували 562 асоціації зі словом «здоров’я», що в середньому склало 4,7 слова. За допомогою контент-аналізу ми об’єднали отримані асоціації у словник понять, до якого увійшло 326слів та словосполучень. Застосування методики прототипічного аналізу П. Вержеса для виявлення структури уявлення досліджуваних про здоров’я дало змогу встановити, що елементи зон ядра та периферії склали 57% від усіх запропонованих висловлювань (див. табл. 2.3.).

Таблиця 2.3

Елементи, що утворюють ядро та периферію уявлення про здоров’я

молоді з високим економічним статусом

|  |  |
| --- | --- |
| Частота асоціації | Середній ранг асоціації |
| < 3 | ≥ 3 |
| ≥ 14 |

|  |
| --- |
| Спорт (77; 1,6)Життя (28; 2,6)Щастя (21; 2,3) |
| Сила (14; 2,3) |

 | Сон (19; 3,2)Відпочинок (16; 3,4)Радість (16; 3,7) |
| < 14 | Сім’я (13; 2,5)Їжа (13; 2,4)Здоровий спосіб життя (9; 2,3)Діти (9; 2,6)Активність (7; 2,6)Успіх (7; 2,4) | Повітря (13; 3,5)Секс (11; 3,3)Вода (10; 3)Робота (9; 4)Благополуччя (8; 3,5)Екологія (7; 3)Природа (7; 3,4)Хороший настрій (6; 3,8)Біг (6; 4)Вітаміни (6; 3,3) |
| Примітка – тут і далі перше число позначає частоту повторюваності поняття, друге – його ранг.  |

Зона ядра уявлення про здоров’я представлена такими елементами, як спорт, життя, щастя, сила. Першу периферичну систему (зону потенційних змін) складають: сім’я, їжа, здоровий спосіб життя, діти, активність, успіх, сон, відпочинок, радість. До другої периферичної системи відносяться такі елементи, як повітря, секс, вода, робота, благополуччя, екологія, природа, хороший настрій, біг, вітаміни.

Та само, як і в попередньої групи, у структурі уявлення молоді з високим економічним статусом присутні елементи, що визначають активний і пасивний способи підтримки здоров’я: здоровий спосіб життя, спорт, біг, а також сон і відпочинок. Здоров’я у фізичному та психоемоційному контекстах розкривається через такі центральні елементи уявлення, як життя, сила, щастя, а також секс, радість, хороший настрій, які створюють периферичну зону уявлення.

Наступним етапом аналізу уявлення про здоров’я було залучення експертної оцінки асоціацій та віднесення їх у запропоновані категорії. Для визначення міри узгодження між відповідями експертів ми застосували коефіцієнт каппи Коена, його значення було ще більш високим, ніж у групи з низьким економічним статусом (k=0,77). Тож, з опорою на елементи зони ядра було виділено основні категорії уявлення молоді про здоров’я: способи збереження здоров’я (спорт, біг, здоровий спосіб життя, активність, сон, відпочинок); тілесна та психоемоційна (сила, життя, секс, щастя, радість, хороший настрій). У групі з високим економічним статусом відбулося переструктурування уявлення про здоров’я. Так, наприклад, категорія «чинники впливу на здоров’я», до якої було віднесено «їжу та вітаміни», втратила свою центральність та стала додатковою.

Серед інших додаткових категорій, що описують уявлення молоді про здоров’я, представлено: соціальну (сім’я, діти, успіх, благополуччя, робота); зовнішнє середовище (повітря, вода, екологія, природа).

Отже, ключовими складовими уявлення молоді з високим економічним статусом, з опорою на ядро, є вказівки на способи збереження здоров’я, що зближує його з конативним компонентом ставлення; тілесний і психоемоційний аспект здоров’я, який відповідає афективному компонентові ставлення до здоров’я. Зазначимо, що вказівки на чинники впливу на здоров’я в досліджуваної групи молоді відсутні. За змістом ядро та периферична зони уявлень про здоров’я в досліджуваних групах молоді дуже схожі між собою, за винятком того, що в ядрі уявлення першої групи присутній такий елемент як «лікарі».

Афективний компонент має важливе значення для формування адекватного ставлення, адже переважання позитивних емоцій, які супроводжують здорову людину сприяють активній цілеспрямованій діяльності суб’єкта по збереженню власного здоров’я. Для визначення специфіки афективного компоненту ставлення до здоров’я ми провели порівняльний аналіз його прояву в досліджуваних групах.

Керуючись статистичними даними щодо середніх значень, які надаються Р. Березовською, нами встановлено, що рівень прояву такого параметру як емоційний фон вищий за середнє значення як у групі з низьким (М=49,7, SD=10,3), так і в групі з високим економічним статусом (М=53,3, SD=8,9), що підтверджується статистично на рівні t=2,7, при р≤0,01. Щодо рівня тривожності в ситуаціях, пов’язаних із погіршенням здоров’я, ми виявили, що він також вище за вказану норми в обох групах, але молоді, що належить до першої групи, властиво ширший діапазон тривожних станів (М=42,5, SD=13), ніж молоді з високим економічним статусом (М=38,7, SD=10), що підтверджується на статистично значущому рівні (t=2,4, при р≤0,02). Таким чином, можна припустити висловити гіпотезу, що молодь, яка належить до групи з високим економічним статусом, відчуває більше позитивних емоцій, пов’язаних зі здоров’ям, вона менш напружена та тривожна, на відміну від молоді з низьким економічним статусом.

Незважаючи на переважання високих показників за позитивно забарвленими емоційними проявами, відчуття присутності загрози та стурбованість із цього приводу не покидає представників обох досліджуваних груп. Та все ж, статистично значущі відмінності в досліджуваних групах простежуються за такими емоційними проявами, як щастя (t=0,3, р≤0,01) та спокій (t=1,7, р≤0,1), що властиві молоді з високим економічним статусом. При цьому останній простежується на рівні тенденції.

Аналіз представлених даних дає змогу говорити, що найбільш вираженими емоційними проявами в ситуаціях, коли стан здоров’я погіршується є: відсутність спокою, стурбованість і смуток. Ці тривожні стани проявляються в обох досліджуваних групах молоді на високому рівні. Та все ж, статистично значущі відмінності між групами з низьким та високим економічним статусом існують за такими емоційними проявами, як страх (t=2,1, при р≤0,03), занепокоєння та знервованість t=2, р≤0,04, роздратованість (t=1,8, при р≤0,07), сором (UЕмп=465, р≤0,001).

Враховуючи всі вище зазначені особливості прояву афективного компоненту, можна стверджувати, що позитивний емоційний фон і тривожність у випробуваних із різним економічним статусом проявляється по-різному. Для молоді, яка має високий економічний статус, в емоційному аспекті властива спрямованість у бік переважання позитивно забарвлених емоцій, що також позитивно відображається на її життєдіяльності; у той час як молодь із низьким економічним статусом схильна концентруватися на негативних емоційних переживаннях, що звичайно погіршує здоров’я та якість життя в цілому. Таким чином, можна стверджувати, що прояв афективного компоненту ставлення до здоров’я за проявом позитивних емоцій вище в молоді з високим, ніж у представників із низьким економічним статусом.

Для виявлення особливостей поведінки молоді, пов’язаних зі збереженням і зміцненням здоров’я, або, навпаки, його погіршенням, нами аналізувався конативний компонент ставлення молоді до здоров’я. Для цього ми спочатку порівняли середні значення прояву конативного компоненту в досліджуваних групах (М=34,7 для групи з низьким економічним статусом, та М=39,1 для групи з високим економічним статусом), зі стандартним показником за методикою Р. Березовської (М=41,8). Виявилося, що в першій групі рівень прояву конативного компоненту значно нижче середнього показника, у той час як у другій групі він наближається до середнього значення (р≤0,01). Це може свідчити, про слабкий прояв цього компоненту в групі з низьким економічним статусом, що проявляється в небажанні виконувати певні заходи для зміцнення та збереження фізичного та психологічного здоров’я. У групі з високим економічним статусом цей показник має середній рівень прояву, що свідчить про недостатню збережувальну активність та нестійку мотивацію щодо зміцення здоров’я.

