

Відповідність потреби в самореалізації полягає в тому, що, задовольняючи її в різних видах діяльності, особистість ніколи не може задовольнити її повністю. Саме тому базову потребу в самореалізації в різних видах діяльності, особистість повинна знаходити свої життєві цілі, знаходить своє місце в системі суспільних зв'язків і зв'язків [6]. Конкретні форми, способи та види самореалізації у різних людей різні. Тому шляхи реалізації такого процесу залежать від того, наскільки сама людина прагне рухатися за течією, а творчо, активно ставитися до самої себе і свого життя. Людина, яка вже зробила свій вибір на користь творення себе як особистості, спробує реалізувати свій вибір за будь-яких умов. Слід лише зауважити, що самореалізація може відбуватися в різних формах. Ці форми саморозкриття людини залежать від об'єктивних обставин і можуть бути досить різними. А зміст і напрями та способи саморозкриття визначаються самою людиною і залежать від її свідомого вибору певних моментів свого життя, у кожній конкретній справі.

Відомий український вчений Є. І. Головаха досліджує самореалізацію в контексті життєвої перспективи особистості і розглядає її як «цілісну картину майбутнього у складному суперечливому взаємозв'язку програмованих і очікуваних подій, з якою людина пов'язує соціальну цінність і індивідуальний сенс свого життя» [1]. Перспектива особистості є найважливішим фактором її розвитку і самореалізації. Життєва перспектива не задається особистістю, а створюється нею, змінюється і уточнюється протягом життя, проходячи у своєму плині напружено-кризові моменти, можливі альтернативи на життєвому шляху особистості.

Бібліографічні посилання

1. Злобіна О. Суспільна криза і життєві стратегії особистості / О. Злобіна, В. Тихонович. – К. : Стило, 2002. – 238 с.
2. Кучерявий І. Т. Творчість – основа розвитку потенційних джерел особистості / І. Т. Кучерявий, О. І. Клепиков. – К. : Вища школа, 2000. – 288 с.
3. Мистецтво життєтворчості особистості: Наук.-метод. посібник : у 2 ч. / Ред. рада: В. М. Доній, Г. М. Несен, Л. В. Сохань, І. Г. Єрмаков та ін. – К., 1997. – Ч. 1: Теорія і технологія життєтворчості. – 392 с.
4. Москаленко В. Проблема виховання в контексті соціалізації особистості / В. Москаленко // Соціальна психологія. – 2005. – № 2 (10). – С. 3–17.
5. Психологія особистості: Словник-довідник / За ред. П. П. Горностая, Т. М. Титаренко. – К. : Рута, 2001. – 320 с.
6. Пономарев Я. А. Психологія творчества / Я. А. Пономарев. – М. : Наука, 1990.

Надійшла до редколегії 25.01.11

УДК 316

Л. І. Швидка

Дніпропетровський національний університет імені Олеся Гончара

МОДЕЛІ ПОВЕДІНКИ МІСЬКОЇ МОЛОДІ У СФЕРІ ЗДОРОВ'Я: СПРОБА ЕМПІРИЧНОГО ВИМІРУ

Розглянуто проблеми, пов'язані з розробкою показників моделей поведінки у сфері здоров'я. Виокремлено та описано чотири моделі поведінки – конструктивну, адаптивну, регресивну та руйнівну. На прикладі спостереження міської молоді зроблено спробу їх емпіричного дослідження

Ключові слова: молодь, здоров'я, здоровий спосіб життя, самозберігаюча поведінка, моделі поведінки в сфері здоров'я.

Рассмотрены проблемы, связанные с разработкой показателей моделей поведения в сфере здоровья. Выделены и описаны четыре модели – конструктивная, адаптивная, регрессивная, разрушительная. На примере наблюдения городской молодежи сделана попытка их эмпирического исследования.

Ключевые слова: молодежь, здоровье, здоровый образ жизни, самосохраняющее поведение, модели поведения в сфере здоровья.

