

УДК 159.923-053.81:613

Ставлення до свого здоров'я залежно від особистісних особливостей і специфіки освіти в осіб молодого віку

Габелкова О. С., Веретельник Г. С.

Стаття посвячена аналізу взаємозв'язку отношения к здоров'ю с тривожністю, суггестивністю і захисними механізмами у молодих людей с різною специфікою образования. Используются тест «Индекс отношения к здоров'ю», методика «Оценка суггестивности», методика «Индекс жизненного стиля» и Шкала личностной тревожности. Выявлено, что все исследуемые лица независимо от специфики образования находятся в «зоне риска», то есть высока вероятность того, что они не будут вести здоровый образ жизни и заботиться о своем здоровье, а это рано или поздно приведет к ухудшению здоровья. Защитные механизмы «интеллектуализация» и «компенсация» связаны с более конструктивным отношением к своему здоровью.

Ключевые слова: молодежь, образование, отношение к здоров'ю, тривожність, суггестивність, захисні механізми

Стаття присвячена аналізу взаємозв'язку ставлення до здоров'я із тривожністю, суггестивністю та захисними механізмами в молодих людей з різною специфікою освіти. Використані тест «Індекс ставлення до здоров'я», методика «Оцінка суггестивності», методика «Індекс життєвого стилю» і Шкала особистісної тривожності. Виявлене, що всі досліджувані особи незалежно від специфіки освіти перебувають в «зоні ризику», тобто висока ймовірність того, що вони не будуть вести здоровий спосіб життя та піклуватися про своє здоров'я, а це приведе до погіршення здоров'я. Захисні механізми «інтелектуалізація» і «компенсація» пов'язані з більш конструктивним ставленням до свого здоров'я.

Ключові слова: молодь, освіта, ставлення до здоров'я, тривожність, суггестивність, захисні механізми

This article is about the analysis of intercommunication of attitude towards the health with an anxiety, suggestiveness and defense mechanisms of young people with different specific education. The test "Index of attitude towards health", method "Evolution of suggestiveness", method "Index of lifestyle" and Scale of personality anxiety were used. We found out that all investigated individuals regardless the specific education are in the "zone of risk", which means that there is a high probability that they will not live a healthy lifestyle and take care of their health, and this sooner or later will result a bad health. Defense mechanisms "intellectualization" and "compensation" are related to more structural attitude towards their health.

Key words: youth, education, attitude towards health, anxiety, suggestiveness, defense mechanisms

Вступ. Для більшості людей поняття «здоров'я» асоціюється в головному з тілом і фізичним станом. Для того щоб бути здоровішими, люди прагнуть правильно харчуватися, відмовляються від шкідливих звичок, займаються спортом. І, як правило, не враховують культуру думок, емоцій, взаємин з навколишнім світом. Але часто саме руйнівні думки, почуття, неправильне відношення до себе, до оточення, до самого життя є причиною більшості захворювань. Тимофєєва М.П. і Двіжона О.В. відзначають, що психосоматична й поведінкова медицина, психологія здоров'я при всій специфічності власних підходів сходяться на тому, що здоров'я й хвороба – це результати взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів [10].

Одним із критеріїв суспільного прогресу є спосіб життя людини. Багато авторів підкреслюють, що спосіб життя ґрунтується на особливостях поведінки людини, характеристиках особистості, а також їх взаємодії із соціальним середовищем, економічними умовами й середовищем проживання. Індивідуальні стереотипи поведінки можуть вплинути на здоров'я, як самої людини, так і людей, що її оточують. До основних факторів, які визначають спосіб життя, належать: рівень загальної культури людини та її освіта, матеріальні умови життя, стать, вікові й конституціональні особливості людини, стан здоров'я, екологія середовища проживання, особливості трудової діяльності, особливості сімейних стосунків і сімейного виховання, звички людини, можливості задоволення біологічних і соціальних потреб [2, 3, 7, 11].

Як пише Сумрач М.Ю. і Журавльова І.В., потреба в здоров'ї актуалізується у випадку його погіршення, здорова людина не помічає свого здоров'я, сприймає його як факт. Людина не завжди робить які-небудь спрямовані дії по збереженню і зміцненню здоров'я, оскільки й так все добре. Ставлення до здоров'я є системою індивідуальних, вибіркового зв'язків особистості з різними явищами навколишньої дійсності, що сприяють або, навпаки, що загрожують здоров'ю людей. Таким чином, ставлення до здоров'я - один з елементів самозберігаючий поведінки [5, 9].