У цілому молодь з високим економічним статусом має більш широкий набір різних способів зміцнення та збереження здоров’я, які пов’язані переважно з активним способом життя, фізичними навантаженнями та вольовою регуляцією.

Для того, щоб виявити статистично значущі відмінності в поведінкових стратегіях кожної з досліджуваних груп, ми використали непараметричний критерій Манна-Уітні. Так, статистично значущі відмінності було виявлено за такими стратегіями, як: заняття фізичними вправами (p≤0,001), дотримання дієти (p≤0,05), загартовування (p≤0,05), слідкування за власною вагою (p≤0,01), уникання поганих звичок (p≤0,01) та заняття спортом (p≤0,01). Цікаво, що саме серед молоді з низьким економічним статусом було виявлено найбільший показник поганих звичок, що підтверджується на рівні поведінки їхньою схильність до зловживання цигарками,алкоголем тощо.

Підсумовуючи вищезазначені особливості в прояві конативного компоненту ставлення до здоров’я необхідно зазначити, що в цілому він має недостатній рівень, що свідчить про слабку здатність молоді регулювати стан власного здоров’я та самостійно виконувати певні дії, які спрямовуватимуться на збереження не тільки фізичного, але й психологічного здоров’я.

Спираючись на представлені результати, можна констатувати, що стримувальні мотиви щодо збереження власного здоров’я притаманні найбільше групі молоді з низьким економічним статусом (t=5,7 p≤0,001). Статистично значущою у двох групах є відмінність за такими мотивами: небажання слідкувати за здоров’ям самостійно (t=3,5 p≤0,001); наявність важливіших справ (t=2,8 p≤0,01); відсутність умов (t=4,7 p≤0,001), коштів (t=2,7 p≤0,01), сили волі (t=2, p≤0,05) і вільного часу (t=4,5 p≤0,001).

У процесі аналізу смислового навантаження домінуючих мотивів нехтування молоддю здоров’ям було вирішено розподілити їх на дві підгрупи відповідно до локалізації: внутрішні, з опорою на себе, та зовнішні, з опорою на чинники зовнішнього середовища. Виявляється, що молодь із низьким економічним статусом схильна пояснювати недостатність турботи за власним здоров’ям зовнішніми чинниками.

Аналіз наведених даних дозволяє стверджувати, що рівень і тип атрибуції відрізняється в молоді з різним економічним статусом. Так, наприклад, серед представників із високим економічним статусом переважає внутрішній локус контрою (М=21, SD=3,5) та атрибуція за типом «могутні інші» (М=16, SD=4,3). Що стосується молоді з низьким економічним статусом, то в цій групі превалює так само внутрішня атрибуція відповідальності (М=19, SD=4,1) і локус контролю за типом «випадок/доля» (М=17, SD=4,7).

Порівнюючи показники за типом атрибуції, ми бачимо, що статистично значущі відмінності спостерігаються в прояві внутрішнього локусу контролю: він вищий у молоді з високим економічним статусом (t=3, р≤0,001), трохи менше проявляється локус контролю за типом «могутні інші» (t=2, р≤0,05).

Приписування відповідальності за власне здоров’я певним випадковим подіям або долі більш притаманне молоді з низьким економічним статусом, що підтверджується статистично (t=3, р≤0,01). Співвіднесення середніх значень за кожним типом відповідальності зі стандартними даними дозволило встановити, що кожний із типів локусу контролю має помірний рівень прояву. Це свідчить про недостатній рівень власної відповідальної поведінки, пов’язаної зі збереженням здоров’я.

**2.3. Організація дослідження можливостей корекції негативного прояву особливостей ставлення до здоров’я осіб з різним економічним статусом**

На основі констатувального етапу дослідження було виокремлено сукупність соціально-психологічних особливостей ставлення молоді до здоров’я, які отримали такі назви: «схильність до емоційної та вольової саморегуляції в спілкуванні», «наявність соціальної підтримки», «негативний фон психофізичного самопочуття», «позитивний фон психофізичного самопочуття», «способи збереження фізичного здоров’я», «атрибуція відповідальності компетентним іншим», «особистісні ресурси досягнення благополуччя», «орієнтація на соціально-бажану поведінку», «спрямованість на професійну самореалізацію та соціальне визнання», «гедоністична мотивація в життєдіяльності», «атрибуція відповідальності за здоров’я випадку/долі», «відчуття внутрішньої свободи та задоволеності», «національна безпека та справедливість», «безпорадність у ставленні до здоров’я», «духовність і релігійна підтримка».

Із п’ятнадцяти отриманих особливостей ставлення до здоров’я було відібрано п’ять, що мали статистично значущі відмінності в молоді з низьким і високим економічним статусом та які зазнали подальшого корекційного впливу: слабка схильність до емоційної та вольової саморегуляції в спілкуванні, низька орієнтація на соціальну підтримку, висока атрибуція відповідальності компетентним іншим, гедоністична мотивація в життєдіяльності, а також безпорадність у ставленні до здоров’я.

Науково-емпіричний аналіз ставлення до здоров’я молоді з різним економічним статусом зумовлюється необхідністю виявлення можливостей та напряму корекції негативних проявів ставлення, що руйнують здоров’я та дезадаптують молодь в умовах активного впливу в заданому процесі.

Завдання корекційного етапу дослідження полягало в тому, щоб встановити ймовірність зменшення негативного прояву соціально-психологічних особливостей ставлення до здоров’я молоді з низьким і високим економічним статусом.

Було зроблено припущення, що вплив за допомогою спеціальних корекційних засобів на виявленя особливості ставлення молоді до здоров’я сприятиме корекції їх прояву.

Дослідницькій інтерес щодо студентської молоді обумовлюється тим, що за результатами низки соціально-психологічних досліджень, її здоров’я характеризується патерном захворюваності, відмінним від патерну, притаманного групам людей середнього або старшого віку. Крім цього, результати соціально-психологічних досліджень, що здійснюються у сфері психології здоров’я, свідчать про переважання, серед студентської молоді зокрема, пасивного типу настанови на піклування про власне здоров’я, а також відсутність мотивації до зберігаючої поведінки. Слушно зауважити, що проведення корекційних занять серед студентської молоді пов’язано також із тим, що становлення та самореалізація особистості в умовах професійної освіти, супроводжується стресогенним характером самої навчальної діяльності молодої особи: відсутність вільного часу для достатнього фізичного та психологічного відновлення, конкурентний характер здобуття знань тощо. Беручи до уваги вищезазначені передумови, вважаємо за доцільне впливати на соціально-психологічні особливості ставлення до здоров’я молоді, яка має різний економічний статус, саме в період її навчання у вищому навчальному закладі.

Виходячи з мети і завдань дослідження, побудова корекційних груп відповідала стратегії рандомізації з виділенням страт. Даний спосіб формування вибірки полягає в тому, що генеральна сукупність ділиться на групи (страти), які мають певні характеристики (різний рівень економічного статусу), а досліджувані відбираються відповідно до цих характеристик. Як зауважує В. Дружинін, використання такої стратегії дозволяє контролювати індивідуальні відмінності досліджуваних та побудувати еквівалентні групи [50, с. 95]. Корекційний вплив проводився за планом для кількох рандомізованих груп із попереднім і підсумковим вимірюванням. Таким чином, контроль внутрішньої валідності забезпечувався процедурою рандомізації, а також використанням контрольної групи з попереднім і підсумковим тестуванням [74; 88]. У такий спосіб ми мали можливість визначити, що зміни в прояві соціально-психологічних особливостей ставлення молоді до здоров’я відбулися в результаті дії саме корекційного впливу,продемонструвати гнучкість досліджуваних особливостей і їхню піддатливість до змін.

Кількість та принцип формування корекційних груп визначалися відповідно до виявлених соціально-психологічних особливостей з урахуванням економічного статусу молоді. Сформовано три групи молоді з низьким економічним статусом та дві групи молоді з високим економічним статусом.

За допомогою цілеспрямованого корекційного впливу, що полягав у зменшенні негативного прояву соціально-психологічних особливостей ставлення до здоров’я молоді з різним економічним статусом, ми намагалися виявити можливість зміни характеру цього прояву. За незалежну змінну взято корекційний вплив, що є цілеспрямованою дією з метою підвищення або зменшення прояву соціально-психологічної особливості ставлення до здоров’я залежно від її характеру, а залежною змінною стали, власне, соціально-психологічні особливості ставлення до здоров’я молоді з низьким і високим економічним статусом.

