

Л. М. Коробка

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗДОРОВ'Я ГРОМАДЯН ІЗ РІЗНИМ МАТЕРІАЛЬНИМ СТАНОВИЩЕМ

Визначено соціально-психологічні особливості здоров'я громадян з різним матеріальним становищем через аналіз самооцінки стану здоров'я, задоволеності ним, цінності здоров'я, уявлення про нього та ставлення до здоров'я. Показано, що існують розбіжності за цими показниками. Так, стан здоров'я більш стабільний у представників середніх верств населення, а в групу ризику частіше потрапляють представники полярних груп (бідних і заможних). Зауважено, що самооцінка стану здоров'я малозабезпеченими демонструє менш уважне ставлення до свого здоров'я, знижений рівень вимог до нього, а визнання цінності здоров'я та страх втратити його притаманні для більшості громадян. Зроблено висновок, що бідні наражаються на більшу кількість стресових факторів і мають менше ресурсів, щоб їх подолати; вони значно рідше, ніж заможні, обирають позицію відповідальності щодо свого здоров'я.

Ключові слова: здоров'я, матеріальне становище, бідність, самооцінка здоров'я, уявлення про здоров'я, ставлення до здоров'я.

Проблема. Для сучасної України бідність стала хронічним явищем, що визначає спосіб життя більшої частини населення. Саме спосіб життя належить сьогодні значуща роль у системі чинників, від яких залежить здоров'я людини.

На сучасному етапі розвитку нашого суспільства спостерігається погіршення стану здоров'я населення та проявляється тенденція розширення впливу соціально-економічної нерівності на стан здоров'я людини. Бідність через опосередковані прояви (погіршення раціону харчування, медичного обслуговування, недоступність для широких верств населення значної частини ліків, відмову від занять спортом, хронічні психологічні та емоційні перевантаження, працю в несприятливих умовах тощо) позначилася і на погіршенні стану фізичного, психічного та психологічного здоров'я. Існує потужна "соціальна складова" (*social gradient*) здоров'я і хвороб. Більша нерівність породжує ситуацію, коли однакові ризики для здоров'я призводять до різних наслідків залежно від того, ким ви є у суспільстві.

Як показує аналіз досліджень, проблема соціально-психологічної детермінації здоров'я, особливостей соціальних уявлень про здоров'я, цінності здоров'я, колективних постав щодо медичної допомоги, ставлення до здоров'я, групових норм, які регулюють

індивідуальну поведінку у сфері здоров'я у громадян з різним економічним положенням є актуальною соціально-психологічною проблемою, яка потребує наразі уваги психологів.

Мета статті: показати, що спосіб життя в умовах соціально-економічної нерівності є важливою детермінантою стану здоров'я людини, та визначити соціально-психологічні особливості здоров'я громадян із різним матеріальним становищем шляхом аналізу таких складових: самооцінки стану здоров'я, задоволеності ним, цінності здоров'я, уявлення про здоров'я та особливостей ставлення до нього.

Як показує аналіз досліджень, соціально-психологічне пояснення поняття “здоров'я” представлено переважно на інтраіндивідуальному та інтерперсональному рівнях (І. Гурвич, А. Аїзен, Р. Роджерс та ін.). Розробці нового наукового напрямку – соціальної психології здоров'я і хвороби, поясненню здоров'я та хвороби на соціальному рівні з позиції теорії соціальних уявлень та з урахуванням соціокультурного та історичного контекстів присвячене дослідження І. Бовіної [1]. Проблема соціальної природи відмінностей у стані здоров'я представників різних соціальних груп та відмінностей за рівнем здоров'я між соціальними класами, демографічними групами висвітлюється в соціологічних дослідженнях В. Браун, Н. Русиної, І. Журавльової, Е. Лібанової, П. Сорокіна, Н. Тихонової, В. Тапіліної, О. Шиняєвої та ін. Дослідженню відмінностей за рівнем здоров'я між соціальними класами, демографічними групами, територіальними спільнотами та виявленню соціально-психологічних механізмів, які зумовлюють подібність показників здоров'я різних усталених соціальних груп та їх відмінності, присвячені праці О. Васильєвої, Г. Нікіфорова, Ф. Філатова та ін.