Problems are considered and they are connected with development of the factors of the models of the behavior in sphere of health. The author allocates and describes four models – achievement's model, adaptive, regressive and destructive. On example of the studying town youth is made attempt their empirical study.

Keywords: youth, health, a healthy way of life, saved behavior, models of the behavior in sphere of health.

Актуальність теми. Починаючи з другої половини XIX століття в світі спостерігаються істотні зміни в оцінці ролі здоров'я в житті кожної людини і суспільства. З цього часу фактично розпочався перехід до розуміння здоров'я і хвороби не тільки як медичної проблеми, але й як загальносоціальної. Показники здоров'я, фізичного і психічного самопочуття стали розглядатися соціальними політиками як кумулятивні індикатори рівня благополуччя, якості життя суспільства в цілому і його окремих частин.

Молодь, як велика соціально-демографічна група, складає значний інтерес для суспільства. Тому що, по-перше, молодь сьогодення (школярі, студенти, робітники) – це майбутнє будь-якої держави і суспільства, основне джерело формування трудових ресурсів. Такі якісні характеристики молоді як здоров'я, професіоналізм, духовність, рівень культури багато в чому визначають успішність політичних і соціально-економічних перетворень у нашому суспільстві. По-друге, молодь – основне джерело відтворення населення. Саме та поведінка молодих людей стосовно здоров'я, той спосіб життя, що вони виробили і дотримуються сьогодні, в подальшому будуть впливати на наступні покоління, покращуючи чи погіршуючи стан здоров'я української нації.

Аналіз кількісних та якісних характеристик населення за останнє десятиріччя свідчить про те, що Україна перебуває у стані глибокої демографічної кризи, яка характеризується депопуляцією, старінням населення та зменшенням середньої тривалості життя. Тривалість життя населення України наближається до аналогічного показника в країнах Південної Америки (67 і 73 роки) [4, с. 387]. Найбільш страждає від кризових явищ найуразливіша частина соціуму – діти і молодь. За даними управління охорони здоров'я, більше 60% дітей, які щорічно вступають до школи, вже мають ті чи інші порушення соматичного та психічного характеру. У віковій структурі найбільший рівень захворюваності відмічається у дітей віком від 7 до 14 років [3, с. 9–10]. Цілком зрозуміло, що в подальшому ця категорія дорослішає і ці негативні показники переносяться на більш дорослих індивідів – студентів та працюючу молодь. Щодо сільської молоді, то, на жаль, вона також не може похвалитися добрим здоров'ям та його сприятливими тенденціями – за останні десять років поширеність хвороб серед сільських підлітків (15–17 р.) зросла майже на третину. При цьому науковці Інституту охорони здоров'я дітей і підлітків АМН України стверджують, що стан здоров'я підлітків у сільській місцевості гірший, ніж у міських поселеннях [6, с. 10]. Епідемічна ситуація щодо поширення в Україні ВІЛ/СНІД в останні роки різко ускладнилася, захворюваність підлітків хворобами, що передаються статевим шляхом, є досить високою [5].

Ступінь розробленості. Виходячи із важливості здоров'я в житті суспільства, різні аспекти здоров'я та його збереження знаходились і знаходяться під прискіпливою увагою науковців. Теоретичну базу вітчизняних досліджень здоров'я було закладено в рамках колишнього СРСР, коли фундаментального значення набули роботи радянських вчених: Г. Л. Апанасенко, М. М. Амосова, Л. С. Виготського, П. Ф. Лесгафта, М. О. Семашка. Серед робіт українських вчених, які зробили певний

у вирішення проблеми здоров'я як у теоретичному, так і практичному плані, слід відзначити роботи А. П. Алексєєнко, В. П. Войтенко, М. В. Кривоносова, І. В. Кратенка, В. Л. Кулініченко, А. П. Лантух, Л. П. Сущенко (теоретико-методологічні проблеми здоров'я); В. С. Бакірова, О. Я. Бабака, В. М. Ніколаєвського (дослідження стану здоров'я населення, його соціальних детермінант); Т. Е. Бекешкіної, Є. І. Головахи, О. А. Донченко, Н. В. Паніної, Л. М. Юр'євої (проблеми психічного здоров'я населення, вивчення його соціального самопочуття); І. І. Саєнко, (дослідження соціального самопочуття населення, яке потерпіло в результаті Чорнобильської катастрофи).