Контроль за незалежною і залежною змінними під час корекційного впливу здійснювався за допомогою попереднього і контрольного вимірювань соціально-психологічних особливостей ставлення молоді до здоров’я з різним економічним статусом. Порівняння результатів у кожній підгрупі відбувалося до і після корекції. Крім цього, отримані дані порівнювалися з результатами контрольної групи. У контрольній групі корекційного впливу не було, а різниця в часі між попереднім і підсумковим вимірюваннями відповідала різниці в корекційних групах.

Оскільки, у нашому дослідженні в одній і тій самій групі корекції піддавалася лише одна соціально-психологічна особливість ставлення молоді до здоров’я, а перше та друге вимірювання розділялося значним проміжком часу, ми мали змогу уникнути «ефекту послідовності». Таким чином, план корекційного впливу побудовано так, що він містить найменшу кількість загроз внутрішній і зовнішній валідності та надає дослідникові широкі можливості її контролю.

Згідно з логікою дослідження корекційний вплив відбувався в три етапи, кожний з яких складався з кількох кроків (таб. 2.4).

*Першим кроком* на ***першому*** етапі стала підготовка текстів-розповідей уявних ситуацій молоді, яка демонструє якусь одну соціально-психологічну особливість ставлення до здоров’я. В основу цих текстів було покладено ті ознаки соціально-психологічних особливостей, за допомогою яких вони були інтерпретовані в ході констатувального етапу емпіричного дослідження.

Запропоновані тексти мали відповідати таким вимогам:

* бути чітко спрямованими на розуміння того, яка соціально-психологічна особливість ставлення до здоров’я представлена;
* бути контроверсійними, аби залучати всіх учасників до обговорення однієї із зазначених особливостей;
* не активізувати інших соціально-психологічних особливостей;
* бути зрозумілими і близькими за формулюваннями для досліджуваної молодої людини;
* відтворювати реалістичні ситуації в контексті збереження здоров’я та благополуччя молодої людини.

Таблиця 2.4

Схема проведення корекції негативного прояву соціально-психологічних особливостей ставлення молоді до здоров’я

|  |
| --- |
| Етап 1. Підготовчий |
| *Крок 1.* Підготовка текстів уявних ситуацій.  |
| *Крок 2.* Проведення експертного опитування. |
| *Крок 3.* Формування корекційних і контрольної груп. |
| Етап 2. Основний |
| *Крок 1.* Констатування рівня прояву кожної соціально-психологічної особливості ставлення в молоді з низьким і високим економічним статусом до корекційного впливу.  |
| *Крок 2.* Організація і проведення корекційних занять .  |
| *Крок 3.* Контрольне анкетування з метою перевірки змін у рівні проявусоціально-психологічних особливостей ставлення молоді в результаті корекційного впливу.  |
| Етап 3. Аналітичний |
| *Крок 1.* Аналіз змін за показниками кожної соціально-психологічної особливості ставлення до здоров’я у відповідній групі.*Крок 2*. Аналіз розбіжностей за показниками, що визначають соціально-психологічні особливості ставлення до здоров’я в корекційних і контрольній групах. |
| *Крок 3.* Узагальнення результатів і формулювання висновків. |

Трактування виділених соціально-психологічних особливостей відбувалося на основі не лише загальновідомих теоретично обґрунтованих формулювань, а й з урахуванням точного пояснення в контексті нашого дослідження, зокрема факторного навантаження індикаторів кожної соціально-психологічної особливості.

З метою забезпечення відповідності запропонованих текстів до соціально-психологічних особливостей ставлення до здоров’я проведено експертну оцінку цих розповідей (*другий крок* підготовчого етапу). Судження експертів та інформація, якою вони володіють, як вважає Б. Литвак, є основою перевірки адекватності формулювання текстів для відображення тієї чи іншої соціально-психологічної особливості [81]. Під час експертного опитування ми враховували, що експерти обізнані в психології здоров’я, а також мають певне уявлення щодо особливостей ставлення сучасної молоді до здоров’я.

Експертами стали 12 незалежних висококваліфікованих фахівців у сфері соціальної психології: 1 доктор психологічних наук, 10 кандидатів психологічних наук, 1 молодший науковий співробітник Інституту соціальної та політичної психології. Інформованість експертів, а також їхня творча активність і самостійність в оцінці текстів були важливими чинниками отримання вірогідних результатів і давали можливість скорегувати наявні вади, зробити тексти більш точними і влучними. Опитування було одноразовим і відбувалося без інформаційного контакту між експертами. У такий спосіб ми унеможливили прямий чи опосередкований вплив на експертів з боку колег.

Експертам запропоновано співвіднести назви соціально-психологічних особливостей ставлення до здоров’я з розповідями уявної особи, а потім оцінити, якою мірою наданий текст відображає досліджувану особливість за 5-бальною шкалою (від 1 – слабка відповідність до 5 – сильна відповідність розповіді і соціально-психологічної особливості). На кожну соціально-психологічну особливість подано відповідний текст з уявними ситуаціями, що відображають ставлення молоді до здоров’я в тому чи іншому прояві. Бланк і результати експертної оцінки наведено в дод. А і дод. Б.

Таку особливість як «схильність до емоційної та вольової саморегуляції в спілкуванні» правильно виявили в запропонованих текстах 11 експертів, однак рівень відповідності тексту і особливості ставлення до здоров’я тут був лише на рівні 3,55.

Соціально-психологічну особливість «орієнтація на соціальну підтримку» одним експертом визначено некоректно, при цьому середнє значення відповідності становить 3,72, що свідчить про достатній рівень відповідності назви соціально-психологічної особливості тексту розповіді.

Таку особливість ставлення до здоров’я як «гедоністична мотивація в життєдіяльності» за текстом адекватно визначили всі експерти (М=4,58), що вказує на достатньо коректне формулювання тексту розповіді.

Результати експертного оцінювання показали, що соціально-психологічну особливість «атрибуція відповідальності компетентним іншим» було точно ідентифіковано з відповідним текстом усіма експертами, а міра прояву особливості в цій розповіді становить 4,58, що демонструє високий рівень їхньої відповідності.

Соціально-психологічну особливість «безпорадність у ставленні до здоров’я» з відповідним текстом співвіднесли 9 із 12 експертів (М=3,55). В інших випадках у запропонованому тексті експерти вбачали прояв «гедоністичної мотивації в життєдіяльності», «схильності до емоційної та вольової саморегуляції в спілкуванні».

Отже, за результатами експертної оцінки запропоновані тексти загалом відповідають зазначеним особливостям. Тексти, які мали на меті інтенсифікувати такі соціально-психологічні особливості, як «схильність до емоційної та вольової саморегуляції в спілкуванні», а також «безпорадність у ставленні до здоров’я», уточнено з урахуванням зауважень експертів, а саме: вилучено зайві речення, що обтяжували сприйняття тексту та заплутували читача, задля уникнення наявної двозначності. Крім цього були скореговані назви деяких особливостей, а також зміст текстів у бік інтенсифікації певних ознак відповідно до соціально-психологічних особливостей.

*Третім кроком* на підготовчому етапі стало формування корекційних і контрольної груп. Корекційні групи утворювалися за принципом добровільності, що забезпечує покращення зовнішньої валідності. До їх складу могли потрапити всі охочі студенти 1–2 курсів ВНЗ, які мали відповідний рівень економічного статусу.

***Другий*** (основний) етап дослідження полягав у проведенні власне корекції. *Першим кроком* на цьому етапі була перевірка і констатація рівня прояву соціально-психологічних особливостей ставлення до здоров’я молоді з низьким і високим економічним статусом.

*Другий крок* основного етапу полягав у здійсненні корекційного впливу на соціально-психологічну особливість ставлення до здоров’я в кожній групі молоді. Детальний опис реалізації цього етапу та його змістового наповнення дано в підрозділі 3.2.

*Третім кроком* основного етапу стало контрольне визначення змін у рівні прояву соціально-психологічних особливостей ставлення до здоров’я молоді з низьким і високим економічним статусом.

