

УДК 316.628

**СПЕЦИФИКА ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ МОЛОДЕЖИ
С НИЗКИМ И ВЫСОКИМ ЭКОНОМИЧЕСКИМ СТАТУСОМ**

М. С. Каниболоцкая (Дергач)

**Институт социальной и политической психологии Национальной академии
педагогических наук Украины, г. Киев, Украина**

**SPECIFICITY OF AN ATTITUDE TO HEALTH OF YOUNG PEOPLE
WITH LOW AND HIGH ECONOMIC STATUS**

M. Kanibolockaja (Dergach)

**Institute of Social and Political Psychology National Academy
of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kiev, Ukraine**

Summary. The social psychological peculiarities of an attitude to health of young people with different economic status are analyzed in the article. The factor structure of an attitude to health of youth with different economic status is given and analyzed.

Keywords: attitude to health; socio-psychological peculiarities of an attitude to health; low economic status; high economic status; youth.

Общеизвестно, что нездоровый образ жизни, пассивность в вопросах профилактики и сохранения здоровья постепенно приводят к ухудшению состояния здоровья человека. В масштабах государства это грозит снижением социальной активности, качества и продолжительности жизни людей, увеличением расходов на медицинское обслуживание, социально-экономическим спадом, для индивида – уменьшением производительности труда, снижением работоспособности, благополучия, самоэффективности и саморегуляции. Определение специфики отношения молодежи к своему здоровью может стать толчком к пониманию механизмов влияния на образ жизни молодых людей, коррекции негативных проявлений в поведении, а также укреплению здоровья населения в целом.

На современном этапе развития психологии отдельные вопросы отношения к здоровью освещаются Г. Никифоровым [6]; особенности формирования сознательного отношения к собственному здоровью подростков представлены у В. Кабаевой [4]; специфику отношения к здоровью лиц с разным уровнем психоэмоционального напряжения исследует Е. Башмакова [1]; отношение к табакокурению у курящих и некурящих мужчин и женщин исследуют В. Позняков и В. Хромова [7].

Изучение особенностей отношения к здоровью именно среди молодого населения объясняется тем, что эта социальная группа представляет перспективный потенциал для культурного, экономического развития государства, является активным субъектом общественных преобразований. В условиях резкой стратификации общества возникает потребность исследования этих аспектов с учетом экономических, социальных и психологических предпосылок. В связи с этим исследование специфики отношения молодежи с низким и высоким экономическим статусом к здоровью представляется весьма актуальным.

Целью настоящего исследования было выявление социально-психологических особенностей отношения к здоровью молодежи, специфика которых обуславливается уровнем экономического статуса субъекта.

Исследование проводилось на базе нескольких исследовательских площадок: Киевский национальный экономический университет имени В. Гетьмана (г. Киев, Украина), Запорожский национальный технический университет (г. Запорожье, Украина), а также районные центры занятости г. Запорожье и г. Киева. Выборочная совокупность составила 315 человек с относительно равным распределением по половому признаку.

В работе использовался методический комплекс, состоящий из таких психологических методик: опросник «Субъективное экономическое благополучие» В. Хащенко [9]; опросник «Отношение к здоровью» Р. Березовской [8], опросник «Удовлетворенность качеством жизни» Н. Водопьяновой [там же], «Ценностный

опросник» Ш. Шварца [5], опросник К. Уоллстон и Б. Уоллстон «Локус контроля в сфере здоровья» [3].

Для математической обработки данных использовался программный пакет SPSS 20.0. В статье приводятся только достоверные результаты.

После проведения процедуры Varimax-вращения образовалось пятнадцать значимых факторов, описывающих 53 % общей дисперсии. Согласно критерию адекватности выборки Кайзера – Мейера – Олкина (КМ О = 0,79) выборка оказалась адекватной для проведения факторного анализа. По критерию сферичности Бартлетта, определяющему нормальность распределения переменных, полученные данные также были приемлемы для проведения факторного анализа ($p \leq 0,001$). Как показал последующий статистический анализ, значимые различия между молодежью с низким и высоким экономическим статусом были обнаружены в функционировании пяти из пятнадцати полученных факторов, в поле которых мы попытались охарактеризовать специфику отношения испытуемых к здоровью.