Теоретичне осмислення феномена здоров'я неможливе без дослідження чинників формування здоров'я, серед яких особливо важливим є спосіб життя і зокрема бідність як стиль життя, бо нерівність життєвих шансів через неоднаковий рівень матеріального забезпечення призводить до активного процесу відтворення бідності, до того, що бідність не тільки породжує культуру бідності, а й певний стиль життя, який проявляється й у ставленні до здоров'я. Аналіз проблеми бідності в межах концепції “культури бідності” або, як її ще називають, “субкультури бідності”, представлено в доробку західних (Р. Парк; О. Льюїс), російських та українських (І. Андреева, О. Дейнека, Т. Петровська, Ю. Швалб) дослідників.

Здоров'я як соціальний феномен включає в себе не тільки біологічні та психофізіологічні ознаки представників певної соціальної групи, а й ту частину культури суспільства, яку вони засвоїли в ході соціалізації.

Аналіз уявлень про здоров'я, представлений у дослідженні О. Шиняєвої і А. Падіарової, дає можливість виділити в них такі ознаки його соціальності: соціальні відносини як чинник і зовнішній прояв здоров'я; соціальні норми та аномалії здоров'я; соціалізація як процес засвоєння взірців підтримання здоров'я, формування ціннісного ставлення до нього; соціальні явища, такі як бідність, безробіття, конкуренція, стан охорони здоров'я, як умови збереження чи втрати здоров'я [9].

У соціологічних дослідженнях І. Журавльової здоров'я розглядається у зв'язку із соціальними ресурсами, соціальним капіталом індивіда та групи [5]; у дослідженнях П. Сорокіна підкреслюється зв'язок між соціальною стратифікацією суспільства і "стратифікацією здоров'я". У працях Т. Парсонса наголошується на тому, що при переході від вищих класів до нижчих знижується загальний рівень здоров'я. Залежність здоров'я від рівня диференціації суспільства розглядається в соціологічних та соціально-психологічних дослідженнях Е. Лібанової, Н. Тихонової, О. Шиняєвої, К. Муздибаєва, Г. Никифорова та ін.

У більшості випадків причинно-наслідковий зв'язок *дійсно* спрямований від суспільства до здоров'я. Іншими словами, хоча хвороба і виникає через тілесні процеси, насправді вона є продуктом соціальної організації.

Важливим напрямком дослідження здоров'я є вивчення чинників, що впливають на нього. Останнім часом спостерігається зміщення дослідницьких інтересів та потреб з вивчення біомедичних чинників на соціально-економічні, поведінкові, культурологічні та соціально-психологічні. Дослідження соціально-економічних чинників показує, що економічна нерівність, яка все більше поглиблюється в українському суспільстві, впливає на стан здоров'я населення. За ступенем впливу на здоров'я людей соціально-економічні чинники розподіляються таким чином (у порядку посилення такого впливу): якість харчування, екологія, матеріальне становище.

Маргіналізація та довготривале перебування в ситуації бідності пов'язані з формуванням нових настановлень і поведінкових моделей. Індивід виробляє особливий спосіб життєдіяльності, що проявляється в таких характеристиках, як аномія щодо існуючих соціальних норм поведінки; пасивність у ставленні до тієї ситуації, що склалася; залежність від зовнішніх обставин; зневіра у власних силах; покладання відповідальності за своє становище на зовнішні обставини; очікування допомоги ззовні, а не покладання на особисту активність [5; 6; 8]. Нерівність життєвих шансів, зумовлена різним рівнем матеріального забезпечення, призводить до активного процесу

відтворення бідності, до того, що бідність породжує не тільки культуру, а й певний *стиль життя*. У сучасних вітчизняних дослідженнях Л. Бевзенко, Л. Сохань, Ю. Швалба зазначається, що стиль життя є результатом як складних особистісних (психологічних), так і соціальних та культурних детермінант. Значні розбіжності в способі і стилі життя представників різних верств населення стали сьогодні реальними явищами нашого життя.

Припускаємо, що бідність як стиль життя відбивається на поведінці, орієнтаціях, звичках, практиках й у сфері здоров'я. Стиль поведінки у сфері здоров'я залежить від об'єктивних чинників (доходи населення, ціни тощо), соціальних умов (стандарты, норми і цінності здоров'я та здорового способу життя), суб'єктивних оцінок свого становища, благополуччя, задоволеності життям та стану здоров'я, уявлень про здоров'я та хворобу, ставлення до здоров'я (когнітивна, емоційна та поведінкова складові цього ставлення та їх узгодженість).

