

## **ОСОБЛИВОСТІ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я НОСІЇВ БІДНОСТІ ЯК СТИЛЮ ЖИТТЯ**

**Актуальність дослідження.** Сучасне українське суспільство характеризується погіршенням якості життя та здоров'я людей, що пов'язано, зокрема, із загостренням проблеми бідності, формуванням «культури бідності» (О. Льюїс) як стилю життя. Носіям бідності як стилю життя притаманні власні, відмінні від узвичаєних уявлення, цінності, моделі поведінки, в тому числі й у сфері здоров'я.

На сучасному етапі розвитку українського суспільства здоров'я та ставлення до нього знаходяться у центрі комунікацій на самому високому рівні, що підвищує соціальну значущість здоров'я, а значить існує потенційна можливість дослідити особливості ставлення до здоров'я людини у реальній соціально-економічній ситуації, що склалася в нашій державі. Таким чином на рівні запитів практики виникають питання, пошук відповідей на які спонукає звернутися до соціально-психологічного аналізу ставлення особи до здоров'я, уявлень про здоров'я, стратегій поведінки щодо збереження здоров'я в контексті проблеми бідності як стилю життя.

**Аналіз актуальних досліджень.** Здоров'я людини починається із певного ставлення до нього. Причина неадекватної поведінки особи щодо здоров'я укорінена у природі людських потреб, яким, як зазначав С. Рубінштейн, притаманний пасивно-активний характер, а також у специфіці мотиваційної сфери в цілому, що визначає ставлення людини до здоров'я. Особливо це характерно для представників малозабезпечених верств населення, про що йдеться в роботах Дж. Браун, О. Васильєвої, Е. Лібанової, Г. Нікіфорова, Н. Русиної, П. Сорокіна, Н. Тихонової, О. Шиняєвої, Ф. Філатова, та інших.

Аналіз проблеми ставлення до здоров'я показує, що категорія ставлення, як одна з основних у психологічній науці, відображає кардинальний факт

взаємодії особи та середовища, а природа ставлення, як зазначав В. М'ясищев, відображає суб'єктивне в людині та розкриває соціально-психологічний зміст зв'язків особистості з її середовищем. Саме концепція ставлення до здоров'я інтегрує різні чинники, що детермінують поведінку особи у сфері здоров'я, що відображено у дослідженнях таких учених, як Р. Березовська, І. Журавльова, В. Кабаєва, Л. Куліков, Г. Нікіфоров, Л. Овчиннікова та інших.

Ставлення до здоров'я розглядається нами як складна багаторівнева категорія, яка представлена трьома складовими: когнітивною, емоційною, поведінковою.

Когнітивний компонент включає знання людини про здоров'я, про те, які чинники здійснюють руйнуючий, а які позитивний вплив на здоров'я та показує ступінь прояву інтересу до проблем здоров'я, наскільки особа готова сприймати інформацію та наскільки сама прагне її отримувати.

Дослідження когнітивного компоненту ставлення особи до здоров'я невід'ємно пов'язано з реконструкцією соціальних уявлень людей про здоров'я, які, за даними досліджень І. Бовіної, О. Васильєвої, Ф. Філатова та інших, впливають на реальну поведінку людини у сфері здоров'я [1].

Спираючись на методологічні принципи щодо дослідження соціальних уявлень, які були сформульовані С. Московиси, слід зазначити, що аналіз уявлень про здоров'я в контексті проблеми бідності як стилю життя повинен базуватися на тому, що: соціальні уявлення досліджуються на основі обговорень, які існують у суспільстві; соціальні уявлення необхідно аналізувати як засоби відтворення реальності; характер соціальних уявлень стає особливо очевидним в час кризи, коли група та її образи змінюються.

Емоційний компонент ставлення до здоров'я описує почуття та емоції, що пов'язані зі станом здоров'я та, особливо, з його зміною та показує ступінь змін у системі афективно забарвлених «еталонів» особистості, що обумовлені ставленням до свого здоров'я та проявляються в сенситивності людини до різних проявів свого організму та до інших людей.

Мотиваційно-поведінковий компонент характеризує особливості поведінки людини у сфері здоров'я, її дії у випадку погіршення здоров'я, розкриває ступінь прояву ставлення людини до особистого здоров'я, а також те яке місце займає здоров'я в структурі життєвих цінностей індивіда та характеризує особливості мотивації по відношенню до ЗСЖ.