На ***третьому***етапі ми аналізували отримані дані. *Перший крок* полягав у аналізі якості корекційного впливу. Для цього ми перевірили, чи змінилися на статистично значущому рівні показники кожної соціально-психологічної особливості ставлення до здоров’я молоді, яку ми піддавали корекції в групах з низьким і високим економічним статусом.

*Другий крок* аналітичного етапу емпіричного дослідження полягав у аналізі вірогідності розбіжностей за показниками, що визначають соціально-психологічні особливості ставлення до здоров’я в корекційних і контрольній групах.

Завершальний, *третій крок* аналітичного етапу включав у себе узагальнення отриманих результатів і формулювання висновків.

Для вирішення завдання щодо виявлення можливості й напрямку корекції негативного прояву соціально-психологічних особливостей ставлення до здоров’я молоді з низьким і високим економічним статусом, нами розроблено корекційну програму, що включає комплекс корекційних занять з елементами тренінгу.

Загалом проведено п’ять корекційних занять. Кожне заняття мало однакову структуру і реалізовувалося в кілька етапів:

* попереднє діагностичне опитування;
* корекційний вплив: об’єднання молоді в тренінгові групи відповідно до найбільш проявленої соціально-психологічної особливості ставлення до здоров’я, виконання завдань із метою корекції цієї особливості;
* обговорення напрацювань мікрогруп, підбиття підсумків;
* контрольне опитування.

На першому етапі проведено попереднє діагностичне опитування респондентів задля відбору тих, хто належить до групи з низьким і високим економічним статусом, а також для встановлення рівня прояву особливостей їхнього ставлення до здоров’я.

Для утворення груп із низьким і високим економічним статусом ми опитали 177 студентів 1–2 курсів із яких було відібрано 60 осіб: 32 особи (14 – дівчат, 18 – юнаків, які навчались у СНУ ім. В. Даля), що за результатами анкетування мали низький економічний статус, розподілено в три групи молоді з низьким економічним статусом; 28 осіб (16 – дівчат, 12 – юнаків, які навчались у СНУ ім. В. Даля), що виявили високий економічний статус сформували дві групи молоді з високим економічним статусом, а також 40 студентів контрольної групи. У контрольній групі, на відміну від корекційних груп, проведено звичайне заняття у формі лекції щодо проблеми здоров’я та ставлення до нього.

Попереднє і контрольне опитування проводилося з використанням шкал із таких методик: опитувальник «Ставлення до здоров’я» Р. Березовської, опитувальник «Задоволеність якістю життя» Н. Водоп’янової, «Ціннісний опитувальник» Ш. Шварца, опитувальник «Локус контролю у сфері здоров’я» К. Уоллстон і Б. Уоллстон.

Рівень прояву соціально-психологічної особливості ставлення до здоров’я «схильність до емоційної та вольової саморегуляції в спілкуванні» вимірювала шкала негативних емоцій, а також показники таких шкал: особисті досягнення, здоров’я, спілкування з близькими, підтримка, оптимістичність, напруження, самоконтроль (опитувальник «Задоволеність якістю життя» Н. Водоп’янової).

Наступна особливість ставлення до здоров’я «орієнтація на соціальну підтримку» вимірювалася за допомогою показників, які ми отримали зі шкал: робота, особисті досягнення, спілкування з близькими, підтримка, оптимістичність, напруженість (опитувальник «Задоволеність якістю життя» Н. Водоп’янової).

Шкала контролю «могутні інші», а також показники за когнітивної та поведінкової шкалами вимірювали рівень «атрибуції відповідальності компетентним іншим» (опитувальник «Локус контролю у сфері здоров’я» К. Уоллстон та Б. Уоллстон, опитувальник «Ставлення до здоров’я» Р. Березовскої).

Прояв «гедоністичної мотивації в життєдіяльності» вимірювався за допомогою шкали гедонізму та показників за шкалою стимуляції («Ціннісний опитувальник» Ш. Шварца). За допомогою показників ціннісно-мотиваціної шкали ми мали можливість дослідити «безпорадність у ставленні до здоров’я» (опитувальник «Ставлення до здоров’я» Р. Березовської).

До анкети, яка використовувалася на першому кроці основного етапу, було включено саме ці шкали, тому що до них належали твердження, що відповідали індикаторам кожної соціально-психологічної особливості ставлення молоді до здоров’я. Такими твердженнями стали ті, що мали найбільше навантаження у факторній структурі відповідної соціально-психологічної особливості.

Зауважимо, що до контрольного опитувальника додано й «відволікаючі» твердження, які не стосувалися теми дослідження, при цьому порядок тверджень загалом змінено. Це допомогло створити ілюзію заповнення молоддю іншої (відмінної) анкети, що стимулювало їх давати відповіді на запитання, орієнтуючись на актуальні відчуття, а не згадувати попередні оцінки вже знайомих тверджень. Така процедура дала змогу відстежити зміни у вираженості кожної соціально-психологічної особливості до та після корекційного впливу. Таким чином, твердження стали контрольними індикаторами ефективності запропонованого стимульного матеріалу.

Далі проводився безпосередній корекційний вплив із метою зміни негативного прояву соціально-психологічної особливості ставлення молоді до здоров’я в кожній групі. Заняття в групах будувалося за принципом активного навчання. Засобом корекційного впливу стало заняття з елементами соціально-психологічного тренінгу, що в найширшому розумінні є практикою психологічного впливу, яка базується на методах групової роботи.

Ми обрали саме цей метод впливу, оскільки групова взаємодія, на думку К. Левіна, порівняно з індивідуальною роботою сприяє виникненню дієвих змін у поведінці особистості [77]. Обґрунтовується це тим, що вияв і зміна поведінкових актів і мотивації суб’єкта залежить від уміння бачити себе крізь призму сприймання іншими людьми самого себе. При цьому основною метою було сприяння позитивному прояву соціально-психологічних особливостей ставлення молоді до здоров’я.

Зважаючи на те, що учасниками груп були студенти, які не знали досить добре одне одного, украй важливо було вже на початку заняття створити атмосферу взаємної довіри, адже в умовах браку розуміння й підтримки в групі, знижується здатність учасників точно відчувати й розуміти мотиви, цінності та емоції одне одного, рефлексувати з цього приводу.

Прикметно, що із загальної вибірки відібрано молодь із низьким і високим економічним статусом, яку, у свою чергу, поділено на відповідну кількість груп залежно від прояву тієї чи іншої соціально-психологічної особливості ставлення до здоров’я. У такий спосіб утворювалися групи відповідно до кожної соціально-психологічної особливості ставлення молоді до здоров’я: три групи молоді з низьким економічним статусом і дві – з високим економічним статусом. Подальша робота відбувалася саме в новостворених групах. Корекційні завдання, що пропонувалися учасникам, мали на меті вплинути на ту особливість, із якою, власне, і працювала кожна група.

Заради активного залучення всіх учасників групи до спільної роботи та організації інтенсивного обговорення кількість учасників групи не повинна була перевищувати 17 осіб. Розподіл по групах проходив за умови наповнення їх за рівнем прояву особливості. Отже, у разі, якщо одну соціально-психологічну особливість проявляло більше ніж 17 учасників, ми обирали тільки тих, хто мав найвищі показники за цією соціально-психологічною особливістю. Дотримання цієї умови, з одного боку, дало змогу, рівномірно розподілити учасників по групах, а з іншого– сприяло тому, щоб групи були динамічними і виробляли більш різноманітні відповіді та розв’язання завдань.

Кожна група отримувала по черзі завдання загального характеру, спрямовані на психологічну активізацію та більш глибоке знайомство членів групи, і завдання на корекцію тих соціально-психологічних особливостей ставлення до здоров’я, за якими відбиралися досліджувані. Варто зазначити, що тексти, які відібрано після експертної оцінки, подавалися перед корекційними завданнями й виконували стимулюючу функцію, оскільки мали активізувати роздуми молоді навколо певної ситуації, при цьому ілюстрували відповідну особливість ставлення до здоров’я і були підґрунтям загального обговорення.

