

Коробка Лариса Миколаївна
канд. психол. н., доцент, ст. наук.
співр. лабораторії психології мас
і спільнот ІСПП НАПН України

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

У статті визначено соціально-психологічні особливості здоров'я громадян із різним матеріальним становищем шляхом аналізу самооцінки стану здоров'я, задоволеності ним, цінності здоров'я, уявлення про нього та особливості ставлення до здоров'я. Показано, що існують розбіжності за цими показниками у громадян із різним матеріальним статусом.

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

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

В статье определены социально-психологические особенности здоровья граждан с различным материальным статусом путем анализа самооценки состояния здоровья, удовлетворенности им, ценности здоровья, представления о нем и особенности отношения к здоровью. Показано, что существуют различия за этими показатели у людей с различным материальным состоянием.

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

Larysa Korobka Social and psychological features of health of the people with different economic conditions.

The article detects 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 about it and specific attitude to health. It is shown that people with different economic conditions have some distinctions in these characteristics.

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

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 та хвороб. Більша нерівність породжує ситуацію, коли однакові ризики для здоров'я призводять до різних наслідків залежно від того, ким ви є у суспільстві.

Для сучасної України бідність стала хронічним явищем, визначаючи спосіб життя більшої частини населення. Саме спосіб життя займає сьогодні значуще місце у системі чинників від яких залежить здоров'я людини, та який пов'язаний із зростанням соціально-економічної нерівності.

Аналіз актуальних досліджень. Як показує аналіз досліджень, соціально-психологічне пояснення здоров'я представлено переважно на інтраіндивідуальному та інтерперсональному рівнях у роботах І.Гурвич, А.Айзен, Р.Роджерс та інших.

Розробці нового наукового напрямку – соціальній психології здоров'я і хвороби, поясненню здоров'я та хвороби на соціетальному рівні з позиції теорії соціальних уявлень та з урахуванням соціокультурного та історичного контекстів присвячене дослідження І. Бовіної.

Проблема соціальної природи відмінностей у стані здоров'я представників різних соціальних груп та відмінностей за рівнем здоров'я між соціальними класами, демографічними групами представлена в соціологічних дослідженнях В.Браун, Н.Русиної, І.Журавльової, Е.Лібанової, П.Сорокіна, Н.Тихонової, В.Тапіліної, О.Шиняєвої та інших.

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 відмінностей присвячені роботи О.Васильєвої, Г.Нікіфорова, Ф.Філатова та інших.

Теоретичне осмислення феномену здоров'я призводить до необхідності дослідження чинників формування здоров'я, серед яких визначається спосіб

життя та, зокрема, бідність як стиль життя, бо нерівність життєвих шансів в залежності від рівня матеріального забезпечення призводить до активного процесу відтворення бідності, до того, що бідність не тільки породжує культуру бідності, але й певний стиль життя, який проявляється й у ставленні до здоров'я.

Аналіз проблеми бідності в рамках концепції «культури бідності» або, як її ще називають, «субкультури бідності», представлено в роботах західних (Р.Парк; О.Льюїс), російських та українських дослідників (І.Андреєва, О.Дейнека, Т.Петровська, Ю.Швалб).

Як показує аналіз досліджень, проблема соціально-психологічної детермінації здоров'я, особливості соціальних уявлень про здоров'я, цінності здоров'я, колективних постав щодо медичної допомоги, ставлення до здоров'я, групових норм, які регулюють індивідуальну поведінку в сфері здоров'я у громадян з різним економічним положенням є **актуальною** соціально-психологічною проблемою, яка потребує подальшого вивчення.

Тому у нашій роботі ми ставимо **мету** 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 наступних складових: самооцінки стану здоров'я, задоволеністю ним, цінності здоров'я, уявлення про здоров'я та особливості ставлення до нього.