У нашій роботі ми ставимо **за мету** проаналізувати результати дослідження ставлення до здоров'я осіб із різним рівнем психологічного тяжіння до бідності та визначити особливості прояву когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів ставлення до здоров'я носіїв бідності як стилю життя.

**Організація дослідження.** На основному етапі дослідження взяло участь 198 осіб, серед яких 52% – студенти, 25% – педагоги і 23% – робочі та службовці, що проживають та працюють у містах Києві та Сумах.

Процедуру розподілу досліджуваних за показниками рівня психологічного тяжіння до бідності (ПТБ) у групи з високим і низьким рівнем було здійснено за допомогою опитувальника, розробленого в лабораторії психології мас і спільнот професором В. Васютинським [2], за результатами якого розподіл досліджуваних виявився таким: низький рівень ПТБ – 61 особа (31%), середній – 73 особи (37%), високий рівень ПТБ – 64 особи (32%).

Ми визначаємо психологічне тяжіння до бідності (ПТБ), як реакцію особи – носія бідності як стилю життя на її маргінальне становище в суспільстві, що характеризується виробленням власних, відмінних від узвичаєних постав, цінностей, моделей поведінки, що визначають стиль життя, недостатністю рефлексивних здатностей щодо причин своєї бідності, впливів соціального оточення, залежності від загальносуспільних процесів, поєднанням та зумовленістю одного одним – невмінням (малий досвід) і небажанням (слабка мотивація).

Для дослідження особливостей ставлення до здоров'я осіб з різним рівнем психологічного тяжіння до бідності та його компонентів ми

використали опитувальник «Ставлення до здоров'я» Р. Березовської, пункти якого розподілено за наступними шкалами: когнітивною, емоційною, поведінковою і ціннісно-мотиваційною [3, с. 100-110].

Важливим аспектом вивчення когнітивного компоненту ставлення до здоров'я є дослідження уявлення про те, що розуміється під цим поняттям. Для вивчення уявлення про здоров'я ми, спираючись на концептуальний підхід Ж. Амбрика, застосували метод контент аналізу та методику аналізу П. Вержеса з метою виявлення елементів, які відносяться до ядерної та периферійної зон уявлення [4].

Досліджуваний нами поведінковий компонент (за опитувальником Р. Березовської) розкривався через загальний показник самозберезувальної активності та поведінки в ситуаціях, пов'язаних погіршенням стану здоров'я.

Поведінка особи у сфері здоров'я тісно пов'язана з рівнем атрибуції відповідальності та типом локусу контролю. Особливості прояву цих показників було досліджено за допомогою опитувальника «Локус контролю в сфері здоров'я», що створено на основі багатомірної шкали локусу контролю здоров'я (К. Уоллстон та Б. Уоллстон), який має три шкали: внутрішнього локусу контролю, яка відображає ступінь контролю досліджуваного за власним здоров'ям; контролю «могутні інші», яка вимірює рівень впевненості у тому, що за здоров'я досліджуваного відповідають лікарі; шкала контролю «випадок/доля» відображає те, наскільки особа вважає, що її здоров'я залежить від вдачі, долі тощо [5, с. 245-247]. Результати, отримані за даною методикою дозволять говорити про переважання одного або декількох типів локусу контролю за здоров'я.

В основі поведінки у сфері здоров'я, як соціально-психологічної активності особи лежить мотивація, тому для визначення мотиваційної домінанти соціально-психологічної активності ми використали методику «Діагностика мотиваторів соціально-психологічної активності», що визначає рівень прояву таких домінуючих потреб, як досягнення успіху в цілому,

потреба у владі, тенденція до афіліації (до групового визнання та поваги) [6, с. 94-95].

Для виявлення особливостей ставлення до здоров'я осіб, що тяжіють до бідності, нами було проаналізовано отримані в процесі дослідження результати за допомогою методів статистичної перевірки значущості емпіричних даних (обробка даних методами багатомірної статистики проводилася в статистичному пакеті IBM SPSS Statistics 20).

**Результати дослідження.** Досліджуваний нами когнітивний компонент ставлення до здоров'я складався з двох параметрів, перший із яких відображає перелік різноманітних джерел, що впливають на обізнаність досліджуваних в питаннях про здоров'я, тобто інформаційний параметр; другий – відображає чинники, що впливають на здоров'я.