Сьогодні у науковому дискурсі відносно проблеми здоров'я загальноприйнятим є визнання способу життя як найважливішого чинника здоров'я. Це, безперечно, привертає увагу вчених – демографів, психологів, соціологів – саме до вивчення способу життя, як головного чинника, що характеризує життя людини в сучасному суспільстві, поведінку в сфері здоров'я. Разом з цим слід відзначити, що найбільш розробленими сьогодні є прикладні аспекти дослідження здоров'я молоді, пов'язані з певною складовою здоров'я: фізичне здоров'я, проблеми ВІЧ-інфекції та СНІДу, наркоманії, алкоголізму. Щодо моделей поведінки в сфері здоров'я, то слід констатувати їх цілковиту нерозробленість.

Отже, мета цієї статті полягає в тому, щоб на підґрунті матеріалів емпірично-соціологічного дослідження проаналізувати моделі поведінки у сфері здоров'я сучасної молоді м. Дніпропетровська та виявити їх змістовну наповненість. Емпіричну частину роботи становить вибіркоче опитування, проведене в 2010 р. під керівництвом автора студенткою 4 курсу соціально-гуманітарного факультету ДНУ імені Олеся Гончара Ю. С. Жижинюю, в якому за спеціально розробленою вибіркою було опитано молодь міста Дніпропетровська віком 16–30 років [N=250].

Аналіз наукової літератури дозволяє констатувати, що найбільш розробленою у сфері здоров'я на сьогоднішній день є модель поведінки молоді, яка отримала назву «самозберігаюча». Вважається, що характер самозберігаючої поведінки може бути як позитивним, так і негативним. Позитивна самозберігаюча поведінка має напрямок збереження та зміцнення здоров'я, а негативна – на руйнування. Негативна самозберігаюча поведінка може виражатися у свідомих діях, наприклад, коли здоров'ям жертвують заради задоволення певних потреб, або у неусвідомлених – коли людина нігано поінформована про симптоми хвороб, про вплив шкідливих звичок тощо.

На наш погляд, виокремлення тільки двох узагальнених типів поведінки у сфері здоров'я – самозберігаючої позитивної і самозберігаючої негативної – сьогодні недостатньо для аналізу проблем здоров'я. Крім того, певні сумніви виникають стосовно того, чи можна поєднувати в одному понятті два взаємовиключні терміни – «самозберігаюча» і «негативна» поведінка. Ми розділяємо думку дослідників, які визначають самозберігаючу поведінку як систему дій та відносин, що зберігають здоров'я та сприяють продовженню життя індивіда [1, с. 45–46]. Тому самозберігаюча поведінка за своїм змістом негативною не може бути.

Спираючись на підхід, запропонований Т. І. Заславською [2, с. 16], та на проаналізовану наукову літературу, ми на теоретичному рівні виокремили такі можливі моделі поведінки у сфері здоров'я, в яких, по-перше, конкретизується ставлення до власного здоров'я, а, по-друге, вони не є абстрактними, а пов'язані з реальними умовами життя: 1) досягаюча модель; 2) адаптивну модель; 3) регресивна модель; 4) руйнівна модель [7, с. 169–170]. Перші дві є самозберігаючими. В основі вивчення самозберігаючої поведінки лежить дослідження ціннісно-мотиваційної структури особистості та цінності здоров'я в цій структурі. Соціальна цінність здоров'я визначається позицією оцінки, яку індивіди або групи займають стосовно здоров'я, приписуючи йому вагомий роль у житті та спрямування роботи все, що можна, аби зберегти його та використовувати як життєвий ресурс. Отже, найважливішим системоутворюючим фактором у нашому дослідженні виступають орієнтації молоді щодо власного здоров'я, які сформовані у дитинстві та юності і скеровують молоду людину на дотримання здорового способу життя, самостійну діяльність щодо збереження та зміцнення власного здоров'я або навпаки – на нехтування здоров'ям і його руйнування.