Первый фактор, общий вклад которого в суммарную дисперсию составляет 8,6 %, получил название «склонность к эмоциональной и волевой саморегуляции». Он был образован на основе следующих признаков: «трудные жизненные ситуации» (0,70), «обида и гнев на других» (0,68), «принятие решений» (0,67), «изменение ситуации и планов» (0,67), «внутренние ресурсы» (0,65), «самоуважение» (0,64), «изменяющиеся обстоятельства» (0,64), «гнев» (0,63), «страх и тревога» (0,62), «чувство вины» (0,59), «настроение» (0,58), «физическое состояние» (0,58), «самоконтроль и самообладание» (0,57), «физическая форма» (0,55), «умение организовывать свое время» (0,50), «хорошее настроение» (0,49), «отношения с друзьями» (0,48), «сон» (0,48), «интимная жизнь» (0,47), «чувство эмоциональной приподнятости и жизнерадостности» (0,48).

Второй фактор (5,7% дисперсии) составили следующие признаки: «деловая / профессиональная карьера» (0,75), «профессиональная / деловая поддержка» (0,66), «финансовое положение» (0,64), «моральная и эмоциональная поддержка близких» (0,64), «понимание и уважение в профессиональной среде» (0,61), «отношения с родственниками» (0,57), «личные устремления и достижения» (0,55), «количество и драматизм жизненных кризисов за последние два года» (0,52), «учеба» (0,52), «жизненные ценности и принципы» (0,49), «чувство эмоциональной приподнятости и жизнерадостности» (0,48). На основе анализа перечисленных признаков мы назвали этот фактор «ориентацией на социально-психологическую поддержку».

Шестой фактор, общий вклад которого в суммарную дисперсию составляет 3,2 %, образовали следующие признаки: «врачи заботятся о моем здоровье» (0,65), «регулярно посещаю своего врача, я смогу избежать развития того или иного заболевания» (0,61), «при первых признаках недомогания я консультируюсь со специалистами» (0,60), «обращаетесь к врачу» (0,60), «что касается моего здоровья, то я делаю только то, что говорит врач» (0,57), «посещаю врача с профилактической целью» (0,57), «врачи / специалисты» (0,51). Интерпретация полученных индикаторов позволила назвать этот фактор «атрибуция ответственности компетентным другим».

Десятый фактор был образован признаками: «наслаждающийся жизнью» (0,78), «потворствующий своим желаниям» (0,63), «удовольствие» (0,61), «смелый» (0,55), «жизнь, полная впечатлений» (0,53). Этот фактор получил название «гедонистическая мотивация в жизни». Его вклад в суммарную дисперсию составляет 2,7 %.

Признаки: «нет соответствующих условий» (0,73), «я счастлив» (0,73), «необходимы большие материальные затраты» (0,64), «не знаю, что нужно для этого делать» (0,61), «не хочу себя ни в чём ограничивать» (0,47) – образовали *четырнадцатый фактор*, который мы назвали как «приобретенная беспомощность в отношении к здоровью». Вклад в суммарную дисперсию этого фактора составляет 2,4 %.

Применение процедуры кросстабуляции и критерия χ^2 позволило установить статистически значимые отличия в уровнях проявления выделенных факторов среди молодежи с низким и высоким экономическим статусом. На наш взгляд, полученная факторная структура фактически отражает специфику социально-психологических особенностей отношения молодежи к здоровью. Перейдем к интерпретации выявленных особенностей отношения к здоровью респондентов с низким и высоким экономическим статусом.

Такая особенность, как «склонность к эмоциональной и волевой саморегуляции», отражает способность субъекта контролировать проявления негативных эмоций (гнева, обиды), регулировать свое настроение, находить внутренние ресурсы в условиях меняющегося настоящего, проявлять самостоятельность в принятии важных решений, управлять собственным временем и жизнью в целом. На рис. 1 представлен уровень проявления этой особенности у молодежи с различным экономическим статусом.