Аналіз впливу різних джерел (радіо, телебачення та Інтернет; лікарі; газети та журнали; друзі та знайомі; науково-популярні книги про здоров'я) на обізнаність досліджуваних в питаннях збереження здоров'я показав, що найбільший авторитет серед осіб з високим рівнем ПТБ мають лікарі (M=5), а серед представників із низьким ПТБ - науково-популярні книги (M=4,9). Та між показниками когнітивного компоненту за силою авторитету різних джерел інформації в групах з різним рівнем ПТБ статистично значущих відмінностей не виявлено.

Дослідження того, які з існуючих чинників життєдіяльності найбільше впливають на стан здоров'я (професійна діяльність, оточення, якість медичного обслуговування, екологічна ситуація, особливості харчування, погані звички, спосіб життя або недостатнє піклування про власне здоров'я) показало, що домінуючими чинниками здоров'я осіб з низьким і високим ПТБ, є спосіб життя (M=6,2; M=6,1) екологічна ситуація (M=5,9; M=5,6), якість харчування (M=6; M=5,8), нехтування піклуванням про здоров'я (M=5,8; M=5,5) та згубні звички (M=5,8; M=5,3). За показниками впливу на здоров'я різних чинників також статистично значущих відмінностей у досліджуваних групах виявлено не було.

Таким чином, в обох групах рівень усвідомлення чинників, що впливають на здоров'я, а також рівень поінформованості в питаннях збереження здоров'я, має показник вище середнього значення, тобто досліджувані добре поінформовані про здоров'я, усвідомлюють різні чинники, які можуть погіршувати чи покращувати їхнє здоров'я.

Подальший аналіз когнітивного компоненту ставлення до здоров'я осіб з різними рівнем ПТБ стосувався результатів дослідження структури та змісту їх уявлення про здоров'я. Досліджувані особи з високим (64 особи) і низьким (61 особа) ПТБ в цілому запропонували відповідно 294 та 293 асоціації зі словом «здоров'я», які за допомогою контент-аналізу було об'єднано у словник понять, до якого увійшло 164 та 170 слів та словосполучень відповідно.

З опорою на виявлені елементи зони ядра було виділено основні параметри уявлення про здоров'я осіб з високим ПТБ: шляхи та засоби збереження здоров'я (спорт, здоровий і активний способи життя, режим, біг, харчування, фізкультура); тілесний і психоемоційний параметр (сила, життя, хвороба, молодість, краса, секс, самопочуття, настрій, щастя); агенти впливу на здоров'я (лікар, ліки, лікарня, погані звички, вітаміни, фрукти) та параметри уявлення про здоров'я осіб з низьким ПТБ: шляхи та способи збереження здоров'я (спорт, біг, здоровий спосіб життя, активність, сон, відпочинок); тілесний і психоемоційний параметр (сила, життя, секс, щастя, радість, хороший настрій). Як показали результати дослідження, за змістом ядро та периферійна зони уявлення про здоров'я в досліджуваних групах дуже схожі між собою.

Афективний компонент має важливе значення для розвитку відповідального ставлення до здоров'я, адже переважання позитивних емоцій, які супроводжують здорову людину сприяють активній цілеспрямованій діяльності суб'єкта по збереженню власного здоров'я. Результати порівняльного аналізу прояву афективного компоненту ставлення до здоров'я в досліджуваних групах показали, що рівень вираження такого

параметру як емоційний фон – вище середнього значення в групі з високим ПТБ ( $M=92$ ), та середній – в групі з низьким ПТБ ( $M=87$ ).

Щодо рівня тривожності в ситуаціях, пов'язаних із погіршенням здоров'я, ми виявили, що особи, які тяжіють до бідності більше заклопотані ( $M=5,2$ ), засмучені ( $M=5,4$ ), роздратовані ( $M=4,4$ ), сильніше нервують ( $M=4,5$ ), відчувають сором та жалкують ( $M=4,3$ ) ніж особи з низьким ПТБ. Особи з високим ПТБ мають ширший діапазон тривожних станів, ніж ті, хто не тяжіє до бідності та менший діапазон позитивних станів. Тоді як ті, хто не тяжіє більше впевнені у собі ( $M=5,7$ ), внутрішньо задоволені ( $M=6,0$ ) та щасливі ( $M=6,0$ ). Таким чином, можна припустити, що особи, які тяжіють до бідності є більш напруженими та тривожними, на відміну від тих, які мають низький ПТБ. Хоча статистично значущих відмінностей за цим компонентом між досліджуваними групами ми не виявили.