Ставлення до здоров'я може бути адекватним або неадекватним. Критеріями ступеня адекватності відносини до свого здоров'я можуть виступати: на когнітивному рівні - міра проінформованості людини в галузі фізіології й інших сфер, пов'язаних із забезпеченням здоров'я, знання основних факторів ризику погіршення здоров'я, розуміння ролі здоров'я в забезпеченні довголіття; на поведінковому рівні - ступінь відповідності дій і вчинків людину вимогам здорового способу життя; на емоційному рівні - оптимальний рівень тривожності стосовно здоров'я, уміння насолоджуватися станом здоров'я й радіти йому; на ціннісно-мотиваційному рівні - висока значимість здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей [1]. Таким чином, вивчення ставлення до здоров'я, виявлення впливу освіти на формування здоров'язберігаючий поведінки являє собою актуальну наукову проблему.

Метою статті є відображення результатів дослідження зв'язку ставлення до здоров'я з особистісними особливостями й специфікою освіти. Гіпотезами дослідження передбачалося, що неадекватне ставлення до здоров'я супроводжується, по-перше, більшою виразністю захисних механізмів, по-друге, ступенем

сугестивності, по-третє, низькою тривожністю. Також припускалося, що в групі зі спеціальною медичною освітою ставлення до здоров'я буде більш адекватне, здоров'язберігаюче й здоров'яформуюче.

Завданнями дослідження стали:

1. Визначення особливостей ставлення до здоров'я, тривожності, сугестивності й захисних механізмів в осіб молодого віку.

2. Виявлення зв'язків між ставленням до здоров'я, тривожністю, сугестивністю й захисними механізмами.

3. Визначення особливостей ставлення до здоров'я в людей з різною специфікою освіти.

Методи й вибірка. Для виявлення рівня й особливостей ставлення до здоров'я була використана методика «Індекс ставлення до здоров'я» розроблена С. Дерябо і В. Ясневим [3]. Методика включає чотири шкали: емоційна шкала – спрямована на визначення того, наскільки людина чутлива до різних проявлень свого організму, наскільки вона сприйнятлива до естетичних аспектів здоров'я, здатна одержувати насолоду від свого здоров'я; пізнавальна шкала – діагностує, з одного боку, наскільки людина готова сприймати інформацію із проблем здоров'я, одержувану від інших людей і з літератури, а з іншого – наскільки вона до цього прагне; практична шкала – виявляє, наскільки людина готова включитися в різні практичні дії, спрямовані на турботу про своє здоров'я; шкала вчинків – вимірює, у якому ступені людина прагне змінити своє оточення або вплинути на нього відповідно до існуючого в нього ставлення до здоров'я. Показник інтенсивності ставлення утворюється шляхом підсумовування балів по чотирьом шкалам і показує, наскільки в цілому сформоване ставлення до здоров'я і як сильно воно проявляється. Для методики має переведення сирих балів у процентілі.

Для виявлення механізмів психологічного захисту був використан Опитувальник Келлермана-Плутчика «Індекс життєвого стилю» [6], який вимірює виразність восьми основних захисних механізмів: заперечення, витиснення, регресія, компенсація, проєкція, заміщення, інтелектуалізація, реактивне утворення.

Для визначення рівня тривожності була використана Шкала особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна [8].

Для визначення схильності до сугестивності була використана методика «Оцінка сугестивності» [4].

Вибірка досліджуваних осіб складалася з 40 людей, з них 11 чоловіків і 29 жінок. Серед них: 21 людина з вищою медичною і фармацевтичною освітою (1 група), і 19 осіб з вищою гуманітарною і технічною освітою (2 група). Основний розкид віку досліджених 22 – 35 років. Середній вік 26 років.

Усі досліджувані особи добровільно й з інтересом взяли участь у дослідженні.

Для формування бази даних і графічного аналізу використовувалася програма MS Excel 2007, перевірка статистичних гіпотез зроблена в програмі STATISTICA 6.1. Для пошуку зв'язків між змінними використався кореляційний аналіз Спірмена, а для порівняння двох груп – U критерій Манна - Уїтні.

Обговорення результатів. Пошук зв'язку між рівнем тривожності й ставленням до здоров'я не виявив значимих кореляцій, тобто незалежно від ступеня тривожності людини вона може як адекватно, так і неадекватно ставитися до власного здоров'я.

Перевірка другої гіпотези дала позитивний результат – знайдений значимий зв'язок між одним з показників ставлення до здоров'я «пізнавальною шкалою» і ступенем сугестивності: $r_s=0,33$, $p=0,037$. Прямий зв'язок між пізнавальним компонентом ставлення до здоров'я й сугестивністю означає, що при високій навіюваності людина виявляє велику цікавість до проблеми здоров'я й сама активно шукає відповідну інформацію, любить спілкуватися з іншими людьми на дану тему й т.п. Це говорить нам, що сугестивність, яка відображає сприйнятливість і чутливість молодих людей до нової інформації, показує наявність розвитої уяви, сприяє більш допитливому й уважному ставленню до свого здоров'я.