Молодежь, которая имеет высокий экономический статус, больше склонна проявлять эмоциональную и волевою саморегуляцию, что важно для сохранения собственного здоровья и установления гармоничных отношений с окружающими. В отличие от этой социальной группы, у молодежи с низким уровнем экономического статуса эмоциональная и волевая саморегуляция выражена слабее. Это различие подтверждается на статистически значимом уровне ($\chi^2 = 11,9, p \leq 0,001$).



Рис. 1. Выраженность социально-психологической особенности «склонность к эмоциональной и волевой саморегуляции» у молодежи с различным экономическим статусом (%) (На рис. справа в слове «высокая» ошибка. – В.)

Слабая склонность молодежи с низким экономическим статусом управлять собственными эмоциями и поведением свидетельствует о невысоком развитии эмоциональной культуры, что может приводить к возникновению эмоциональных срывов, снижению стрессоустойчивости по отношению к фрустрирующим факторам, что впоследствии негативно отразится на деятельности субъекта и образе его жизни.

«Ориентация на социально-психологическую поддержку» является такой особенностью, которая определяет отношение молодежи к здоровью через опору на значимых близких (родственников, друзей), а также признание со стороны профессиональной среды. Эта социально-психологическая особенность отношения к здоровью раскрывается также через уровень удовлетворенности финансовым положением, достижениями, осознанием собственных стремлений. Анализируя степень выраженности этой особенности (рис. 2), можем отметить, что у молодежи с высоким экономическим статусом уровень ее проявления гораздо выше, чем у молодежи, относящейся к противоположной группе (разница на уровне $p \leq 0,001$).



Рис. 2. Выраженность особенности «ориентация на социально-психологическую поддержку» у молодежи с различным экономическим статусом (%)

Полученные данные позволяют предполагать, что молодежь с высоким экономическим статусом чувствует достаточную поддержку со стороны значимой среды, довольна собственными профессиональными и личными достижениями, что способствует гармоничному развитию и самореализации субъекта. В контексте отношения к здоровью наличие высокого уровня проявления этой особенности также может свидетельствовать о том, что у молодежи данной группы созданы адекватные условия социальной среды, препятствующие возникновению социальной дезадаптации.

Кроме этого, наличие высокого уровня социально-психологической поддержки может означать и то, что в близком окружении исследуемых присутствуют субъекты, которые влияют на уровень осведомленности о здоровом образе жизни, то есть обогащают молодежь знаниями о путях и способах поддержания здоровья.

Ориентация на социально-психологическую поддержку слабо проявляется в группе молодежи с низким экономическим статусом. По нашему мнению, это имеет негативный эффект как на личностном, так и на социальном уровне. Отсутствие должной социально-психологической поддержки может обострять проблемы социальной изоляции и социального отчуждения молодежи. Отсутствие постоянной работы, понимания и уважения со стороны профессионального окружения усиливает ощущение собственной некомпетентности, а социальная невостребованность препятствует молодежи с низким экономическим статусом в налаживании социальных связей, подавляет веру в себя и оптимизм.

Проявление такой социально-психологической особенности отношения к здоровью, как «атрибуция ответственности компетентным другим», заключается в том, что молодежь переносит ответственность за свое здоровье на врачей и других специалистов в сфере здравоохранения. Для лучшей наглядности на рис. 3 представлено соотношение выраженности этой особенности в группах исследуемой молодежи.

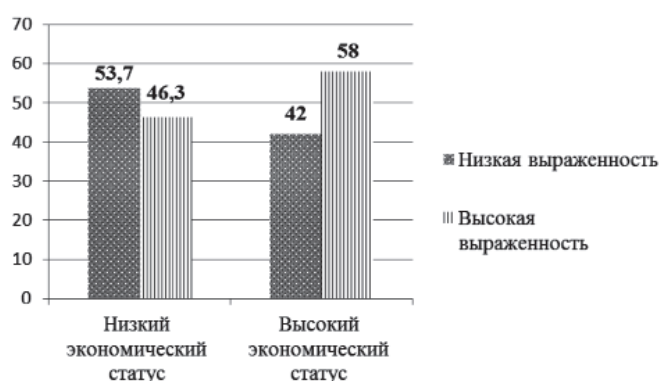


Рис. 3. Выраженность социально-психологической особенности «атрибуция ответственности компетентным другим» у молодежи с различным экономическим статусом (%)