Побудова запропонованого заняття сприяла прояву різноманітності й природності поведінки членів груп, спонукало їх до самовираження й змушувало вбачати в запропонованих ситуаціях власну поведінку та аналізувати все, що відбувається (дод. В). Таким чином, усі вправи на корекційному занятті можна умовно поділити на такі, що мають загальний і специфічний (спрямовані на корекцію ставлення молоді до здоров’я) характер.

Одним з головних завдань для групи, де зібрані учасники, які незнайомі одне з одним, є знайомство і створення доброзичливої атмосфери, адже це налаштовує молодь до плідної співпраці та готує до виконання низки вправ загального характеру. Задля цього було використано вправу **«Алітерація імені»**, де кожному учаснику по колу необхідно представитися, назвати будь-яку характеристику, яка починається з першої букви імені. Після цього наступний учасник повторює ім’я та характеристику попереднього члена групи та представляється самостійно і так далі [25].

Можемо говорити про багатоспрямованість цієї вправи: запам’ятовування нової інформації іншими членами групи (риси характеру та імена), подолання можливої сором’язливості і дискомфорту в гумористичній обстановці, презентація себе перед іншими, мотивація до спільної діяльності тощо. Це посилює міжособистісну атракцію, поглиблює знання про інших учасників, при цьому активізується відчуття співпраці, залучення до колективу. Також це завдання підвищує активність у групі та створює позитивний емоційний фон. На виконання цієї вправи учасники мали 5 хвилин.

Вправа **«М’яч»** була включена нами в корекційне заняття для підвищення згуртованості, покращення взаєморозуміння та ефективності взаємодії учасників між собою. Завдяки цій вправи підвищується відкритість учасників, покращується продуктивність роботи всієї групи, що дозволяє досягти ефекту групового успіху. Поступове ускладнення завдання також стимулює пошук неординарних шляхів розв’язання наявної проблеми, а ситуація конкуренції прискорює ці процеси. Додатковим ефектом цієї вправи є підвищення активності в групі, активізація когнітивної сфери шляхом пошуку спільного вирішення завдань, підтримка доброзичливої і веселої атмосфери. Загалом на виконання цієї вправи учасники мали до 10 хвилин.

Вправа **«Броунівський рух»** була обрана для підвищення активності учасників і виконувалась для того, щоб розділити досліджуваних у мікро-групи, у яких здійснювалися корекційні вправи. Вона виступила дієвим засобом зняти напругу та відволікти учасників від поточної роботи, дати можливість відпочити [83]. При цьому вона має на меті зблизити учасників, підтримати позитивну атмосферу і здорову конкуренцію, а також підвищує в учасників потребу в досягненні, бажання виконати вправу першим. На цю вправу виділялося 3 хвилини.

Техніка **«Оратор»** розкриває творчий потенціал молоді, спрямовується на підвищення мовленнєвої креативності, активізує процеси уяви, а також розвиває пластичність процесів мислення та в цілому активізує когнітивну сферу учасників. Залучення цієї техніки було важливим для підготовки молоді до розв’язання специфічних завдань з корекції соціально-психологічних особливостей ставлення до здоров’я. Виконання цієї вправи займало до 15 хвилин.

Малюнкова техніка **«Моє ставлення до здоров’я»** надає багато інформації для аналізу досліджуваним власного ставлення до здоров’я, виявлення основних елементів, які становлять ресурси здоров’я, а також другорядних елементів. Ця техніка також знімала емоційну напругу, що позитивно відображалося на настрої учасників та їх налаштованості на подальшу співпрацю, роздуми на тему здоров’я створювали логічний перехід до виконання корекційних вправ. Поєднання активізації когнітивних і творчих сфер дає нам змогу говорити про високу ефективність цієї вправи в досягненні поставленої мети. Презентація малюнку для усієї групи також спрямована на підвищення вербальної активності і залучує рефлексію з приводу власного малюнку. Виконання цього завдання проходило в супроводі релаксаційної музики, яка допомагала учасникам зняти напругу від попередніх вправ, розслабитися та краще зануритися у творчу роботу.

Додатковою перевагою цієї техніки є малюнки учасників, які можуть допомогти тренеру більш ефективно вести заняття. Проведення психологічного аналізу малюнків відразу після їх завершення, сприяє усвідомленню молоді актуальних проблем у власному здоров’ї, розуміння зв’язку здоров’я, як ресурсу, з різними аспектами життя. На цю вправу виділялося 15 хвилин.

Наступні вправи вже безпосередньо було спрямовано на корекцію ставлення до здоров’я в такий спосіб, щоб відбулися зміни в прояві відповідної соціально-психологічної особливості.

Одну із вправ спрямовано на спільне обговорення одного з текстів, у якому демонструється прояв відповідної соціально-психологічної особливості ставлення суб’єкта до здоров’я. Учасники мали змогу обміркувати й висловити свою думку в групі. Можливість почути думку інших учасників надає додаткові ресурси для обмірковувань і, відповідно, зосередження уваги учасників навколо того, у який спосіб проявляється ставлення до здоров’я. Перед отриманням завдання групу поділено на кілька мікрогруп та надано учасникам час на пошук і обговорення відповідей. Це сприяло підвищенню когнітивного потенціалу, що активізувало діяльність мікрогруп і допомагало їм зануритися в роботу. Загалом на виконання цієї вправи учасники мали до 10-15 хвилин.

Наступна вправа спрямовувалася здебільшого на власні переживання та досвід учасників. Вони повинні були поміркувати над заданою проблемою, звернутися до власних відчуттів та актуалізувати набутий досвід. Текст із ситуацією, яка розкривала відповідну соціально-психологічну особливість ставлення до здоров’я, викликав емоційне реагування учасників, що розширювало орієнтири у формулюванні власних суджень щодо зазначеного контексту. Лише після цього учасники могли висловлювати свої думки в загальній групі, а після того, як усі висловилися, вони робили лаконічне резюме усього почутого. На цю вправу відводилося 10-15 хвилин.

Виконання останньої вправи передбачало практичне спрямування та активізувало творчі здібності учасників, адже було спрямовано на творчий пошук і знаходження різних варіантів розв’язання заданих завдань – від тривіальних до оригінальних. З метою збагачення знань та обміну досвідом між учасниками, ми використали процедури створення мікс-груп. Час виконання становив 15-20 хвилин.

Використання таких методів у активному соціально-психологічному навчанні учасників мікрогруп представляє собою «форму організації складних психологічних впливів» [68, с. 106]. Вони залучають як інтелектуальні, так і емоційні складові можливих відгуків у системі переконань учасників. Такого роду завдання можна розглядати як штучно створену маніпуляцію, однак активність самого учасника є настільки ж важливою складовою корекційного впливу, наскільки й зусилля тренера. На нашу думку, тренер повинен якнайменше втручатися у взаємодію учасників групи, аби зменшити ефект його впливу, але при цьому в постановці завдань і запитань він повинен орієнтувати учасників саме в той бік зміни поведінки, відповідно до поставленої мети на початку заняття.

Упродовж усього заняття учасникам надано зворотний зв’язок, спрямований на підтримку і допомогу в разі виникнення запитань, при цьому важливо було не втручатися часто в роботу групи, і, без приводу, не пропонувати варіантів відповідей або розв’язання завдань у готовому вигляді, щоб не впливати на учасників і не знижувати їх активність у роботі в групі.

Спільне обговорення в групі та організація презентації напрацювань мікрогруп виконували низку функцій. По-перше, для учасників цей етап мав пізнавальне і рефлексивне значення, оскільки давав можливість висловити свої міркування, поділитися своїми переживаннями, поставити запитання, які залишалися без відповіді та отримати зворотний зв’язок. Дослідницький характер наданої інформації полягав у тому, що вона вказувала на додаткові факти прояву конкретної соціально-психологічної особливості ставлення до здоров’я, переживання молоді, яка із цим пов’язана. Таке обговорення виконувало й контрольну функцію, бо давало змогу зрозуміти ступінь ефективності роботи групи, глибину переживань, що виникали в процесі такої роботи. Наприкінці заняття проходило узагальнення його змісту, коротко оголошувалися основні напрацювання групи, обговорювалися досягнуті результати, завдяки чому підбито підсумок роботи. Важливо зазначити, що формулювання ідей та обмін вражень від корекційного тренінгу відбувався за схемою рефлексивного кола, відповідно до якого першим говорив найменш активний та найбільш сором’язливий учасник, а останнім – найбільш компетентний [96].