Подальший аналіз був присвячений з'ясуванню, яким чином ставлення до здоров'я пов'язане з використанням захисних механізмів. Кореляційний аналіз показав, що найбільш залученим у ставлення до здоров'я захисним механізмом є «інтелектуалізація»: він прокорелювал із трьома шкалами методики «Індекс ставлення до здоров'я»: з емоційною шкалою ($r_s=0,52$, $p<0,001$), практичною шкалою ($r_s=0,37$, $p=0,019$) і загальним показником інтенсивності ставлення до здоров'я ($r_s=0,47$, $p<0,001$).

Пряма кореляція з механізмом «інтелектуалізація» означає, що адекватне ставлення до здоров'я як у цілому, так і в плані емоційного й практичного ставлення, пов'язане з більш інтенсивним використанням «розумового», раціонального способу пояснення будь-яких ситуацій і проблем. Тому що це найбільш прогресивний і зрілий захисний механізм, він не приводить до ігнорування проблем, як наприклад, незрілі механізми заперечення й витиснення, а сприяє їхньому інтелектуальному проробленню.

Практична шкала обернено пов'язана з механізмом «заміщення» ($r_s=-0,34$, $p=0,031$), що свідчить про те, що чим менше людина займається оздоровчими процедурами, своєю фізичною підготовкою, веде здоровий спосіб життя, тим більше вона схильна шукати винних у погіршенні свого здоров'я. І навпаки, чим більше індивідуум практично поліпшує ресурси свого організму, тем менше він потребує пошуку «козла відпущення» через незадоволеність своїм здоров'ям.

Пізнавальна шкала прямо пов'язана з механізмом «компенсація» ($r_s=0,33$, $p=0,036$). У цьому випадку спрямованість людини на пошук інформації про здоров'я супроводжується схильністю до

«компенсаторної» поведінки, тобто «відходом у роботу», прагненням до досягнення високих цілей, подоланню труднощів. Це виявляється конструктивним способом пророблення проблем і позитивним механізмом відновлення й збереження здоров'я, яке необхідно при енерговитратному способу життя.

Таким чином, підтвердилася наша гіпотеза про зв'язок ставлення до здоров'я з використовуваними захисними механізмами.

Останнє завдання нашого дослідження присвячено вивченню ролі спеціальної інформованості в галузі здоров'я/хвороби, для чого у вибірку досліджуваних були включені особи зі спеціальною медичною/фармацевтичною освітою і слабо інформовані в цих питаннях люди («гуманітарії й техніки»).

Порівняння груп проводилося за методикою «Індекс ставлення до здоров'я» (див. табл. 1). Табличні дані переведені в процентильну шкалу.

Табл. 1

Виразність ставлення до здоров'я в молодих людей з різним ступенем інформованості в галузі здоров'я

Група	Емоційна шкала	Пізнавальна шкала	Практична шкала	Шкала вчинків	Загальна інтенсивність ставлення до здоров'я
1 - інформовані особи	0	23	4	23	23
2 - неінформовані особи	0	11	4	23	23

Виходячи з наведених даних бачимо, що вся вибірка проявляє недостатньо конструктивне ставлення до свого здоров'я: найвищі процентілі становлять 23, що перебуває в нижній третині розподілу щодо всіх людей (вибірки стандартизації). Про уважне й турботливе ставлення до здоров'я говорили б процентілі 50-60 і вище, що означає більш високий результат по тесту, чим в 50-60% усіх людей. Особливо низькі результати спостерігаються по емоційній і практичній шкалі.

По пізнавальній шкалі в групі з мед./фарм. освітою середній процентиль складає 23, що значить 23% усіх людей (вибірки стандартизації) мають результати гірше цих наших випробуваних. Група без фахової освіти має ще більш низький середній процентиль (11), тобто тільки 11% вибірки стандартизації мають гірші результати в пізнавальному ставленні до свого здоров'я. Ці результати показують, що хоча обидві групи мають досить низьке пізнавальне ставлення до свого здоров'я, спеціальна інформованість у цій галузі грає позитивну роль. Розходження між групами по цій шкалі значимі: $U=124,5$, $p=0,042$ (критерій застосований до сирих балів).

По всіх інших шкалах (емоційної, практичної, шкалі вчинків і загальної інтенсивності ставлення до здоров'я) значимих відмінностей між групами немає.

В обох групах середній процентиль по шкалі емоційності максимально низький (0). Це говорить про те, що ставлення до здоров'я у всіх досліджуваних осіб носить скоріше розумовий характер, мало торкається їхньої емоційної сфери. Турбота про здоров'я для них просто необхідність, а не радісне й захоплююче заняття, вони глухі до життєвих проявлень свого організму й не бачать естетичного аспекту здоров'я.