Итак, «атрибуция ответственности компетентным другим» больше характерна представителям с высоким экономическим статусом, в то время как у молодежи с низким экономическим статусом она проявляется на низком уровне, что подтверждается на уровне статистической значимости ($p \leq 0,05$). Опираясь на полученные результаты, можно утверждать, что авторитетом и доверием врачи больше пользуются среди высокостатусной молодежи. Из этого следует, что молодежь с высоким экономическим статусом склонна искать объяснения собственного недомогания у врачей и переносить на них ответственность за здоровье.

Такая социально-психологическая особенность, как «гедонистическая мотивация в жизни», раскрывает конативный компонент отношения молодежи к здоровью, и интерпретируется нами с отрицательной стороны. Имея гедонистическую мотивацию в жизни как ведущую направленность, молодежь склонна идти на риск ради ощущения сильных эмоций, стараться не просто удовлетворять, а потакать собственным желаниям (или плохим привычкам), что может

представлять риск для здоровья. Среди молодежи с высоким экономическим статусом эта социально-психологическая особенность сильно выражена у 68%, то есть среди большинства респондентов (рис. 4). Это значимо отличается от молодежи с низким экономическим статусом ($p \leq 0,05$).

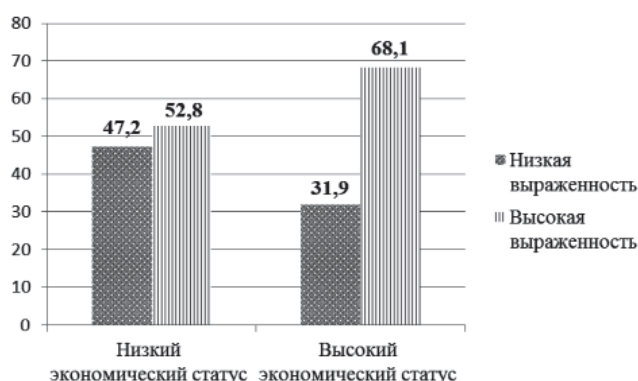


Рис. 4. Выраженность социально-психологической особенности «гедонистическая мотивация в жизни» у молодежи с различным экономическим статусом (%)

Интерпретируя полученные данные, мы считаем, что молодежь, которая относится к группе с высоким экономическим статусом, руководствуется поиском новизны, приключений, что сопровождается в этой группе поведением, направленным на разрушение здоровья.

В продолжение этой мысли остановимся на описании такой социально-психологической особенности, как «приобретенная беспомощность в отношении к здоровью». Ее интерпретация состоит в том, что молодежь подвергает риску собственное здоровье из-за нежелания осознавать и выполнять простые меры по его укреплению. Отсутствие рефлексии и сформированного здоровьесберегающего отношения проявляется в попытке объяснить собственную пассивность и безынициативность отсутствием благоприятных условий для занятия спортом. Опасение молодежи потерять личностную свободу приводит к тому, что профилактика и сохранение здоровья носят временный и единичный характер. На рис. 5 представлена выраженность этой социально-психологической особенности в исследуемых группах молодежи.

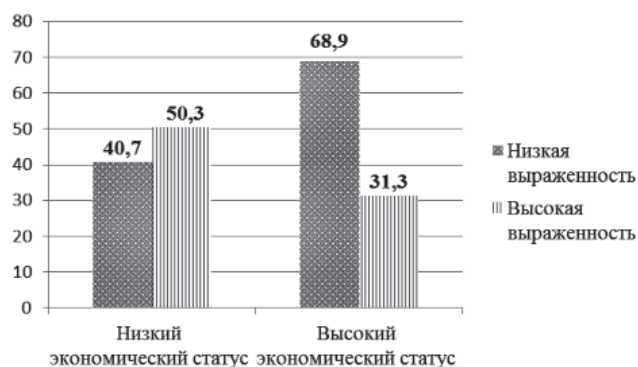


Рис. 5. Выраженность социально-психологической особенности «приобретенная беспомощность в отношении к здоровью» у молодежи с различным экономическим статусом (%)