У дослідженні О. Васильєвої і Ф. Філатова обстоюється думка, що існують суттєві відмінності за рівнем здоров'я між соціальними класами, демографічними групами, територіальними спільнотами тощо. Головним механізмом, який зумовлює подібність показників здоров'я різних соціальних груп, є спільність умов життя, субкультурних особливостей і детермінант індивідуальної поведінки, пов'язаної зі здоров'ям (цінність здоров'я, соціальні настановлення щодо медичної допомоги, групові норми, яка регулюють поведінку у сфері здоров'я) [3].

Визначення здоров'я як соціально-психологічного явища є ключовим у контексті аналізу його соціально-психологічних особливостей, характерних для представників різних за матеріальним статусом груп в умовах соціально-економічної нерівності. *Здоров'я* являє собою гармонійне поєднання фізіологічних, психологічних (особистісних, душевних) та соціальних чинників, які забезпечують внутрішнє благополуччя індивіда, та розглядається як відкрита ієрархічна система компонентів та показників: *соматичне (фізичне) здоров'я* та показники фізичного розвитку; *психічне здоров'я* та показники психічного розвитку, розумової працездатності, стресостійкості, емоційних реакцій; *психологічне (духовне) здоров'я* та показники усвідомлення себе суб'єктом особистого життя, системи цінностей, морально-вольових якостей людини, упевненості в завтрашньому дні; *соціальне здоров'я*, яке зумовлюється взаємовідносинами із соціумом і визначається тими моральними принципами, що є основою соціального життя людини в суспільстві та детерміноване характером і рівнем розвитку головних сфер суспільного життя в певному середовищі – економічній, політичній, соціальній, духовній [7].

Здоров'я, як соціально-психологічне явище, функціонує в конкретних історичних, соціально-економічних, соціокультурних умовах та розподілене в реальному житті на індивідуальному, груповому та соцієтальному рівнях залежно від суб'єктів-носіїв. Тому в *соціальній психології здоров'я* вихідним є положення, що здоров'я – це комплексне явище, яке слід аналізувати шляхом вивчення його соціальних, історичних та культурних аспектів. Здоров'я і хвороба – це феномени соціального рівня. Індивід у ситуації прийняття рішення про певну поведінку спирається не тільки на індивідуальний досвід, а й на колективний рівень уявлень, який відповідає тій чи іншій культурі, та апелює до переконань, яким притаманна певна динаміка. Тому дослідження здоров'я, як зазначає І. Бовіна, є самостійною сферою в соціальній психології і потребує аналізу здоров'я з урахуванням соціального, культурного та історичного контекстів [1].

Дослідження здоров'я в соціальній психології передбачає аналіз особливостей уявлень про здоров'я, розгляд того, як ці уявлення регулюють поведінку щодо нього. На нашу думку, у соціально-психологічному аналізі проблеми здоров'я громадян з різним матеріальним становищем слід брати до уваги передусім такі складові, як самооцінка стану здоров'я; задоволеність здоров'ям, що тісно пов'язана із задоволеністю життям у цілому; уявлення про здоров'я, цінність здоров'я; ставлення до здоров'я представників різних верств населення (у першу чергу спрямованість діяльності щодо здоров'я, яка проявляється у відповідних практиках) та визначення особливостей цього ставлення у представників різних за матеріальним статусом груп.

Серед показників соціально-психологічного аналізу здоров'я представників різних соціальних груп важливе значення має *самооцінка здоров'я*. Цей показник зумовлюється комплексом чинників, основними з-поміж яких є стать, вік, рівень освіти, соціальний статус, постанова на відповідальність за своє здоров'я. Як зазначає Е. Лібанова, самооцінки здоров'я, попри їхню часом надмірну суб'єктивність, дають цінну інформацію для характеристики стану здоров'я як передумови й складової людського розвитку [4].

На самооцінку людиною стану свого здоров'я впливає широке коло чинників, дія яких трансформується у свідомості, відбивається через суб'єктивне сприйняття індивідів, так що в кінцевому підсумку самооцінка відображає не тільки (а інколи й не стільки) об'єктивний стан, а й ставлення різних соціально-демографічних груп (з притаманними їм особливостями способу життя та психології) до свого здоров'я, уявлення про його нормативний стан і місце на шкалі життєвих цінностей, і, окрім того, вони репрезентують залежну від дії багатьох

чинників оцінку ступеня задоволеності індивідів умовами життя і формування свого здоров'я.