Виклад основного матеріалу. 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 в дослідженні О.Шиняєвої, А.Падіарової, дає можливість виділити в них наступні ознаки його соціальності: соціальні відносини як фактор та зовнішній прояв здоров'я; соціальні норми та аномалії здоров'я; соціалізація як процес засвоєння взірців підтримання здоров'я, формування ціннісного ставлення до здоров'я;

соціальні явища, такі як бідність, безробіття, конкуренція, стан охорони здоров'я як умови збереження чи втрати здоров'я [9].

В соціологічних дослідженнях І.Журавльової здоров'я розглядається у зв'язку з соціальними ресурсами, соціальним капіталом індивіда та групи [5]; в дослідженнях П.Сорокіна підкреслюється зв'язок між соціальною стратифікацією суспільства та «стратифікацією здоров'я». В роботах Т.Парсонса вказується, що при переході від вищих класів до нижчих знижується загальний рівень здоров'я.

Залежність здоров'я від рівня диференціації суспільства підкреслюється в соціологічних та соціально-психологічних дослідженнях Е.Лібанової, Н.Тихонової, О.Шиняєвої, К.Муздибаєва, Г.Никіфорова та інших.

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 його обумовлюють. В останні десятиріччя 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 є актуальною для українського суспільства, впливає на стан здоров'я населення. За ступенем впливу на здоров'я людей соціально-економічні чинники розподіляються наступним чином, у порядку зростання: якість харчування, екологія, матеріальне положення.

Маргіналізація та довготривале перебування в ситуації бідності пов'язані з формуванням нових установок та поведінкових моделей. Індивід виробляє особливий спосіб життєдіяльності, що проявляється у таких характеристиках, як аномія до існуючих соціальних норм поведінки, пасивність у зміні тієї ситуації, що склалася, залежність від зовнішніх

обставин, зневіра у власних силах, покладання відповідальності за своє положення на зовнішні обставини, очікування допомоги ззовні на протипагу особистій активності [5; 6; 8].

Нерівність життєвих шансів в залежності від рівня 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 у способі та стилі життя представників різних верств населення стали реальними явищами нашого життя.

Ми припускаємо, що бідність як стиль життя відбивається на поведінці, орієнтаціях, звичках, практиках й у сфері здоров'я. Стиль поведінки у сфері здоров'я обумовлений об'єктивними чинниками (доходи населення, ціни тощо), соціальними умовами (стандарти, норми і цінності здоров'я та здорового способу життя), суб'єктивними оцінками свого положення, благополуччя, задоволеності життям та стану здоров'я, уявленнями про здоров'я та хворобу, ставленням до здоров'я (когнітивна, емоційна та поведінкова складові цього ставлення та їх узгодженість).

В дослідженні О.Васильєвої, Ф.Філатова виявлено, 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 усталених соціальних груп є спільність умов життя, субкультурних особливостей та детермінант індивідуальної поведінки, пов'язаної зі здоров'ям (цінність здоров'я, соціальні настанови по відношенню до медичної допомоги, групові норми, яка регулюють поведінку у сфері здоров'я) [3].

Визначення здоров'я як соціально-психологічного явища є ключовим в контексті аналізу його соціально-психологічних особливостей у

представників різних за матеріальним статусом груп в умовах соціально-економічної нерівності.

Здоров'я представляє собою гармонійне поєднання фізіологічних, психологічних (особистісних, душевних) та соціальних факторів, 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, впевненості у завтрашньому дні; соціальне здоров'я, яке будується на взаємовідносинах 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 в реальному житті розподілено за рівнями суб'єктів-носіїв – на індивідуальному, груповому та соцієтальному.

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 та хвороба це феномени соціального рівня. Індивід в ситуації прийняття рішення про певну поведінку, спираючись 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 та 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, розгляду того, як ці уявлення регулюють поведінку по відношенню до здоров'я.

Таким чином, соціально-психологічний аналіз проблеми здоров'я громадян із різним матеріальним становищем доречно здійснювати шляхом дослідження наступних складових: самооцінка стану здоров'я, задоволеність здоров'ям, що знаходиться у тісному зв'язку із задоволеністю життям, уявлення про здоров'я, цінність здоров'я, ставлення до здоров'я представників різних верств населення (в першу чергу спрямованість діяльності по відношенню до здоров'я, яка проявляється у відповідних практиках) та визначення їх особливостей у представників різних за матеріальним статусом груп.