Щодо рівня задоволеності зі здоров'я ми отримали наступні результати: серед осіб з високим ПТБ 32% мають високий рівень задоволеності зі здоров'я, 30% незадоволені ним, тоді як 81% осіб з низьким ПТБ показали високий рівень задоволеності зі здоров'я і 2% – не задоволені своїм здоров'ям.

Відповідно, і в емоційному аспекті для осіб з низьким ПТБ властива спрямованість у бік переважання позитивно забарвлених емоцій, що також позитивно відбивається на їх життєдіяльності, тоді як особи з високим ПТБ схильні концентруватися на негативних емоційних переживаннях, що пов'язано із низьким рівнем задоволеності своїм здоров'ям та якістю життя в цілому.

В процесі аналізу взаємозв'язку рівня ПТБ та задоволеності зі здоров'я, ми встановили, що за результатами статистичного аналізу з використанням параметричного тесту Пірсона існує зворотна кореляція між ними: чим вище ПТБ, тим нижче рівень задоволення зі здоров'я і навпаки ( $r=-,452$ , при  $p \leq 0,01$ ).

Щодо аналізу здоров'я як термінальної цінності, слід зазначити, що воно займає перше місце в обох групах досліджуваних та має однаковий середньо груповий показник ( $M=6,5$ ), а статистично значущі відмінності ми отримали лише за цінністю незалежності, яка більше цінується особами з низьким рівнем ПТБ за критерієм Мана-Вітні на 0,05 рівні значущості.

Якщо говорити про здоров'я як інструментальну цінність, то ми отримали статистично значущі відмінності між групами на 0,05 рівні значущості, коли важливість її переважає у осіб з низьким ПТБ.

Результати дослідження рівня прояву поведінкового компоненту ставлення до здоров'я, а саме параметру поведінкової активності, показали, що особи з низьким рівнем ПТБ більше використовують такі засоби зміцнення та збереження здоров'я, які переважно пов'язані з активним способом життя, фізичними навантаженнями та вольовою регуляцією. За допомогою непараметричного критерію Мана-Вітні ми виявили статистично значущі відмінності прояву поведінкових стратегій збереження здоров'я у досліджуваних групах за такими поведінковими стратегіями, як заняття фізичними вправами ( $p \leq 0,001$ ) і заняття спортом ( $p \leq 0,01$ ). Саме особи, що тяжіють до бідності мають низькі показники прояву активних поведінкових стратегій на відміну від тих, хто має низький рівень цього тяжіння.

Це також підтверджують результати опитування щодо активних занять фізичною культурою (відвідування басейну, фітнес-клубу, занять на стадіоні тощо). Так у групі з низьким ПТБ активно займаються фізичною культурою 54% опитуваних, а серед осіб, що тяжіють до бідності – лише 28 %. Це дозволяє говорити, що носії бідності не займають активної позиції щодо зміцнення та збереження свого здоров'я.

Щодо прояву поведінки в ситуаціях, пов'язаних із погіршенням стану здоров'я слід зазначити, що статистично значущих відмінностей у досліджуваних групах ми не виявили. Та все ж найпоширенішою поведінковою стратегією в обох групах виявилися поведінка з опорою на попередній досвід подолання проблем, пов'язаних з погіршенням здоров'я.



Загальний показник розвитку поведінкового компоненту ставлення до здоров'я та його збереження, отриманий шляхом об'єднання двох параметрів (поведінкової активності та коупінг-стратегій має статистично значущі відмінності у досліджуваних групах за критерієм Мана-Вітні. У носіїв бідності як стилю життя він нижчий ( $p \leq 0,01$ ) ніж у осіб, що не тяжіють до бідності.

Для виявлення причин такої поведінки у сфері здоров'я ми дослідили мотиви нехтування піклуванням про своє здоров'я особами з різним рівнем ПТБ. Результати дослідження показали, що ці мотиви мають значно вищий рівень прояву в осіб, що тяжіють до бідності.

