

ОСОБЛИВОСТІ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ З РІЗНИМ РІВНЕМ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАПРУЖЕННЯ

УДК: 159.9.015; 159.9.016

Бацилева Ольга Валеріївна

Доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психології Донецького національного університету імені Василя Стуса, м. Вінниця (Україна)

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8316-5956>

Пузь Ірина Володимирівна

Кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології Донецького національного університету імені Василя Стуса, м. Вінниця (Україна)

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3697-1637>

Гресько Інна Миколаївна

Магістр психології, Донецький національний університет імені Василя Стуса, м. Вінниця (Україна)

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6642-6651>

Анотація. Стаття присвячена висвітленню однієї із актуальних проблем психології здоров'я – проблеми ставлення молоді до здоров'я. Розкрито поняття ставлення до здоров'я та проаналізовано чинники, що визначають процес його формування, а також розглянуто поняття стану психоемоційного напруження, що характеризується різним ступенем мобілізації нервово-психологічних функцій організму та на високому рівні може обумовлювати негативні зміни у когнітивному, емоційному, поведінковому чи ціннісно-мотиваційному компонентах ставлення до здоров'я. Здійснено порівняльний аналіз результатів констатуючого експерименту про те, що у молоді з різним рівнем психоемоційного напруження є певні відмінності у ставленні до власного здоров'я, зокрема молодь з високим рівнем психоемоційного напруження характеризується неадекватним ставленням до здоров'я.

Ключові слова: здоров'я, ставлення до здоров'я, молодь, критерії адекватного/неадекватного ставлення до здоров'я, психоемоційне напруження.

Постановка проблеми дослідження. Здоров'я населення, за сучасними уявленнями-

© Бацилева О. В., Пузь І. В.,
Гресько І. М.

ми, є показником соціально-культурного розвитку суспільства та якості життя його громадян, а індивідуальне здоров'я посідає вагомий місце у ієрархії цінностей більшості людей. Загальновідомо, що уявлення про здоров'я, способи його збереження та зміцнення, причини появи тих чи інших захворювань та особливості їх лікування постійно змінювалися в залежності від історичного етапу розвитку суспільства та наявного рівня наукових досягнень. Існуючі на сьогоднішній день надбання в галузі охорони здоров'я є надто вагомими, оскільки сучасна медицина перебуває на високому щаблі розвитку, а на міжнародному та державному рівнях створено чимало організацій, які займаються впровадженням різного роду заходів, спрямованих на збереження здоров'я населення. Проте, не зважаючи на це, можна констатувати поступове погіршення стану здоров'я серед населення, особливо серед молодого покоління. До основних причин, які створюють загрозу для здоров'я молоді людини, можна віднести несприятливу екологічну ситуацію, процеси урбанізації, прискорення темпу життя, а також дотримання нездорового способу життя, що виявляється у шкідливих звичках, нераціональному харчуванні, відсутності режиму праці та відпочинку тощо. Крім того, не можна не відзначити той факт, що сучасна молодь все частіше стикається з різноманітними стресогенними факторами (несприятливі соціально-економічні умови, інформаційні перенавантаження тощо),

тривалий вплив яких призводить до виникнення стану психоемоційного напруження, на тлі якого збільшується не тільки ризик розвитку соматичних захворювань, а й ризик прояву різних форм девіантної поведінки, неадекватного ставлення до власного здоров'я, недотримання елементарних принципів здорового способу життя, що, безумовно, значно перешкоджає подальшому повноцінному особистісному становленню молоді людини.

Враховуючи той факт, що найважливіша роль у зміцненні та збереженні здоров'я належить безпосередньо самій людині, її способу життя, цінностям та установкам, стає зрозумілим, що в несприятливих реаліях сьогодення проблема формування адекватного ставлення молоді до власного здоров'я набуває особливої актуальності не тільки з наукової точки зору, але й з точки зору суспільної значущості, оскільки, як відомо, означена вікова категорія виступає інтелектуальним, творчим, економічним, демографічним потенціалом розвитку будь-якої країни.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Категорія «ставлення», як предмет наукового пізнання, була розроблена В. М. Бехтерєвим, О. Ф. Лазурським, В. М. Мясіщевим, С. Л. Рубінштейном, С. П. Франком та ін.; на основі їх наукових праць у психологічній науці наприкінці ХХ ст. зародилася концепція «ставлення до здоров'я», яку розглядали та розвивали у своїх працях ряд авторів, зокрема О. В. Башмакова,

Р. А. Березовська, П. М. Гусак, С. Д. Дерябо, О. О. Єжова, І. В. Журавльова, Н. В. Зимівець, В. М. Кабаєва, М. С. Каніболицька, Л. В. Куліков, Г. С. Нікіфоров, В. С. Петрович, В. О. Ясвін та інші. Питання психоемоційного напруження висвітлюються в дослідженнях В. М. Астахова, Г. Ш. Габірева, А. І. Захарова, Є. П. Ільїна, В. М. Корольчука, С. Д. Максименка, М. І. Наєнко, Т. А. Немчина, О. В. Тімченка та інших.