Після завершення корекційного заняття учасникам запропоновано контрольне опитування, для того, щоб простежити ймовірні зміни соціально-психологічних особливостей ставлення до здоров’я та зафіксувати ефективність корекційного впливу. За такий показник уважається зміни в прояві соціально-психологічної особливості ставлення до здоров’я, над якою працювала кожна група на статистично значущому рівні. Слід зазначити, що у групі дослідник не просто має провокувати або створювати умови для вивчення пропонованих соціально-психологічних особливостей, а й організовувати та реалізовувати спеціальний контроль у вигляді керування змінними [68].

Отже, за результатами опитування молоді з різним економічним статусом було сформовано групи, які об’єднувались на основі спільної для всіх учасників соціальні-психологічної особливості ставлення до здоров’я. У цих групах було проведено корекційний вплив відповідної соціальні-психологічної особливості ставлення до здоров’я. Кожну із особливостей ми визначили як робочу для конкретної групи, а всі інші залишали поза корекційним впливом.

**ВИСНОВКИ**

1. Ставлення до здоров’я є внутрішньою стороною системи селективних, суб’єктивно оцінних, соціально детермінованих зв’язків людини з різними явищами, що сприяють або загрожують її здоров’ю, опосередковується життєвим досвідом та характеризується специфікою прояву і когерентністю взаємозв’язку когнітивного, афективного і конативного компонентів.

2. Встановлено, що когнітивний компонент ставлення до здоров’я осіб з різним статусом характеризується достатньо високим рівнем обізнаності, компетентності у сфері здоров’я, усвідомленням місця здоров’я в забезпеченні соціально-активної та тривалої життєдіяльності, до змісту їх уявлень про здоров’я входять такі центральні елементи, як спорт, сила, життя, що відображають фізичні характеристики здоров’я.

Афективний компонент ставлення до здоров’я осіб з високим економічним статусом характеризується перевагою позитивного емоційного фону, що вказує на якість емоційних переживань і здатність цієї групи молоді насолоджуватися здоров’ям. Особи з низьким економічним статусом більше схильна виявляти ситуативну тривожність, фіксуватися на негативних емоційних переживаннях та відтворювати їх у ситуаціях погіршення здоров’я.

Конативний компонент ставлення до здоров’я осіб з високим соціальним статусом відрізняється більш послідовною, орієнтованою на збереження здоров’я поведінкою, схильністю до більш конструктивних копінг-стратегій, водночас, особи з низьким соціальним статусом віддає перевагу пасивним формам піклування про здоров’я, частіше обирає дистанціювання або ігнорування як способи подолання проблем зі здоров’ям. За результатами аналізу рівня прояву та взаємозв’язку компонентів ставлення до здоров’я зафіксовано, що у осіб з низьким соціальним статусом, на відміну від осіб, що має високий соціальний статус, існує суперечність між потребою в міцному здоров’ї, знаннями про чинники його руйнування і зміцнення та реальною поведінкою щодо його збереження.

3. Установлено, що ставлення до здоров’я осіб з низьким соціальним статусом характеризується наступними особливостями:

* слабкою емоційною та вольовою саморегуляцією, що проявляється в низькій спроможності контролювати гнів та образу в процесі спілкування з іншими, регулювати свій настрій, знаходити внутрішні ресурси в умовах втрати контролю над своїм здоров’ям, проявляти самостійність під час прийняття важливих рішень, керувати власним часом, станом здоров’я та життям у цілому;
* низькою орієнтацією на соціальну підтримку, що загострює проблему соціальної ізоляції та відчуження молоді, перешкоджає налагодженню соціальних зв’язків, а відсутність розуміння та поваги з боку професійного оточення посилює відчуття власної некомпетентності;
* безпорадністю в ставленні до здоров’я, яка проявляється в поясненні власної пасивності, відмови від здорового способу життя відсутністю сприятливих умов, коштів тощо. Для них менш властиво переносити відповідальність за здоров’я на компетентних осіб або йти на невиправданий ризик заради нових вражень.

Особливості ставлення до здоров’я осіб з високим соціальним статусом, натомість, визначаються:

* переважанням гедоністичної мотивації, тобто схильністю йти на невиправданий ризик заради відчуття сильних позитивних емоцій, задоволення соціальних потреб;
* високим рівнем атрибуції відповідальності за здоров’я лікарям та іншим компетентним особам, що є свідченням переважання екстернального типу локусу контролю у сфері здоров’я;
* проявом емоційної та вольової саморегуляції під час спілкування з іншими, високою орієнтацією на соціальну підтримку, що дозволяє легко налагоджувати соціальні зв’язки й сприймати значуще середовище як ресурс для створення сприятливих умов свого життя;
* активною та відповідальною позицією у ставленні до здоров’я, що свідчить про здатність осіб з цієї групи долати ситуації фрустрації, проявляти гнучкість у поведінці, знаходити альтернативні способи підтримки здоров’я.