За результатами проведеного опитування ми встановили, що сучасні молоді люди в реальному житті мають наступні орієнтації, які створюють основу для формування моделей поведінки у сфері здоров'я:

1) розуміння здоров'я як стартового капіталу, подальша доля якого буде залежати від власних зусиль – орієнтація на *досягаючу* модель поведінки у сфері здоров'я – 23,8%. Носії такої поведінки спрямовані не тільки на збереження здоров'я, яке вони отримали від природи, а й на покращення, досягнення високого його рівня. Тому вони орієнтуються не на фактори, що руйнують здоров'я, а насамперед на фактори, що його зберігають та розвивають. Для них характерним є зацікавленість у доброму здоров'ї, вони рефлектують з цього приводу й знаходять індивідуальні шляхи його збереження й покращення;

2) розуміння здоров'я як стартового капіталу, подальша доля якого буде залежати як від власних зусиль, так і від зовнішніх умов проживання – орієнтація на *адаптивну* модель поведінки у сфері здоров'я – 42,3 %. Вона відрізняється від досягаючої моделі не стільки своїм змістом, скільки меншою амбіційністю цілей та мотивів. Звідси більша традиційність та менш ризикова поведінка. Адаптивність у сфері здоров'я полягає у тому, що індивід націлений на збереження того потенціалу здоров'я, яке він одержав при народженні, головним механізмом здійснення якого є виключення зі способу життя факторів, що шкодять здоров'ю;

3) розуміння здоров'я як стартового капіталу, подальша доля якого буде залежати від зовнішніх умов, або від спадкових чинників, тому намагання щось змінити у своєму здоров'ї є марними – орієнтація на *регресивну* модель поведінки у сфері здоров'я – 13,8%. Для регресивної моделі поведінки характерна свідома відмова від активного освоєння нової дійсності. В кращому випадку мова піде про обмеженість у потребах (економії на речах довготривалого попиту, одязі, відмова від дорогих ліків, медичних та рекреаційних послуг та інше). Носії такої моделі також пасивно ставляться до свого здоров'я, оскільки їх спосіб життя не дає можливості звертати на нього увагу. Для них характерним є фаталістично-пасивне ставлення до свого здоров'я, оскільки зовнішні умови – погіршення соціально-економічного стану, екологія – вважаються ними непереборними;

4) розуміння здоров'я, як незалежного від людини фактора, оскільки життя дуже коротке і непередбачуване, хворіють і вмирають всі люди незалежно від способу життя, тому не можна відмовляти собі у задоволеннях, навіть якщо вони можуть негативно позначитися на здоров'ї – орієнтація на *руйнівну* модель поведінки у сфері здоров'я – 14,6%. Руйнівна модель поведінки індивіда пов'язана з відмовою від здорового способу життя. Цей тип поведінки означає втрату соціальної ідентичності та маргіналізацію, а для суспільства – розширення „соціального дна”, зростання агресії, поширення як соціальних, так і фізичних хвороб, зростання смертності від злочинів та самогубств. Також до цього типу поведінки можливо віднести проституцію, алкоголізм, вживання наркотичних речовин, що безпосередньо негативно впливає на здоров'я.

У якості показників, що характеризують моделі поведінки, ми виокремили такі: заняття спортом і фізичною культурою; здорове харчування; консультація з лікарями з приводу профілактики здоров'я; виділення коштів для підтримки здоров'я; врахування при виборі занять у вільний час його впливу на здоров'я; вживання алкоголю; паління; вживання наркотиків; рівень здоров'я [7, с. 168–169].