Мета статті – дослідити особливості ставлення до здоров'я молоді з різним рівнем психоемоційного напруження.

Виклад основного матеріалу дослідження. Аналіз наукових джерел свідчить про те, що формування ставлення до здоров'я здійснюється під час на протязі онтогенезу особистості, коли відбувається процес трансформації її цінностей як на змістовному, так і на мотиваційному рівнях [3]. На думку Р. А. Березовської, одна з найголовніших задач сучасної психології здоров'я полягає в розробці психологічних основ формування та розвитку позитивної мотивації для збереження здоров'я у здорових людей. Найбільш сприятливим для формування адекватного ставлення до здоров'я є молодий вік. Слід зазначити, що в дорослому віці, ставлення до здоров'я можна лише корегувати.

Розглядаючи проблему ставлення до здоров'я, Р. А. Березовська визначає дане поняття як систему індивідуальних, вибіркового зв'язків особистості з різними явищами навко-

лишньої дійсності, які сприяють або, навпаки, загрожують здоров'ю людей, а також визначають оцінку індивідом свого фізичного і психічного стану [4]. У дослідженнях В. М. Кабаєвої доповнюється попереднє визначення поняття тим, що ставлення до здоров'я має характеризуватися «оптимальною організацією самою людиною власної життєдіяльності, особливості якої мають сприяти збереженню здоров'я, особистому зростанню, творчому функціонуванню людини» [7].

Слід зазначити, що в сучасній психологічній науці категорія «ставлення до здоров'я» ґрунтується на положеннях теорії ставлень В. М. Мясищева. У науковій літературі часто можна зустріти поняття «відношення», яке нерідко дослідники порівнюють зі «ставленням», але варто відмітити, що дані поняття мають різні значення. У монографії О. О. Єжової відзначається, що «під відношеннями ми розуміємо взаємозалежність, взаємозв'язки між предметами, речами, явищами та їх властивостями, а під ставленнями – індивідуальні, вибірково, свідомі зв'язки особистості з дійсністю. При збереженні своєї об'єктивності зв'язки особистості усвідомлюються нею й набувають суб'єктивного характеру, стають ставленнями. Отже, враховуючи вищезазначене, стає зрозумілим, що недоцільно використовувати ці поняття в якості синонімів: у особистості формуються ставлення, а не відношення» [6].

Аналіз наукових джерел дозволяє ви-

значити чинники, які впливають на формування ставлення людини до власного до здоров'я: 1) вік людини; 2) рівень освіти та доходів; 3) віросповідання та соціокультурні особливості; 4) відчуття психологічного благополуччя; 5) персональні цілі людини, її почуття самоефективності; 6) домінуючий локус контролю [3].

У дослідженнях Г. С. Нікіфорова можна зустріти емпірично зафіксовані критерії адекватності ставлення до здоров'я, за якими можна вважати, що індивід піклується про стан свого організму, або ж нехтує власним самопочуттям та здоров'ям загалом. Так, на когнітивному рівні такі критерії виявляються у ступені обізнаності або компетентності людини у галузі здоров'я, наявності знань щодо основних факторів ризику і антиризиків, розуміння ролі здоров'я в забезпеченні ефективності життєдіяльності і довголіття. На емоційному рівні – це наявність оптимального рівня тривожності по відношенню до здоров'я, вміння насолоджуватися станом здоров'я і радіти йому. На мотиваційно-поведінковому рівні – це висока значущість здоров'я в індивідуальній системі цінностей, ступінь сформованості мотиву дії на збереження і зміцнення здоров'я, ступінь відповідності дій і вчинків людини принципам здорового способу життя, а також нормативно запропонованим вимогам медицини, санітарії та гігієни. Важливим критерієм виступає й відповідність самооцінки індивіда реальному фізичному, психічному і

соціальному стану свого здоров'я [8, с. 281].

У дослідженнях Р. А. Березовської виокремлюється схожий ряд компонентів ставлення до здоров'я, де окрім когнітивного та емоційного, зазначаються ще поведінковий та ціннісно-мотиваційний, тобто на поведінковому рівні адекватність ставлення до здоров'я має відобразитися у діях людини, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я, а на ціннісно-мотиваційному – надання здоров'ю вагомого значення та сформованість мотивації на підтримання власного здоров'я [4].