Статистично значущі відмінності між досліджуваними групами ми отримали за такими мотивами, як брак сили волі ( $p \leq 0,001$ ); відсутність умов ( $p \leq 0,001$ ) та коштів ( $p \leq 0,01$ ); відсутність вільного часу ( $p \leq 0,01$ ) та недостатня інформованість щодо піклування про здоров'я ( $p \leq 0,001$ ). Саме особи, що тяжіють до бідності причини нехтування своїм здоров'ям здебільшого вбачають у відсутності певних умов, хоча в той же час розуміють і роль внутрішніх чинників у піклуванні про здоров'я, а саме сили волі, якої їм не стає, відсутність певних знань тощо.

Дослідження локусу контролю у сфері здоров'я в групах з низьким та високим рівнем ПТБ показало, що існують відмінності за типами атрибуції відповідальності в досліджуваних групах. Відповідно отриманим результатам серед представників із низьким рівнем ПТБ переважає внутрішній локус контролю ( $M=22$ ) та атрибуція за типом «могутніх інших» ( $M=15$ ). У осіб, що тяжіють до бідності, серед усіх показників локусу контролю найвищі показники отримано за внутрішньою атрибуцією відповідальності ( $M=20$ ) та локусом контролю за типом «випадок/доля» ( $M=16$ ), хоча вони, на відміну від групи з низьким рівнем ПТБ мають середній рівень прояву.

Статистично значущі відмінності виявлено за показниками внутрішнього локусу контролю: за критерієм Мана-Вітні він вищий у осіб із низьким рівнем ПТБ ( $p \leq 0,001$ ). Приписування відповідальності за власне

здоров'я випадку більше притаманне особам, що тяжіють до бідності, що підтверджується статистично ( $p \leq 0,01$ ). Таким чином, відмінними у досліджуваних групах виявилися два типи атрибуції: внутрішня і локус контролю за типом «випадок/доля». Співвіднесення середніх значень за кожним типом відповідальності зі стандартними даними дозволило встановити, що кожний із типів локусу контролю має середній рівень прояву. Особливо щодо прояву внутрішнього локусу, слід зазначити, що хоча він і вищий у групі з низьким рівнем ПТБ, все ж не знаходиться на високому рівні, що свідчить про недостатній рівень відповідальної поведінки, щодо збереження здоров'я.

Прояв атрибуції відповідальності за типом «компетентним іншим» позначається на ставленні особи до здоров'я таким чином, що вона перекладає відповідальність за своє здоров'я на лікарів та інших компетентних осіб. Та якщо цей тип атрибуції аналізувати з показниками прояву активності у збереженні свого здоров'я та мотивації щодо нехтування його збереженням, то особи, що психологічно тяжіють до бідності, скоріше перекладають відповідальність за своє здоров'я на інших, не докладають особистих зусиль для його підтримки. Ті ж, хто не тяжіє до бідності при активному зберігаючому ставленні до свого здоров'я, все ж у разі виникнення проблем зі здоров'ям покладаються на авторитет компетентних осіб, що є адекватним у таких випадках.

Щодо рівня прояву таких домінуючих потреб, як досягнення успіху в цілому, потреба у владі, тенденція до афіліації (до групового визнання та поваги), то ці показники також мають особливості прояву в групах з низьким та високим рівнем ПТБ. Серед представників із низьким рівнем ПТБ переважають такі домінуючі потреби, як досягнення успіху ( $M=22$ ), тенденція до афіліації (до групового визнання та поваги) ( $M=19,3$ ) і внутрішній локус контролю ( $M=19$ ), які мають високий рівень прояву. Для осіб, що тяжіють до бідності також найвищі показники серед досліджуваних параметрів соціально-психологічної активності отримані за потребою

досягнення успіху ( $M=18$ ) та слід зазначити, що в цій групі всі вони мають середній рівень прояву.

Статистично значущі відмінності за критерієм Мана-Вітні ( $p \leq 0,0001$ ) виявлено за усіма показниками у досліджуваних груп – досягнення успіху, потреби у владі, тенденції до афіліації (до групового визнання та поваги). Вони нижчі у осіб, що психологічно тяжіють до бідності, тобто з високим рівнем ПТБ. Таким чином, особи, що тяжіють до бідності на відміну від осіб з низьким рівнем цього тяжіння, мають не достатньо виражену потребу у владі, не достатньо мотивовані на досягнення успіху, менше зорієнтовані на визнання групою та повагу від інших.