Таблиця 1

Порівняльний аналіз показників, що характеризують моделі поведінки молоді у сфері здоров'я (у % до кількості опитаних)

	Показники	Досягаюча модель	Адаптивна модель	Регресивна модель	Руйнівна модель
1	Здоров'я є найважливішою цінністю	80,2	74,3	40,5	34,2
2	Займаються спортом і фізичною культурою	75,5	78,2%	53,3	27,9

Показники	Досягаюча модель	Адаптивна модель	Регресивна модель	Руйнівна модель
Шкуються про здорове харчування	90,3	81,6	70,2	52,6
Консультуються з лікарями для профілактики здоров'я	38,8	29,1	33,9	27,7
Виділяють достатні кошти для підтримки здоров'я	54,2	37,3	26,5	17,9
Враховують при виборі занять у вільний час їх вплив на здоров'я	51,4	56,8	36,8	13,2
Додержуються здорового способу життя	90,3	67,3	55,4	52,6
Не вживають алкоголь	78,1	66,4	57,1	21,1
Не палять	46,4	26,3	21,3	-
Не вживають наркотики	100	77,3	68,7	63,2

Проаналізуємо дані, отримані в ході опитування міської молоді (див. табл. 1). Як видно з таблиці, опитані молоді люди, які вибрали для себе досягаючу модель у сфері здоров'я, за визначеними показниками в певній мірі їй відповідають. Винятки становлять консультації з лікарями для профілактики здоров'я, паління, врахування при виборі занять у вільний час користі для здоров'я, виділення коштів для його підтримки. У якості підсумкового результату додержання такої моделі виступає рівень здоров'я – тільки 7,3% опитаних визначили його як знижений.

Цікаво проаналізувати соціально-демографічний портрет молоді, яка додержується досягаючої моделі поведінки. Отже, це – за статтю: 77,4% жінок і 22,6% чоловіків; за освітою: повна вища – 29,0%, базова вища – 16,1%, неповна вища – 48,4%; за загальною – 6,5%; за сімейним станом: неодружені – 45,2%, одружені, дітей не мають – 9,7%, одружені, дітей мають – 22,6%, живуть у незареєстрованому шлюбі – 22,6%; за зайнятістю: вчаться – 48,4%, працюють – 32,3%, тимчасово не працюють – 12,9%.

Отримані дані свідчать, що по деяких показниках адаптивна модель є дуже близькою до досягаючої, хоча по цілому ряду показників маємо нижчі значення. Разом з цим є показники, за якими наведені моделі дуже відрізняються одна від одної. Це стосується паління, вживання алкоголю, наркотиків, додержання здорового способу життя. Практично в три рази більше опитаних визначали рівень здоров'я як знижений. Соціально-демографічний портрет молоді, яка додержується адаптивної моделі поведінки наступний. Отже, це – за статтю: 43,6% жінок і 56,4% чоловіків; за освітою – повна вища – 29,1%, базова вища – 7,3%, неповна вища 50,9%; повна загальна – 12,7%; за сімейним станом: не одружені – 43,6%, одружені, дітей не мають – 9,1%, одружені, дітей мають – 21,8%, живуть у незареєстрованому шлюбі – 14,5%, не одружені – 10,9%; за зайнятістю: вчаться – 52,7%, працюють – 43,6%, тимчасово не працюють – 3,6%.

Щодо регресивної моделі поведінки, то для більшості молоді, яка її обрала для себе, характерним є паління, вживання алкоголю, вживання наркотиків, недодержання здорового способу життя, вибір вільного часу поза врахування його можливого впливу на здоров'я. Соціально-демографічний портрет молоді, яка додержується регресивної моделі поведінки, такий. Отже, це – за статтю: 42,8% жінок і 57,2% чоловіків; за освітою – повна вища – 29,1%, базова вища – 22,1%, неповна вища – 57,1%; повна загальна – 8,3%; за сімейним станом: неодружені – 21,1%, живуть у незареєстрованому шлюбі – 52,6%, розлучені – 26,3%; за зайнятістю: вчаться – 34,6%, працюють – 63,2%, тимчасово не працюють – 3,2%.