Розгляньмо специфіку детермінації самооцінок здоров'я умовами і способом життя представників різних груп населення. Як показують соціологічні дослідження, проведені під керівництвом Е. Лібанової, ідеться про своєрідний парадокс “зворотного зв'язку” між станом (добрим чи поганим) здоров'я членів окремих груп домогосподарств і рівнем їхніх середньодушових сукупних витрат. Так, наприклад, серед осіб, які проживають у найменш забезпечених домогосподарствах, пожалілися на поганий стан здоров'я 11,3% опитаних, а вважали, що мають добре здоров'я, – 31,2%. У домогосподарствах, де середньодушові сукупні витрати нижче рівня для призначення державної соціальної допомоги малозабезпеченим, осіб із поганим, за самооцінкою, станом здоров'я виявилось лише 8,4%. Разом з тим серед членів найбільш забезпеченої групи домогосподарств 18,1% оцінили своє здоров'я як “погане” і стільки ж – як “добре”. Вища суб'єктивна оцінка стану здоров'я у малозабезпечених верств населення навряд чи зумовлена корисністю для здоров'я аскетичного способу життя чи ж “вуглеводної дієти” [4].

Ситуація, що її демонструють дані самооцінки, радше відображає значно менш уважне ставлення до свого здоров'я та його розладів представників малозабезпечених верств населення, можливо, специфічну витривалість та загартованість незніжених бідняків, занижений рівень їхніх запитів і вимог (у тому числі до власного самопочуття), а також зростаючу недоступність якісного медичного обстеження та лікування.

Чинники, пов'язані із соціально-економічною нерівністю, мають досить сильний і неоднозначний вплив на здоров'я людей. Стан здоров'я більш стабільний (за самооцінками) у представників базових і середніх верств населення. У групу ризику частіше потрапляють представники полярних груп населення (бідних і заможних): у першій значно менше, ніж у другій, здорових; у другій значно більше зовсім хворих; при цьому вимоги до здоров'я у середнього класу значно вищі, ніж в інших верств, та вони не завищують оцінки свого здоров'я [2; 4; 6; 8; 9].

Задоволеність здоров'ям як суб'єктивний показник ставлення до нього перебуває в тісному зв'язку із задоволеністю життям у цілому та зумовлюється чинниками статі, віку, освіти, доходів, типу поселення. За даними “Європейського соціального дослідження” (2009 р.), задоволеність життям в українців найбільш тісно пов'язана із задоволенням рівнем доходів (найбільше задоволених життям серед забезпечених – 90%; значно менше задоволені ті, кому грошей не вистачає на

задоволення мінімальних потреб, – таких 35%), роботою (тут важливим є рівень оплати праці), а також станом свого здоров'я. Саме цими аспектами наші співвітчизники задоволені сьогодні менше за все. Так, 46, 1% українців не задоволені своїм здоров'ям, тоді як 46,6% вважають, що міцне здоров'я свідчить про життєвий успіх.

З найбільш значущих детермінант, що зумовлюють зростання рівня захворюваності, назвемо рівень та якість життя, освіту батьків (особливо матері), тип регіону чи населеного пункту, склад сім'ї та уклад сімейного життя [2; 4; 9]. Порівняно благополучна ситуація складається в сім'ях із середнім рівнем доходів (менше хронічно хворих, більше здорових, нижчий рівень спадкових захворювань).

Бідність наразі вважають як детермінантою, так і наслідком поганого здоров'я. У групах із низькими доходами частіше проявляються негативні наслідки небезпечних для здоров'я способів поведінки. Бідні наражаються на більшу кількість стресових чинників і при цьому мають менше ресурсів, щоб їх подолати [6; 8]. Важливими в контексті досліджуваної проблеми є психологічні характеристики представників бідних верств населення: скороченість часової перспективи, відмова від довгострокових життєвих планів; надання більшої значущості навичкам виживання, ніж навичкам, необхідним для соціального зростання; негативне ставлення до всього, що відбувається; недовіра до навколишнього світу та захист від нього, відчуття нездатності впливати на події; песимізм, фаталізм, заздрість. Наведені характеристики свідчать про порушення психологічного здоров'я та є ознакою, відповідно, психологічного нездоров'я представників бідних верств населення [там само].