**Висновки.** За результатами дослідження встановлено, що в основі ставлення до здоров'я носіїв бідності як стилю життя лежить декларування здоров'я як термінальної цінності, висока мотивація ризику власним здоров'ям і пасивність щодо його збереження. Особи, що психологічно тяжіють до бідності, мають уявлення про чинники погіршення або поліпшення стану здоров'я, але починають діяти здебільшого під впливом негативних емоцій, що виникають через погіршення його стану. Вони схильні приписувати відповідальність за власне здоров'я випадку, долі та компетентним іншим. У них зафіксовано низькі показники задоволення якістю життя і здоров'ям, низький рівень оптимізму. Ставлення до здоров'я носіїв бідності має здебільшого ризикований характер, що зумовлено такими особливостями прояву компонентів їхнього ставлення до здоров'я, як слабка емоційно-вольова саморегуляція, мотивація ризику здоров'ям, вивчена безпорадність щодо збереження здоров'я, низький рівень задоволення потреб у визнанні групою, у владі, а також незадоволення особистими досягненнями, спілкуванням з оточенням та соціально-психологічною підтримкою іншими людьми.

Перспективу подальших досліджень ми вбачаємо у виробленні та апробації соціально-психологічних засобів запобігання та подолання бідності як стилю життя в контексті ставлення до здоров'я.

## Список літератури

1. Бовина И. Б. Социальные представления о здоровье и болезни в молодежной среде [Электронный ресурс] / И. Б. Бовина // Психология телесности: теоретические и практические исследования. – 2008. – С. 65–73 – Режим доступа до журн. : [http://psyjournals.ru/psytelesnost/issue/30442\\_full.shtml](http://psyjournals.ru/psytelesnost/issue/30442_full.shtml).
2. Васютинський В. О. Культура бідності: соціально-психологічний зміст та інструментарій дослідження / В. О. Васютинський // Актуальні проблеми психології: Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України. – Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2013. – Т. XI. – Соціальна психологія. – Вип. 6. – Кн. 1. – С. 119–128.
3. Березовская Р. А. Отношение к здоровью / Р.А. Березовская // Практикум по психологии здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. – Спб. : Питер, 2005. – 350 с., С. 100–110.
4. Abric J. Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations / J. Abric. // Papers on social representations. – 1993. – №.2. – P. 75–78.
5. Гринбер Дж. Управление стрессом / Джеральд С. Гринберг // 7-е изд. – Спб. : Питер, 2002. – 496 с.
6. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М., Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. . – 490 с.

## АНОТАЦІЯ

У статті представлено організацію та результати емпіричного дослідження ставлення до здоров'я осіб із різним рівнем психологічного тяжіння до бідності. Визначено, що ставлення до здоров'я носіїв бідності як стилю життя має здебільшого ризикований характер, що зумовлено такими особливостями прояву компонентів ставлення до здоров'я, як слабка емоційно-вольова саморегуляція, мотивація ризику здоров'ям, вивчена беспорядність щодо збереження здоров'я, низький рівень задоволення потреб у визнанні групою, у владі, а також невдоволенням особистими досягненнями, спілкуванням з оточенням та соціально-психологічною підтримкою.

## АННОТАЦИЯ

В статье представлено организацию и результаты эмпирического исследования отношения к здоровью лиц с различным уровнем психологического тяготения к бедности. Определено, что отношения к здоровью носителей бедности как стиля жизни имеет рискованный характер, что обусловлено такими особенностями компонентов отношения к здоровью, как слабая эмоционально-волевая саморегуляция, мотивация риска здоровьем, выученная беспомощность относительно сохранения здоровья, низкий уровень удовлетворения потребностей в признании группой, во власти, а также неудовлетворенностью личными достижениями, общением и социально-психологической поддержкой.

## SUMMARY

The article illustrates the organization and the results of the empirical study of attitude to health of people with different levels of inclination to poverty. It is detected that attitude to health of poverty bearers as a way of life has a risky character which is caused by such features of the attitude as weak emotional and volitional self-regulation, risk motivation for health, learned helplessness towards health preservation, low level of satisfaction of needs for acceptance of a group and for power, and also dissatisfaction with personal achievements, communication and social-psychological support.