Руйнівна модель поведінки, яку вибрали для себе у якості орієнтира у сфері здоров'я 14,6% респондентів, має приблизно ті ж ознаки, що і у випадку регресивної поведінки, але значення їх є нижчими. Кошти на підтримання здоров'я виділяються тільки у випадку захворювання, молодь не думає взагалі про здоров'я при виборі занять у вільний час тощо. Як свідчать отримані дані, молоді люди, які орієнтуються на модель, що руйнує здоров'я, в реальному житті демонструють дуже низькі показ-

ники здорового способу життя. Соціально-демографічний склад цієї групи наступний. Отже, це – за статтю: 42,1% жінок і 57,9% чоловіків; за освітою – базова вища – 36,8%, неповна вища – 63,2%; за сімейним станом: неодружені – 21,1%, живуть у незареєстрованому шлюбі – 52,6%, розлучені – 26,3%; за зайнятістю: вчать – 33,5%, працюють – 63,2%, тимчасово не працюють – 5,3%.

Порівнюючи соціально-демографічний склад груп молоді, обравших для себе певні моделі поведінки у сфері здоров'я, відзначимо, що досягаюча і адаптивна моделі відрізняються від регресивної та руйнівної за статтю – тут значно більше жінок, що модель часто обирає неодружена молодь з вищою освітою, або та, що навчається. Регресивна та руйнівна поведінка найчастіше притаманна чоловікам, працюючим особам, що мають середню освіту, одруженим або тим, що знаходяться у неофіційному шлюбі.

Отже, підсумовуючи, зазначимо, що виділивши певні показники, ми визначили на теоретичному рівні та емпірично дослідили такі можливі моделі поведінки у сфері здоров'я: досягаючу, адаптивну, регресивну, руйнівну. Пізнавальні можливості побудованої типології розкриваються завдяки порівняльному аналізу міри вираженості позитивних і негативних орієнтацій у поведінці досліджуваних груп. Як свідчать отримані дані, для сучасної молоді характерними є досягаюча і адаптивна моделі поведінки. Наявність певних негативних відхилень у реальній поведінці цих соціотипів у порівнянні з теоретичними моделями свідчать про серйозні внутрішні протиріччя молоді щодо здоров'я та відсутність наукового розуміння його сутності. Разом з цим регресивну і руйнівну моделі обрали і використовують 28,4% опитаних, що є дуже небезпечним для їх здоров'я. Отримані дані є до певної міри обмеженими, але все ж дають достатнє уявлення щодо виокремлених досліджуваних моделей й дозволяють перейти від теоретичної інтерпретації до практичного вивчення їх реальної представленості. Слід наголосити, що науковий пошук у цьому напрямку дозволить більш спрямовано й поглиблено досліджувати здоров'я населення і на цьому ґрунті розробляти заходи щодо його поліпшення.

Бібліографічні посилання

1. Журавлева И. В. Самоохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем / И. В. Журавлева // Социол. исслед. – 2000. – № 5. – С. 45–54.
2. Заславская Т. И. Поведение массовых общественных групп как фактор трансформационного процесса / Т. И. Заславская // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – ВЦИОМ, МВШСЭН, АНХ при правительстве РФ. – 2000. – № 6. – С. 13–18.
3. Охорона здоров'я в Україні: Статистичний збірник / Державний комітет статистики України. – К., 2007. – 271с.
4. Паніна Н. Місце України серед інших країн за станом здоров'я населення: показники державної статистики / Н. Паніна // Українське суспільство 1994–2004. Моніторинг соціальних змін / За ред. В. Ворони, М. Шульги – К. : Інститут соціології НАН України, 2004. – С. 387–402.
5. Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: Аналіт. звіт / Юнісеф, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К. : К. І. С., 2008. – 192 с.
6. Сільська молодь України: стан, проблеми та шляхи їх вирішення: щорічна доповідь Президентові України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні (за підсумками 2003 р.). – К. : Державний ін-т проблем сім'ї та молоді, 2004. – 266 с.
7. Швидка Л. І. Теоретична інтерпретація моделей поведінки в сфері здоров'я / Л. І. Швидка // Вісник Дніпропетр. Ун-ту. Сер. «Філософія. Соціологія. Політологія». Вип. 12. – Д. РВВ ДНУ. – 2005. – С. 166–170.

Надійшла до редколегії 12.01.11