Вплив психосоціальних чинників, які проявляються в дії хронічного стресу на людей, знаходить відображення в таких емпіричних індикаторах, як задоволеність життям, самооцінка здоров'я, страх перед життям, переживання безнадії, апатія, відчуття самотності та відчуження, які виявляють тенденцію до погіршення у представників верств з низькими доходами [5; 8].

Реальна поведінка людини щодо свого здоров'я тісно пов'язана з її уявленнями про нього. Дані досліджень В. Браун, Н. Русиної, І. Бовіної, О. Васильової, Ф. Філатова, А. Antonovsky показують, що цей зв'язок є непростим та неоднозначним [1–3].

Згідно з теорією соціальних уявлень С. Московічі соціальні уявлення про здоров'я і хворобу визначаються специфікою соціальних груп, які їх породжують. Тому можна зробити припущення, що такі уявлення будуть мати свою специфіку у представників різних верств населення (наймовірніше – за змістовими параметрами).

Як показують дослідження І. Бовіної, О. Васильєвої, Ф. Філатова, стійкими характеристиками уявлень про здоров'я є: фіксованість свідомості на феноменах неузгодженості, коли хвороба сприймається більш диференційовано, ніж здоров'я, а серед зовнішніх чинників, що впливають на здоров'я, визначаються здебільшого негативні; ідея дефіцитарності, коли людині бракує особистих ресурсів для підтримки здоров'я; настановлення на відмову від особистої відповідальності за здоров'я; відчужене ставлення до свого здоров'я [1; 3]. Аналіз психологічних характеристик представників бідних верств населення, представлений у дослідженнях І. Андрєєвої, О. Дейнеки, Н. Тихонової, К. Муздибасва [6; 8], дає підстави стверджувати, що такі уявлення про здоров'я особливо характерні для громадян з низьким рівнем життя.

Як бачимо, стереотипи соціального сприйняття викривлюють уявлення індивіда про особисті ресурси, що проявляється в ідеї дефіцитарності та веде до відчуження оцінки такого надбання людини, як здоров'я. Дослідники переконані, що особливість становища бідних верств населення полягає не так у тому, що в них “недостатньо коштів”, як у тому, що це низькоресурсний прошарок з найнижчими показниками володіння економічними, кваліфікаційними, соціальними, владними, культурними, особистісними, біологічними ресурсами [там само].

Здоров'я людини чималою мірою, як уже зазначалося, залежить від її ставлення до себе, свого здоров'я і навколишнього середовища. Структура ставлення до здоров'я представлена в дослідженнях Т. Белінської, Г. Никифорова, В. Соломонова. Вона характеризується через виділення трьох складових ставлення до здоров'я: когнітивного, емоційного та поведінкового; виділення функцій цих складових; особливостей їх реалізації; представлення характеристики психічних структур, що відповідають за стан здоров'я, та їхньої головної детермінанти [7].

Когнітивна складова ставлення до здоров'я полягає в усвідомленні людиною свого стану, сприйнятті його як здорового чи хворобливого. Ця складова проявляється в усвідомленні особистого стану здоров'я, що залежить від сформованості уявлень про здоров'я та хворобу. Як показують дослідження, у представників малозабезпечених верств спостерігається низький рівень потреби в знаннях про збереження, профілактику та зміцнення здоров'я [2; 9].

Емоційна складова ставлення до здоров'я розкривається через домінування в людини певного настрою і відображає її переживання та почуття, пов'язані зі станом здоров'я, а також особливості емоційного стану, зумовленого погіршенням фізичного чи психічного самопочуття.

Мотиваційно-поведінкова складова реалізується в активності людини, у її вчинках та визначає місце здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей суб'єкта, особливості мотивації у сфері здоров'я, спроможність людини дотримуватися здорового способу життя.

Важливим показником ставлення до здоров'я є його цінність, яка залежно від психосоматичного і психологічного стану може виступати як фундаментальною, так й інструментальною характеристикою. Як зазначають І. Журавльова і Н. Тихонова, упродовж останніх років здоров'я у системі цінностей індивіда перемістилося з нижчих позицій на одне з перших місць, що пов'язано з розумінням значення здоров'я як ресурсу в умовах адаптації до нових соціально-економічних умов [5; 8].