У своїх дослідженнях І. В. Журавльова виділяє чотири групи показників ставлення індивіда до здоров'я, а саме: самооцінку здоров'я, цінність здоров'я (фундаментальну і інструментальну), задоволеність станом власного здоров'я та діяльність, спрямовану на збереження здоров'я [5, с. 36].

На думку психолога Л. В. Кулікова, ставлення до здоров'я слід розглядати як особистісну рису характеру, яку можна виховувати, або впливати на її формування під час становлення особистості. Також він наголошує про те, що у ставленні до здоров'я у багатьох людей приховані серйозні протиріччя. Так, з одного боку, цінність здоров'я є достатньо високою і людина у повсякденному житті це усвідомлює, проте, в установці на збереження здоров'я через відповідну поведінку та дії, у людини часто не вистачає ані знань про здоров'я та шляхи його збереження, ані бажання систематично піклуватися про нього. Слід від-

значити, що це характерно не тільки людям здоровим, але і тим, хто вже має певні порушення здоров'я [10].

У своїй роботі О. В. Башмакова зазначає, що існує взаємозв'язок між емоційним станом людини та її здатністю приймати на себе відповідальність за власне здоров'я і піклуватися про нього, зокрема, при зростанні рівня тривоги та рівня незадоволеності життям спостерігається тенденція до зміщення з інтернального на екстернальний локус контролю по відношенню до власного здоров'я [3, с. 8-9].

Як зазначає у своїх дослідженнях В. М. Астахов, між соматичним та психоемоційним станами є щільний взаємозв'язок – емоції роблять значний вплив не тільки на загальне самопочуття, але й на діяльність функціональних систем і адаптаційні можливості організму людини [1, с. 16]. Отже, можна припустити, що психоемоційне напруження, як особливий психічний стан, може впливати на відповідне ставлення до здоров'я. Для того щоб це з'ясувати пропонуємо коротко розглянути поняття психоемоційного напруження.

Поняття «психоемоційне напруження» (ПЕН) визначається як особливий функціональний стан організму, що є індикатором відповідності засобів і умов діяльності функціональних систем, які забезпечують виконання поставлених перед організмом завдань, і проявляється нервово-психічними витратами при їх виконанні. Тобто, ПЕН розглядається

як провідний функціональний стан, пов'язаний із будь-якою цілеспрямованою діяльністю, що характеризується різним ступенем мобілізації нервово-психологічних функцій організму.

Традиційно прийнято виокремлювати три рівні прояву стану психоемоційного напруження. Так, перший рівень характеризується незначними проявами ознак напруження (підвищення психоемоційних та вегетативних реакцій на різні подразники). На другому рівні, при короткочасній дії подразника, може відбуватися мобілізація психічної діяльності з активізацією психоемоційних реакцій, відчуттям загального підйому фізичного тону, покращенням характеристик уваги, пам'яті, підвищенням адаптивних реакцій організму тощо. Тобто, з погляду фізіології функціональних систем, другий рівень характеризується максимально продуктивною напругою, але при хронічному дії подразника, стан людини може переходити до третього рівня психоемоційного напруження, якому властиві дезорганізація діяльності функціональних систем і їх взаємодії в організмі, що проявляється об'єктивно у певних клінічних ознаках, а суб'єктивно у відчутті загального фізичного і психічного дискомфорту [2].

Досліджуючи проблему психоемоційного напруження, слід відмітити, що у науковій літературі можна зустріти ще такі поняття, як «психічна напруженість» та «емоційна напруженість». Так, за О. М. Степановим

«психічна напруженість» розуміється як негативний психічний стан, викликаний передбаченням несприятливого для людини розвитку ситуації, виявляється в переживанні загального дискомфорту, нервозності, тривожності чи навіть страху, має здатність мобілізувати внутрішні сили особистості задля оволодіння ситуацією і виробляє стратегію поведінки в ній. Психічна напруженість виникає при виконанні людиною діяльності і є своєрідною формою відображення складної ситуації, значимої для особистості [9, с. 319].

В своїх наукових працях М. І. Наєнко та О. В. Овчиннікова виділили два види напруженості: операційну та емоційну. Операційна – пов'язана з процесом виконання завдання. Вона виникає як результат відносно нейтрального підходу особистості до виконання діяльності та діє мобілізуюче, сприяє збереженню високого рівня працездатності. Розвиток емоційної напруженості характеризується вираженим негативним забарвленням особистісної поведінки, нищенням її мотиваційної структури, зниженням ефективної діяльності тощо [9, с. 320].