В соціально-психологічному аналізі здоров'я представників різних соціальних груп важливе значення має показник самооцінки здоров'я, який обумовлюється комплексом факторів, основними з яких є стать, вік, рівень освіти, соціальний статус, постанова на відповідальність за здоров'я.

Як зазначає Е.Лібанова самооцінки здоров'я, попри їх подеколи надмірну суб'єктивність, надають 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 рахунку самооцінка відображає не тільки (а інколи й не стільки) об'єктивний стан, скільки 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, й окрім того, вони репрезентують підвладну дії багатьох чинників на оцінку ступеня задоволеності індивідами умовами життя і формування свого здоров'я.

Існує специфіка детермінації самооцінок здоров'я умовами і способом життя представників різних груп населення. Як показують соціологічні

дослідження, проведені під керівництвом Е.Лібанової, йдеться про своєрідний парадокс «зворотного зв'язку» між добрим (чи поганим) станом здоров'я членів окремих груп домогосподарств і рівнем їх середньодушових сукупних витрат. Так, наприклад, серед осіб, які проживають у найменш забезпечених домогосподарствах, пожалілися на поганий стан здоров'я 11,3%, а вважали, що мають добре здоров'я – 31,2%. У домогосподарствах де середньодушові сукупні витрати нижче розміру для призначення державної соціальної допомоги малозабезпеченим, осіб із поганим, за самооцінкою, станом здоров'я виявилось лише 8,4%. У той же час, серед членів найбільш забезпеченої групи домогосподарств 18,1% оцінили своє здоров'я як «погане» і стільки ж – як «добре». Краща суб'єктивна оцінка стану здоров'я у малозабезпечених верств населення навряд чи обумовлена 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 порушень представників малозабезпечених верств населення, можливо, специфічну витривалість та загартованість незніжених бідняків, занижений рівень їх запитів і вимог (в тому числі до власного самопочуття), а також зростаючу недоступність якісного медичного обстеження та лікування.

Фактори, пов'язані з соціально-економічною нерівністю, мають досить сильний та неоднозначний вплив на здоров'я людей. Стан здоров'я є більш стабільним (за самооцінками) є у представників базового та середнього верств населення. У групу ризику більше попадають представники полярних груп населення (бідних та 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 вище ніж у інших верств та вони не завищують оцінки свого здоров'я [2; 4; 6; 8; 9].

Задоволеність здоров'ям як суб'єктивний показник ставлення до здоров'я знаходиться у тісному зв'язку із задоволеністю життям в цілому та обумовлений факторами статі, віку, освіти, доходу, типу поселення.

За даними «Європейського соціального дослідження» (2009 р.) задоволеність життям в українців найбільш тісно пов'язана із задоволенням рівнем доходів (більше за все задоволених життям серед забезпечених – 90%, менш задоволені ті, кому грошей не вистачає на задоволення мінімальних потреб – 35%), роботою (де є важливим рівень оплати праці), а також станом свого здоров'я. Саме цими аспектами українці в наш час задоволені менше за все. Так 46, 1% українців не задоволені своїм здоров'ям, в той же час, 46,6% вважають, що міцне здоров'я є свідомством життєвого успіху.

З найбільш значущих детермінант, що сприяють підвищенню захворюваності виділяється рівень та якість життя, освіта батьків (особливо матері), тип регіону, населеного пункту, склад та уклад життя в сім'ї [2; 4; 9]. Більш нормальна ситуація складається у сім'ях з середнім рівнем доходу (менше хронічних хворих, більше здорових, нижче рівень спадкових захворювань).