Не набагато вище в обох групах середній процентиль по практичній шкалі (4). Можна сказати, що всі досліджувані люди в дуже незначному ступені включаються в практичну діяльність по турботі про своє здоров'я, як організовану іншими людьми (секційні, спортивні й оздоровчі заняття), так і самостійно. Власні активні дії вони роблять тільки в крайніх випадках, коли цього вимагає ситуація.

Шкала вчинків показує вагу вплива на своє оточення для зміни умов життя, поведінки інших людей убік турботи про здоров'я. Показник по цій шкалі в обох групах (23 процентіля), це означає, що всі досліджені не прагнуть вплинути на ставлення до здоров'я в оточуючих їх людей, не стимулюють їх проповідувати здоровий спосіб життя, тому що вважають, що ставлення до здоров'я є «особистою справою» кожного.

Загальний показник інтенсивності ставлення до здоров'я в обох групах перебуває на такому ж низькому рівні (23 процентіля), тому досліджувані як з вищою медичною і фармацевтичною освітою, так і без неї, знаходяться в «зоні ризику», тобто висока ймовірність того, що вони не будуть вести здоровий спосіб життя й піклуватися про своє здоров'я, а це рано чи пізно приведе до його погіршення, хронічних захворювань, зниження працездатності й задоволеності життям у цілому.

Висновки

1. Пізнавальний компонент ставлення до здоров'я в молодих людей обумовлюється ступенем сугестивності, який сприяє проявленню інтересу до інформації, пов'язаної зі здоров'ям. Тривожність не грає ролі відносно турботи про своє самопочуття.

2. Захисні механізми «інтелектуалізація» і «компенсація» пов'язані з більш конструктивним ставленням до свого здоров'я, тим самим забезпечуючи одержання задоволення від здорової поведінки, реалізацію практичних ініціатив по підтримці й розвитку потенціалу здоров'я, формування

енергозберігаючих стратегій життєдіяльності. Механізм «заміщення», навпаки, підтримує неоптимальне відношення до здоров'я, тому що дозволяє уникати практичних дій і шукати винних у погіршенні свого стану.

3. Усі досліджувані незалежно від освіти перебувають в «зоні ризику», тобто висока ймовірність того, що вони не будуть вести здоровий спосіб життя й опікуватися про своє здоров'я, а це рано чи пізно приведе до погіршення здоров'я.

4. Фактор спеціальної інформованості в галузі медицини й фармацевтики грає роль у плані підвищення когнітивного компонента ставлення до здоров'я, що, швидше за все, пов'язане з необхідністю оперувати цією інформацією з роду здійснюваної діяльності. Відсутність відмінностей цієї групи по інших компонентах ставлення до здоров'я – емоційному, практичному, спонукальному – доводить формальність їх виділення з основної маси людей за критерієм інформованості й вимагає додаткових досліджень глибинних причин порушення здорової поведінки.

Література

1. Андреев СИ., Боровков М.И. Здоровье в системе ценностных ориентации личности// Преемственность поколений: диалог культур/ Матер.межд.научно-практ.конф. Вып.2. СПб, Изд-во СПб ун-та, 1996.
2. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Академия, 2001. – 352с.
3. Диагностика здоровья. Психологический практикум /Под ред. Г.С.Никифорова. – СПб.: Речь, 2007. – 950 с.
4. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности. – СПб.: Питер, 2001. – 560 с.: ил. – (Серия «Практикум по психологии»).
5. Журавлева И.В. Здоровье и самосохранительное поведение // Население и общественное развитие / Отв. ред. Т.Д. Иванова. М.: Ин-т социологии РАН, 1998.
6. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2005. – 992 с.
7. Психология здоровья: Учебник для вузов/ Под ред. Г.С.Никифорова. – СПб.: Питер, 2003. – 607с.: ил. – (Серия «Учебник для вузов»)
8. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2001. – 672 с.
9. Сурмач М.Ю. Здоровьесберегающее поведение: установки и возможности реализации // Ломоносов–2008: Материалы Пятнадцатой междунар. конф., Москва 8–11 апреля 2008 г. / Моск. гос. ун-т им. М.В. Ломоносова. М., 2008.
10. Тимофієва М.П., Двіжона О.В. Психологія здоров'я: Навчальний посібник. – Чернівці: Книги – XXI, 2009. – 296с.
11. Health and Health Behaviour among Young People. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 1. International Report / Editors C.Currie, K.Hurrelmann, W.Settertobulte, R.Smith, J.Todd. – Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2000. – 132 p.