4. Експериментально обґрунтовано принципову можливість послаблення негативного прояву особливостей ставлення до здоров’я: внаслідок впровадження авторської корекційної програми вдалося досягти зниження показників за рівнем гедоністичної мотивації у життєдіяльності, атрибуції відповідальності компетентним іншим, безпорадності, а також підвищення активної й відповідальної позиції в ставленні до здоров’я, збільшення схильності до емоційної та вольової саморегуляції й орієнтації на соціальну підтримку осіб з різним економічним статусом, що дозволяє говорити про можливість і перспективність формування адекватного, відповідно до принципів здорового способу життя, ставлення молоді до здоров’я.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Абрамова Г. С. Возрастная психология : Учеб. пособие / Г. С. Абрамова. – М. : Академический проект, 2000. – 624 с.
2. Аверин В. А. Психология личности : Учеб. пособие / В. А. Аверин. – СПб. : Изд-во Михайлова В. А., 2001. – 192 с.
3. Амосов Н. М. Моя система здоровья / Н. М. Амосов. – К. : Здоров’я, 1997. – 56 с.
4. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье / Н. М. Амосов. – Свердловск : Средне-Уральское книжное издательство, 1987. – 176 с.
5. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания / Б. Г. Ананьев. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
6. Ананьев Б. Г. Психология и проблемы человекознания / Б. Г. Ананьев. – М. : МОДЭК, 1996. – 384 с.
7. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья / В. А. Ананьев. – СПб. : Речь, 2006. – 384 с.
8. Андреева Г. М. Психология социального познания / Г. М. Андреева. – М. : Аспект Пресс, 2000. – 288 с.
9. Андреева Г. М. Социальное познание и социальные проблемы / Г. М. Андреева // Национальный психологический журнал – 2013. – №1. – C. 39–49.
10. Андреева И. В. Экономическая психология. Социокультурный подход / И. В. Андреева. – СПб. : Питер, 2000. – 511 с.
11. Андрєєва Т. І. Сприяння здоров’ю : Навч. посібник / Т. І. Андрєєва, К. С. Красовський. – К. : НаУКМА, 2012. – 247 с.
12. Арутюнова Н. Д. Язык и мир человека / Н. Д. Арутюнова. – М. : Языки русской культуры, 1998. – 896 с.
13. Афсахов И. А. Отношение человека к здоровью / И. А. Афсахов // Социологические исследования – 1992. – №6. – С. 102–108.
14. Бабак І. М. Бідність як критерій оцінювання рівня життя населення / І. М. Бабак // Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики. – 2013. – Вип. 57. – C. 41–48.
15. Башмакова О. В. Емоційні та психосоціальні чинники ставлення до здоров’я : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.01 / О. В. Башмакова. – К., 2007. – 21с.
16. Белавина Т. И. Субъективное переживание бедности делинквентами / Белавина Т. И. // Актуальные проблемы прикладной социальной психологии : сб. докладов I Международной научно-практической конференции [под ред. В. В. Белов, В. В. Карпов] – СПб. : Изд. Санкт-Петербургского университета управления и экономики, 2012. – С. 209–211.
17. Березина Е. Б. Содержание и структура обыденных представлений о болезнях в молодежной среде : автореф. дис. на получение науч. степени канд. психол. наук : спец. 19.00.05 / Е. Б. Березина. – М., 2011. – 31 c.
18. Березовская Р. А. Исследования отношения к здоровью: современное состояние проблемы в отечественной психологии / Р. А. Березовская // Вестник СПбГУ. – 2011. – Вып. 1. – C. 222–226.
19. Березовская Р. А. Отношение к здоровью как психологический механизм самоуправления здоровой личности / Березовская Р. А. // Здоровая личность: Материалы международной научно-практической конференции. – СПб. : СПбГИПСР, 2012. – С. 20–22.
20. Бинсвангер Л. Феноменология и психопатология / Л. Бинсвангер // Логос. – 1992. – №3. – С. 125–136.
21. Бовина И. Б. Представления о здоровье и болезни в молодёжной среде / И. Б. Бовина // Вопросы психологии. – 2005. – №3. – С. 90–97.
22. Бовина И. Б. Социальная психология здоровья и болезни / И. Б. Бовина // Социальная психология: актуальные проблемы исследований. Сб. науч. трудов / под ред. Е. П. Белинской, Т. П. Емельяновой. – М. : Фонд Л. С. Выготского, 2007. – Вып. 16. – С. 378–425.
23. Бовина И. Б. Социальные представления о здоровье и болезни: структура, динамика, механизмы : автореф. дис. на получение наук. степени доктора психол. наук : спец. 19.00.05 / И. Б Бовина. – М., 2009. – 48 с.
24. Бондар Є. Б. Соціально-психологічні особливості студентської молоді [Електронний ресурс] / Є. Б. Бондар – Режим доступу: <http://naub.org.ua/?p=367#more-367>
25. Бука Т. Л. Психологический тренинг в группе: Игры и упражнения / Бука Т. Л. , Митрофанова М. Л. – М. : Изд-во Института Психотерапии, 2005. – 142 с.
26. Бутузова Л. П. Психологічні особливості становлення у особистості відповідального ставлення до власного здоров’я / Бутузова Л. П. // Актуальні проблеми сімейної медицини – Житомир, 2011. – №2. – С. 135–143.
27. Васильева И. В. Психодиагностика : Учеб. пособ. / И. В. Васильева. – Тюмень : Изд-во Тюменского гос. ун-та, 2010 – 251 с.
28. Васильева О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учеб. пособ. / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. – М. : Академия, 2001. – 352 с.
29. Васютинський В. О. Стиль життя як соціально-психологічна характеристика культури бідності /  В. О. Васютинський // Наукові студії із соціальної та політичної психології. – 2012. – Вип. 30 (33). – С. 19–32.
30. Васютинський В. О. Особливості комунікативних орієнтацій осіб, які психологічно тяжіють до бідності / В.О.Васютинський // Матеріали науково-практичної конференції «Права осіб із спектром аутистичних порушень: освітні, соціальні та медичні послуги", 3-4 липня 2013 р., Львів: «Тріада плюс», 2013. – С. 21–26.
31. Вежбицкая А. Язык. Культура. Познание / Анна Вежбицкая. – М. : Русские словари, 1996. – 412 с.
32. Великий П. Ценности жизненной перспективы / П. Великий, А. Заикина // Человеческие ресурсы. – 2003. – №3. – С. 57–60.
33. Володарська Н. Д. Екологічність самотворення особистості в сучасних умовах життєдіяльності / Н. Д Володарська // Актуальні проблеми психології: Зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. – Житомир: Вид-во ЖДУ ім.І.Франка, 2012. – Том 11. Екологічна психологія. – Вип. № 28. – С. 72–80.
34. Гафиатулина Н. Х. Специфика отношения учащейся молодежи России к здоровью в социоструктурном контексте: дис... канд. социол. наук : 22.00.04 / Н. Х. Гафиатулина. – Ростов-на-Дону, 2007. – 175 с.
35. Гиппенрейтер Ю. Б. Психология индивидуальных различий. Хрестоматия / Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романова. – М. : ЧеРо, 2006. – 776 с.
36. Головаха Є. Показники стилю життя особистості / Є. Головаха, Н. Паніна // Життєтворчість: концепція, досвід, проблеми. – Запоріжжя : Центріон, 2004. – С. 52–61.
37. Гринберг Дж. С. Управление стрессом / Джерральд С. Гринберг. – СПБ. : Питер, 2002. – 496 с.
38. Гузій Н. В. Педагогічний професіоналізм: історико-методологічні та теоретичні аспекти / Н. В. Гузій. – К. : НПУ, 2004. – 243 с.
39. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья : Монография / И. Н. Гурвич. – СПб.: Изд-во С.-Петербургского ун-та, 1999. – 392 с.
40. Гусєв І. М. Характер політичної поведінки молоді, залежно від рівня її бідності / І. М. Гусєв // Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка. – 2012. – №6. – С. 160–166.
41. Дейнека О. С. Экономическая психология / О. С. Дейнека. – СПб. : Изд-во. С.-Петербургского ун-та, 2000. – 158 с.
42. Дейнека О. С. Динамика макроэкономических компонентов образа денег в обыденном сознании / О. С. Дейнека // Психологический журнал. – 2002. – №6. – С. 13–21.
43. Дергач М. С. Соціально-психологічні чинники, що визначають особливості ставлення молоді до здоров’я / Дергач М. С. /**/** Актуальні проблеми психології: Зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка. – К. – 2012. – Т. 11. – Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 6. – С. 167–172.
44. Дергач М. С. Психологічні особливості поведінки в сфері здоров’я молоді з різним економічним статусом / Дергач Марія Сергіївна// Проблеми сучасної педагогічної освіти. Сер. : Педагогіка і психологія. – Зб. статей. – Ялта: РВВ КГУ, 2013. – Вип. 41. – Ч. 2. – С. 254–259.
45. Дергач М. С. Соціально-психологічний аспект розуміння економічного статусу безробітної молоді в Україні / М. С. Дергач // Ринок праці та зайнятість населення. – 2013. – Вип. 4. – С. 16–19.
46. Дергач М. С. Соціальне уявлення студентської молоді про здоров’я: структура та зміст / Марія Дергач **/**/ Освіта регіону. – К. – 2013. – №2 (32). – С. 230–234.