Бідність виступає як детермінантою, так і наслідком поганого здоров'я. У групах із нижчим доходом частіше проявляються негативні наслідки небезпечних для здоров'я способів поведінки. Бідні наражаються на більшу кількість стресових факторів при цьому мають менше ресурсів, щоб їх подолати [6; 8].

Психологічні характеристики представників бідних верст населення: скороченість часової перспективи, відсутність довгострокових життєвих планів; надання більшої значущості навичкам виживання ніж навичкам, необхідним для соціального росту; негативне відношення до всього, що відбувається; недовіра до навколишнього світу та захист від нього, відчуття нездатності впливати на події; песимізм, фаталізм, заздрість говорять про порушення психологічного здоров'я та більше свідчать про їх психологічне нездоров'я [6; 8].

Вплив психосоціальних чинників, які проявляються дією хронічного стресу на людей, знаходить відображення у таких емпіричних індикаторах як: задоволеність життям, самооцінка здоров'я, страх перед життям; тяжке

переживання нудьги; апатія, відчуття самотності та відчуження, які мають тенденцію до погіршення у представників з низьким матеріальним становищем [5; 8].

Реальна поведінка людини щодо здоров'я тісно пов'язана з уявленнями людей про здоров'я. Дані досліджень А.Антонівського, В.Браун, Н.Русиної, І.Бовіної, О.Васильєвої, Ф.Філатова показують, що цей зв'язок не є простим та однозначним [1; 2; 3].

Згідно теорії соціальних уявлень С.Московичі, соціальні уявлення про здоров'я та хворобу визначаються специфікою соціальних груп, які їх породжують. Тому можна зробити припущення, що такі уявлення будуть мати свою специфіку у представників різних верств населення (вірогідно за змістовними 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 факторів, що впливають на здоров'я визначаються здебільшого негативні; ідея дефіцитарності, коли людині недостає особистих ресурсів для підтримки здоров'я; установка на відмову від особистої відповідальності за здоров'я; відчужене ставлення до свого здоров'я [1; 3].

Аналіз психологічних характеристик представників бідних верств населення, представлений в дослідженнях І.Андрєєвої, О.Дейнеки, Н.Тихонової, К.Муздибаєва, дозволяє говорити, що вище означені уявлення про здоров'я особливо характерні для громадян з низьким матеріальним становищем.

Таким чином стереотипи соціального сприйняття викривлюють уявлення індивіда про особисті ресурси, що проявляється в ідеї дефіцитарності та призводить до відчуження оцінки такого надбання людини як здоров'я.

Як показують дослідження К.Муздибаєва, Н.Тихонової специфіка положення бідних прошарків населення постає не просто в тому, що у них «недостатньо коштів», а в тому, що це низько ресурсний прошарок, у якого показники володіння економічним, кваліфікаційним, соціальним, владним, культурним, особистісним, біологічним ресурсами знаходяться на низькому рівні [6; 8].

Здоров'я людини також, певною мірою, залежить від її свідомого ставлення до себе, оточуючого середовища та до свого здоров'я.

Структура ставлення до здоров'я представлена в дослідженнях Т. Белінської, Г. Никіфорова, В. Соломонова, в яких 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 їх центральної детермінанти [7].

Когнітивна складова ставлення до здоров'я полягає в усвідомленні свого стану, розуміння його як здорового чи хворобливого. Вона проявляється в усвідомленні особистого стану здоров'я, за який відповідає сформованість уявлень про здоров'я та хворобу.

Як показують дослідження, у представників з низьким матеріальним станом спостерігається низький рівень потреби у знаннях стосовно збереження, профілактики та зміцнення здоров'я [2; 9].

Емоційна складова ставлення до здоров'я розкривається через домінуючий у людини настрій та відображає переживання та почуття людини, пов'язані зі станом її 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, ступінь слідування людиною здорового способу життя.

Важливим показником ставлення до здоров'я є його цінність, яка в залежності від психосоматичного та психологічного стану може виступати як фундаментальною, так й інструментальною. Як зазначають у своїх дослідженнях І. Журавльова, Н. Тихонова, за останні роки здоров'я у системі цінностей індивіда перемістилося на одне з перших місць, що пов'язано із розумінням значення здоров'я як ресурсу в умовах адаптації до нових соціально-економічних умов [5; 8].