Цінність здоров'я визнають представники всіх верств населення, страх втратити його також проявляється найбільшою мірою [6; 8]. Та все ж виявлено, що існує певна парадоксальність у ставленні до здоров'я, а саме невідповідність між потребою в доброму здоров'ї і зусиллями, спрямованими на його збереження. Це зумовлено стереотипами соціального сприйняття, які викривлюють уявлення індивіда про особистісні ресурси та призводять до формування настановлення на відмову від особистої відповідальності за власне здоров'я [3; 7]. Прагнення делегувати відповідальність за своє здоров'я зовнішнім обставинам є стійкою характеристикою свідомості більшості громадян у пострадянських суспільствах, перш за все свідомості бідних людей, що бере свій початок ще в патерналістській радянській системі охорони здоров'я. У нових економічних умовах актуалізується потреба посилення особистої відповідальності особи за своє здоров'я. Ця тенденція наразі більш характерна для людей з високим рівнем матеріального забезпечення та добрим здоров'ям.

Поведінковий чинник, якому належить одне з провідних місць у переліку чинників, що зумовлюють стан здоров'я, охоплює здебільшого такі причини уваги до свого здоров'я (практично для всіх груп населення), як погіршення здоров'я та страх перед хворобою (мотивація лікувальної спрямованості). Основними ж стратегіями малозабезпечених є стратегії самолікування та експлуатації здоров'я.

Дослідження уявлень про те, якою мірою людина сама може контролювати своє здоров'я, а значить і відповідати за його стан, показують, що важливість цієї думки визнає більшість громадян, та коли мова заходить про особисте здоров'я, усі здебільшого нарікають на зовнішні обставини. При цьому представники малозабезпечених верств рідко обирають позицію відповідальності, а частіше приписують вирішальну роль у впливі на їхнє здоров'я тим чинникам, які здебільшого не піддаються їхньому контролю, та найменше вважають,

що самі відповідають за власне здоров'я. Що ж до отримання нових знань про здоров'я, то представники бідних верств вважають, що це їм не потрібно і навіть може зашкодити [2; 9].

Громадяни з нижчим соціальним статусом, коли йдеться про те, що слід було б змінити в житті, аби поліпшити своє здоров'я, частіше підкреслюють важливість покращення харчування та підвищення доходів, тоді як ті, хто належить до більш високих страт, говорять про необхідність покращення екологічних умов та зміни особистої поведінки. Незаможні частіше, ніж заможні, розмірковують категоріями адаптації до тих умов життя, на які вони не в змозі суттєво вплинути. Для них регулювання свого психічного стану означає скоріше прийняття, аніж контроль [2; 6; 9].

Утім, як зазначає А. Antonovsky, здоров'я низькостатусних індивідів потерпає не тільки тому, що вони дійсно менш спроможні контролювати своє життя, а навіть більше тому, що в них немає так званого почуття співвідношення (sense of coherence). Це поняття охоплює гаму відчуттів людини, які є принципово значущими для її орієнтації в житті та збереження здоров'я. Для людини 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 [2].

Висновки. Теоретичний аналіз досліджуваної проблеми показав, що соціально-економічна нерівність прямо та опосередковано впливає на стан здоров'я особи. З'ясовано, що здоров'я бідних погіршується насамперед через низький рівень матеріального достатку та потенціалу здоров'я, а також через негативний вплив психосоціального стресу як наслідку нерівності доходів. Установлено, що бідність зумовлює стан депресії, напруженості й пригніченості, постійної фрустрації, наслідком яких є неефективні форми поведінки.

Аналіз самооцінки стану здоров'я, задоволеності ним, уявлень про здоров'я та особливостей ставлення до нього представників бідних, середніх та заможних груп населення підтвердив, що існують досить значущі відмінності за цими показниками. Причини виявлених відмінностей слід шукати в умовах та способі життя людей, у їхньому соціальному досвіді, групових нормах та уявленнях про здоров'я, які регулюють індивідуальну поведінку.

Дослідження уявлень про здоров'я у представників бідних верств населення, визначення структурних характеристик ставлення до здоров'я, виділення показників зазначених характеристик та вибір методик їх вивчення становлять для нас перспективу дальшого дослідження проблеми узвичаєння та подолання бідності як стилю життя в контексті ставлення до здоров'я.