Из приведенных данных (рис. 5) видно, что молодые люди с низким экономическим статусом демонстрируют сильный уровень проявления этой особенности, в отличие от молодежи с высоким экономическим статусом (разница статистически значима на уровне $p \leq 0,001$). Преобладание высокого показателя по данной социально-психологической особенности среди молодежи с низким экономическим статусом свидетельствует о том, что отношение этой социальной группы

к здоровью имеет рискованный характер, а на уровне поведения она может проявлять нерегулярность и недостаточность заботы о собственном здоровье, пассивность и пренебрежение простыми здоровьесберегающими техниками.

Выводы

Были получены статистически значимые отличия в характере проявления пяти факторов в зависимости от уровня экономического статуса молодежи. Выдвинутое предположение о различии в характере проявления социально-психологических особенностей молодежи в зависимости от ее экономического статуса подтвердилось частично.

Отношение к здоровью молодых людей с высоким экономическим статусом определяется такими позитивными особенностями: ориентация на социально-психологическую поддержку, что свидетельствует о наличии дополнительного внешнего ресурса для развития сберегающего отношения к здоровью; отсутствие беспомощности в отношении к своему здоровью, проявляющееся в активной позиции и умении следить за своим здоровьем; высокая склонность к эмоционально-волевой саморегуляции, что отражается в умении управлять собственным временем, находить внутренние ресурсы в условиях стрессовых ситуаций, адаптироваться к меняющимся условиям жизни. К числу негативных социально-психологических особенностей отношения молодежи к здоровью относятся: высокая атрибуция ответственности компетентным другим, что свидетельствует о склонности переносить ответственность за свое здоровье на врачей и других специалистов; выраженная гедонистическая мотивация в жизни, приводящая к разрушению здоровья.

Для молодежи с низким экономическим статусом свойственны: низкая склонность к эмоционально-волевой саморегуляции, что проявляется в неумении управлять собственной аффективной сферой, отсутствии гармоничных взаимоотношений с окружающими, слабой адаптации к меняющимся условиям жизни; приобретенная беспомощность в отношении к здоровью, которая характеризуется отсутствием активности и самосохранительного поведения. Отсутствие должной социально-психологической поддержки может ухудшать интеракцию с окружением. Незначительный показатель гедонистической мотивации и низкий уровень атрибуции ответственности компетентным другим (врачам) представляют позитивный фон отношения молодежи этой группы к своему здоровью.

Результаты данного исследования позволяют подойти к построению программы, направленной на коррекцию отношения к здоровью молодежи с низким и высоким экономическим статусом исходя из выявленной социально-психологической специфики, к разработке профилактических программ сохранения здоровья с учетом стратификации общества.

Библиографический список

1. Башмакова О. В. Емоційні та психосоціальні чинники ставлення до здоров'я : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. – К., 2007. – 21 с.
2. Березовская Р. А. Исследования отношения к здоровью: современное состояние проблемы в отечественной психологии // Вестник СПбГУ. – 2011. – № 1. – С. 221–226.
3. Гринберг Дж. Управление стрессом. – СПб. : Питер, 2002. – 496 с.
4. Кабаева В. М. Формирование осознанного отношения к собственному здоровью у подростков : дис. ... канд. пед. наук : 19.00.07. – М., 2002. – 280 с.
5. Карандашев В. Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство. – СПб. : Речь, 2004. – 70 с.
6. Никифоров Г. С. Психология здоровья. – СПб. : Речь, 2002. – 256 с.
7. Позняков В. П., Хромова В. Л. Социально-психологические особенности отношения к табакокурению у курящих и некурящих мужчин и женщин // Гуманитарная экспертиза. – 2008. – № 4. – С. 193–198.
8. Практикум по психологии здоровья / под. ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Питер, 2005. – 351 с.
9. Хащенко В. Модель субъективного экономического благополучия // Психологический журнал. – 2005. – Т. 26. – № 3. – С. 38–50.

© Каниболоцкая (Дергач) М. С.