47. Деркач А. А. Акмеология : Учеб. пособ. / А. А. Деркач. – СПб. : Питер, 2003. – 256 с.
48. Дерябо С. Д. Экологическая психология: диагностика экологического сознания / С. Д. Дерябо. – М. : Моск. психолого-социальный ин-т, 1999. – 310 с.
49. Дерябо С. Отношение к здоровью и к здоровому образу жизни: методика измерения / С. Дерябо, В. Ясин // Директор школы, 2011. – №2. – С. 7–16.
50. Дружинин В. Н. Экспериментальная психология: Учеб. пособие / В. Н. Дружинин. – СПб. : «Питер», 2013 – 320 с.
51. Єжова О. О. Визначення рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров’я в учнівської молоді / О. О. Єжова // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. – 2010. – №5. – С. 155–164.
52. Журавлев А. Л.  Феномены социального самоопределения: закономерности его развития в условиях устойчивого экономического развития / Журавлев А. Л., Купрейченко А. Б. // Вестник Практической Психологии Образования. – 2007. – № 4 (13). – С. 31–36.
53. Журавлева И. В. Отношение к здоровью как социокультурный феномен : дис... доктора социол. наук : 22.00.04 / И. В. Журавлева – М., 2005. – 434 с.
54. Завацька Н. Є. Соціально-психологічні чинники психосоматичних розладів у студентської молоді: монографія / Н. Є. Завацька, Л. М. Клевець / Під ред. Н. Є. Завацької. – Луганськ : СНУ ім. В. Даля; Алчевськ : ДонДТУ, 2013. – 181 с.
55. Залевский Г. В. В поиске интегративного подхода к проблеме психологии здоровья и здорового образа жизни студенческой молодежи / Г. В. Залевский // Проблемы здоровья личности в теоретической и прикладной психологии: Материалы международной научно-практической конференции / Под ред. Н. А. Кравцовой. – Владивосток : Мор. гос. ун-т им. адм. Г. И. Невельского, 2011. – 364 с.
56. Иванушкин А. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека / А. Иванушкин // Вестник АМН СССР. – 1982. – Т.4. – С. 21–39.
57. Ильин И. А. Основы христианской культуры. О сопротивлении злу силой / И. А. Ильин. – М. : «АСТ; Хранитель», 2007. – 318 с.
58. Кабаева В. М. Формирование осознанного отношения к собственному здоровью у подростков : дис. … канд. психол. наук : 19.00.07 / В. М. Кабаева. – М., 2002. – 280 с.
59. Камакина О. Ю. Отношение к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / О. Ю. Камакина. – Ярославль, 2010. – 27 с.
60. Каниболоцкая М. С. Специфика отношения к здоровью молодежи с низким и высоким экономическим статусом / М. С. Каниболоцкая // Социосфера. – 2014. – №1. – С. 159–164.
61. Каніболоцька М. Особливості ставлення до здоров’я молоді з високим економічним статусом: результати дослідження / Марія Каніболоцька // Науковий вісник Чернівецького університету: Зб. наук. праць Чернівецького нац. ун-ту ім. Юрія Федьковича. – Чернівці. – 2014. – Вип.678. – С. 67–74.
62. Каніболоцька М. С. Емоційна та вольова саморегуляція як передумова психологічного благополуччя молоді / М. С. Каніболоцька // Вісник Інституту розвитку дитини: Зб. наук. праць. – Київ: Видавництво Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова – 2014. – Вип. 32. – С. 128–134.
63. Карандашев В. Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство / В. Н. Карандашев. – СПб. : Речь, 2004. – 70 с.
64. Кириленко С. В. Соціально-педагогічні умови формування культури здоров’я старшокласників : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07 / С. В. Кириленко. – К., 2004. – 240 с.
65. Кирьякова А. В. Механизмы ориентации личности в мире ценностей / А. В. Кирьякова // Весник ОГУ. – 2002. – №7. – С. 4–11.
66. Ковалев А. Г. Психология личности / А. Г. Ковалев. – М. : Просвещение, 1970. – 391 с.
67. Конопліцький В. А. Економічний словник. Тлумачно-термінологічний / В. А. Конопліцький, Г. І. Філіна. – К. : КНТ, 2007. – 577 c.
68. Корнилова Т. В. Введение в психологический эксперимент / Т. В. Корнилова. – М. : Изд-во МГУ, 2001. – 256 с.
69. Коробка Л. М. Соціально-психологічний аналіз проблеми бідності як способу життя / Л. М. Коробка // Проблеми політичної психології та її роль у становленні громадянина Української держави : зб. наук. праць. – 2011. – Вип. 11. – С. 223–232.
70. Коробка Л. М. Методичні засади соціально-психологічного дослідження ставлення до здоров’я осіб з різним рівнем психологічного тяжіння до бідності / Л. М. Коробка // Український науковий журнал «Освіта регіону». – 2013. – №3. – С. 286–290.
71. Коробка Л.М. Особливості ставлення до здоров’я носіїв бідності як стилю життя / Лариса Коробка // Науковий вісник Чернівецького університету. Випуск 686. Педагогіка та психологія – Чернівці: Чернівецький нац. у-т, 2014. – С. 49–58.
72. Коцан І. Я. Психологія здоров’я людини / І. Я. Коцан, Л. В. Ложкін, М. І. Мушкевич / За ред. І. Я. Коцана. – Луцьк : РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-та ім. Лесі Українки, 2009. – 316 с.
73. Кружило Г. Г. Ставлення студентської молоді до свого здоров’я й фізичного самовиховання / Кружило Г. Г. // Педагогіка і психологія формування творчої особистості: проблеми і пошуки : зб. наук. пр. / Запоріз. обл. ін-т післядиплом. пед. освіти, Класич. приват. ун-т. – Запоріжжя, 2009. – Вип. 54. – С. 203–206.
74. Кэмпбелл Д. Модели экспериментов в социальной психологи и прикладных исследованиях / Д. Кэмпбелл. – СПб. : Социально-психологический центр, 1996. – 391 с.
75. Лазоренко Б. П. Проблемна молодь: шляхи самоздійснення / Лазоренко Б. П. – К. : Педагогічна думка, 2007. – 274 с.
76. Лазурский А. Ф. Классификация личностей / А. Ф. Лазурский / Сост. К. В. Сельченок. – М. : ACT, 2002. – 592 с.
77. Левин К. Теория поля в социальных науках : [пер. с англ.] / К. Левин. – СПб. : Речь, 2000. – 365 c.
78. Левченко Е. История и теория психологии отношений / Елена Левченко. – СПб. : Алетейя, 2003. – 312 с.
79. Ленгле А. Феноменологический подход в экзистенциально-аналитической психотерапии / А. Ленгле // Московский психотерапевтический журнал. – 2009. – №2. – C. 110–129.
80. Лисицын Ю. П. Здоровье человека – социальная ценность / Ю. П. Лисицын, А. В. Сахно. – М. : Мысль, 1988. – 270 с.
81. Литвак Б. Г. Экспертные оценки и принятие решений / Б. Г. Литвак. – М. : Патент, 1996. – 271 с.
82. Лібанова Е. М. Вимірювання якості життя в Україні, аналітична доповідь : Монографія / Е. М. Лібанова, О. М. Гладун, Л. С. Лісогор та ін. – К. : 2013. – 50 с.
83. Ложкін Г. В. Економічна психологія: Навч. посібник / Г. В. Ложкін, В. В. Спасєнніков. – К. : ВД «Професіонал», 2006. – 304 с.
84. Ломов Б. Ф. Системность в психологи / Б. Ф. Ломов. – [3-e изд.]. – М. : изд-во МПСИ, 2011. – 424 с.
85. Марасанов Г. И. Социально-психологический тренинг / Г. И. Марасанов. – М. : «Когито-Центр», 2001. – 251 с.
86. Маслоу А. Мотивация и личность / Абрахам Маслоу. – СПб. : Питер, 2008. – 352 с.
87. Мацумото Д. Психология и культура / Дэвид Мацумото. – СПб. : Питер, 2003. – 720 с.
88. Мельникова Н. Н. Экспериментальная психология: Учеб. пособ. / Мельникова Н. Н. – Челябинск : Изд-во ЮУрГУ, 2002 – 47 с.
89. Мороз Л. І. Особливості прояву ціннісних орієнтацій у міжстатевій поведінці молоді ранньоюнацького віку : дис...канд. психол. наук : 19.00.07 / Л. І. Мороз. – К. – 1993. – 153 с.
90. Москаленко О. В. Рабочая тетрадь по изучению курса «Акмеология профессиональной карьеры личности» : Учеб. пособ. / О. В. Москаленко. – М. : РАГС, 2007. – 202 с.
91. Московичи С. Социальное представление: исторический взгляд / С. Московичи // Психологический журнал. – 1995. – №2. – С. 3–14.
92. Мочерний С. В. Економічний енциклопедичний словник : у 2 т. – Т. 1. / С. В. Мочерний, Я. С. Ларіна, О. А. Усенко, С. І. Юрій. – Львів : Світ, 2005. – 616 c.
93. Муздыбаев К. Жизненные стратегии современной молодежи: межпоколенческий анализ / К. Муздыбаев // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2004. – Т.7. – №1. – С. 175–189.
94. Муздыбаев К. Стратегия совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ / К. Муздыбаев // Журнал социологии и социальной антропологии. – 1998. – Т.1. – №2. – С. 100–111.
95. Мясищев В. Н. Психология отношений: под ред. А. А. Бодалева / В. Н. Мясищев. – М. : Ин-т практической психологии, 1995. – 356 с.
96. Найдьонов М. І. Формування системи рефлексивного управління в організаціях : Монографія / Найдьонов Михайло Іванович. – К. : Міленіум, 2008. – 484 с.
97. Наследов А. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках / А. Наследов. – СПб. : Питер, 2005. – 416 с.
98. Небоженко В. С. Соціальна напруженість і конфлікти в українському суспільстві / В. С. Небоженко. – К. : Абрис, 1994. – 64 с.
99. Никифоров Г. С. Психология здоровья: Учебник для вузов / Г. С. Никифоров. – СПб. : Питер, 2006. – 607 с.