Л і т е р а т у р а

1. Бовина И. Б. Социальная психология здоровья и болезни / И. Б. Бовина. – 2-е испр. изд. – М. : Аспект пресс, 2008. – 263 с.
2. Браун В. Дж. Социальные неравенства и здоровье / В. Дж. Браун, Н. Л. Русинова // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. – №1. – С. 101–115.
3. Васильева О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки : учеб. пособие для студ. высш. учеб. завед. / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. – М. : Академия, 2001. – 352 с.
4. Демографічні чинники бідності : монографія / за ред. Е. М. Лібанової. – К. : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2009. – 184 с.
5. Журавлева И. В. Отношение к здоровью индивида и общества / И. В. Журавлева. – М. : Наука, 2006. – 238 с.
6. Муздыбаев К. Переживание бедности как социальной неудачи: атрибуция ответственности, стратегии совладания и индикаторы депривации / К. Муздыбаев // Социологический журнал. – 2001. – № 1. – С. 5–32.
7. Психология здоровья: учеб. для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Питер, 2006. – 607 с.
8. Тихонова Н. Е. Социальная стратификация в современной России: опыт эмпирического анализа / Н. Е. Тихонова. – М. : Ин-т социологии РАН, 2007. – 320 с.
9. Шиняева О. В. Социальное неравенство и здоровье молодого поколения россиян / О. В. Шиняева, А. Б. Падиярова. – Ульяновск : УлГТУ, 2010. – 168 с.

Коробка Л. Н. Социально-психологические особенности здоровья граждан с различным материальным положением

Определены социально-психологические особенности здоровья граждан с различным материальным статусом путем анализа самооценки состояния здоровья, удовлетворенности им, ценности здоровья, представления о нем и отношения к здоровью. Показано, что существуют различия по этим показателям. Так, состояние здоровья более стабильно у представителей среднего класса, а в группу риска чаще попадают представители полярных групп (бедных и богатых). Отмечено, что самооценка состояния здоровья малоимущими демонстрирует менее внимательное отношение к своему здоровью, сниженный уровень требований к нему, а признание ценности здоровья и страх его потерять присущи большинству граждан. Сделан вывод, что бедные подвергаются влиянию большего количества стрессовых факторов и имеют меньше ресурсов, чтобы их преодолеть; они значительно реже, чем обеспеченные, выбирают позицию ответственности за свое здоровье.

Ключевые слова: здоровье, материальное положение, бедность, самооценка здоровья, представления о здоровье, отношение к здоровью.

Korobka L. M. Socio-psychological characteristics of public health with a different financial status

The social and psychological features of health of the people with different economic status by means of analysis of health status self-rating, satisfaction of it, health value, notion and specific attitude to health are detected. It is shown that there are differences in these characteristics. The health status is more stability among representatives of middle class but representatives of polar group (poor and rich) are oftener in risk group. The self-esteem of health status by poor people demonstrates less attentive attitude to their own health, lower level of requirements to it are pointed. Value of health and fair to loose it for major of people are appropriated. It is concluded, that poor people are under influence of more stress factors and have fewer resources for overcome them. They rarely than rich people choose the position of responsibility for their own health

Key words: health, economic conditions, poverty, health self-rating, notion about health, attitude to health.

© Коробка Л. М.

О. І. Хоріна

**ГРУПОВА РЕФЛЕКСІЯ ЯК ЧИННИК ВИБОРУ
СТАРШОКЛАСНИКАМИ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ**

У статті розглянуто результати першого етапу дослідження, спрямованого на виявлення зв'язку між самооінкою старшокласників, рівнем їхньої рефлексії та вибором копінгу. Дослідження проводилося на двох рівнях: груповому – у форматі анкетування старшокласників – та індивідуальному – у форматі управління дослідницькою діяльністю старшокласниці. Показано, що високий рівень самооінки старшокласників за низького рівня рефлексії створює ризики неефективного опанування себе в ситуації невизначеності. Виявлено основну тенденцію напруженості копінгу старшокласників, що засвідчує ймовірність втрати ними ресурсів у ситуації невизначеності. Запропоновано модель рефлексивної інтенсифікації вибору копінгу в ситуації невизначеності. Модель перевірено в процесі виконання старшокласницею дослідницької роботи.

Ключові слова: старшокласники, самооінка, рефлексія, копінг, рефлексивна інтенсифікація, ситуація невизначеності, особистісний розвиток.

Проблема. Старшокласники мають велике і різноманітне навантаження в навчанні, що спонукає їх до певного типу мислення задля ефективної реалізації всього обсягу завдань. Основне завдання підліткового та юнацького віку – самовизначення: спілкування з однолітка-