Цінність здоров'я визначається представниками усіх верств населення. Страх втратити його також є одним з найбільш проявлених [6; 8]. Та все ж виявлено що існує парадоксальний характер ставлення до здоров'я, а саме невідповідність між потребою в доброму здоров'ї і зусиллями, спрямованими на його збереження, що обумовлюється стереотипами соціального сприйняття, які викривлюють уявлення індивіда про особисті ресурси та призводить до формування установки на відмову від особистої відповідальності за 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 патерналістичній радянській системі охорони здоров'я. У нових економічних умовах актуалізується потреба збільшення особистої відповідальності особи за своє здоров'я. Ця тенденція зараз більше характерна для людей з високим рівнем матеріального забезпечення та добрим здоров'ям.

Поведінковий чинник, який займає одне з провідних місць в обумовленості стану здоров'я, характеризується здебільшого такими причинами 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 нести за нього відповідальність показують, що важливість цього підкреслюється більшістю, але ж коли мова йде про особисте здоров'я, здебільшого спостерігається посилення на зовнішні обставини. При цьому, представники малозабезпечених найменше займають позицію відповідальності, приписують вирішальну роль у дії на їх здоров'я тим факторам, які здебільшого не піддаються дії будь-якого їх контролю та найменше вважають, що самі відповідають за здоров'я. Також, щодо отримання нових знань стосовно питань здоров'я, вони вважають, що це їм не потрібно та навіть може зашкодити [2; 9].

Представники більш низького соціального статусу, коли йдеться про те, що важливо змінити в житті для поліпшення свого здоров'я, частіше підкреслюють важливість покращення харчування та підвищення доходів, тоді, як ті, хто належить до більш високих страт, говорять про необхідність покращити екологічні умови та змінити особисту поведінку. 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, а ніж контроль [2; 6; 9].

У той же час, як зазначає А. Antonovsky, здоров'я низько статусних індивідів потерпає не тільки тому, що вони дійсно менш спроможні контролювати своє життя, а навіть більше тому, що у них відсутнє, так зване «почуття співвідношення» (sense of coherence). Це поняття включає гамму відчуттів людини, які є принципово значущими для її орієнтації у житті та збереження здоров'я. 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 [2].

Теоретичний аналіз проблеми показав, що соціально-економічна нерівність прямо та опосередковано погіршує здоров'я особи. Установлено, що стан здоров'я бідних погіршується насамперед через низький рівень матеріального достатку та потенціалу здоров'я а також через виникнення

психосоціального стресу, як наслідку нерівності доходів. Установлено, що бідність спричиняє стан депресії, напруження й пригніченості, постійної фрустрації слідством яких є неефективні форми поведінки.

Аналіз самооцінки стану здоров'я, задоволеністю ним, уявлення про здоров'я та особливості ставлення до нього представників бідних, середніх та заможних груп населення показує, що існують розбіжності за цими показниками, які є в дійсності досить значущими, що й спонукає шукати їх причини в умовах та способі життя, соціальному досвіді та 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 вказаних характеристик та вибір методик їх вивчення представляють для нас перспективу подальшого дослідження проблеми узвичаєння та подолання бідності як стилю життя в контексті ставлення до здоров'я.

Список використаної літератури

1. Бовина И.Б. Социальная психология здоровья и болезни / И.Б.Бовина -2-е исп. изд.- М.: Аспект пресс, 2008. - 263с.
2. Браун В.Дж., Русинова Н.Л. 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. заведений /О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. – М.: Издат. центр «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.: Институт социологии РАН, 2007. - 320с.
9. Шиняева О. В. Социальное неравенство и здоровье молодого поколения россиян / О.В. Шиняева, А. Б. Падиарова. – Ульяновск : УлГТУ, 2010. - 168 с.