З метою виявлення особливостей ставлення до здоров'я у молоді з різним рівнем психоемоційного напруження, нами було проведено експериментальне дослідження, гіпотезу якого склали припущення, що у молоді з різним рівнем психоемоційного напруження є певні відмінності у ставленні до власного здоров'я, зокрема молоді з високим рівнем пси-

хоемоційного напруження має неадекватне ставлення до здоров'я, що виявляється у низькому рівні компетентності людини в галузі здоров'я, відсутності дій задля зміцнення та збереження здоров'я, нерозумінні важливості стану здоров'я в життєдіяльності людини, а також у наявності байдужого ставлення до нього і зниження його цінності.

Дослідження було проведено на базі лабораторії психології здоров'я кафедри психології Донецького національного університету імені Василя Стуса. Вибірку дослідження склали 73 студенти, з них 64 дівчини та 9 юнаків. Середній вік досліджуваних 20 ± 2 роки.

Для дослідження ставлення до здоров'я молоді з різним рівнем психоемоційного напруження нами було використано наступний комплекс психодіагностичних методів та методик: опитувальник «Визначення нервово-психічного напруження» Т. А. Немчина, «Методика діагностики рівня невротизації» Л. Й. Вассермана, опитувальники «Ставлення до здоров'я» (за Р. А. Березовською), «Самооцінка здоров'я» та «SF-36» (*Health Status Survey*).

За результатами опитувальника Т. А. Немчина ми змогли розподілити учасників дослідження на три групи, в залежності від рівня прояву нервово-психічного напруження. Так, аналіз отриманих результатів показав, що 46,5% досліджуваних мають низький рівень нервово-психічного напруження, особливостями якого є відносна цілісність характеристик

психічного і соматичного стану. У таких студентів переважає відчуття загального комфорту та сталість фізичних показників, хоча психічна діяльність може бути менш стійкою.

Наявність середнього рівня нервово-психічного напруження було діагностовано у 36,9% досліджуваних. Характерним для них виявилось відчуття приливу сил, бадьорості, мобілізованості та готовності до роботи. Притаманним для їх стану є активізація когнітивної діяльності на фоні вираженого емоційного підйому, активізації соматичних функцій та продуктивності діяльності. Проте, слід зазначити, що досліджуваних цієї групи можна віднести до групи так званого ризику, адже якщо дія стресових факторів, яка є мобілізуючою для психічного та фізичного стану людини, не припиниться, то актуальні показники нервово-психічного напруження можуть підвищитися до високого рівня, що характеризується значним погіршенням самопочуття.

У 16,4% досліджуваних було виявлено високий рівень нервово-психічного напруження, характерним для якого є дезорганізація психічної діяльності, зниження продуктивності діяльності та відчуття фізичного дискомфорту.

З метою підтвердження достовірності результатів першої методики по визначенню рівня психоемоційного напруження нами було використано «Методику діагностики рівня невротизації Л. Й. Вассермана». Проаналізувавши результати було встановлено, що серед

досліджуваних переважає молодь з низьким рівнем невротизації – 49,3% досліджуваних. Такі дані свідчать про те, що характерним для них є наявність емоційної стійкості, позитивного фону переживань (спокій та оптимізм), ініціативності у виконанні тієї чи іншої діяльності, а також властивим для них є почуття власної гідності, незалежність та легкість в комунікації з оточуючими.

Середній рівень невротизації було виявлено у 32,9% опитуваних, тобто їх стан характеризується наявністю певних негативних переживань, занепокоєнням та емоційною нестабільністю. Високий рівень невротизації було характерним для 17,8% учасників дослідження. Порівнюючи отримані результати за обома методиками, можна відмітити, що вибірка досліджуваних розділилася відповідно за показниками рівня психоемоційного напруження майже однаково, тобто результати опитувальника Т. А. Немчина є достовірними. Отже, виходячи із аналізу отриманих даних нами було сформовано серед загальної кількості досліджуваних III групи: I група з низьким рівнем ПЕН (n=34), II група з середнім рівнем ПЕН (n=27), III група з високим рівнем ПЕН (n=12).

Для виявлення особливостей ставлення до здоров'я молоді з різним рівнем ПЕН ми використовували опитувальник «Ставлення до здоров'я» (автор Р. А. Березовська). Здійснивши порівняльний аналіз результатів досліджуваних кожної групи щодо адекватності/

неадекватності ставлення до здоров'я за основними компонентами (когнітивний, емоційний, поведінковий та ціннісно-мотиваційний), ми змогли виявити наступні характерні відмінності.

Когнітивний компонент. Отримані результати показали, що 85,3% досліджуваних I групи мали адекватне ставлення до здоров'я, тобто вони характеризуються достатнім рівнем усвідомленості та компетентності в галузі здоров'я, розуміють основні фактори ризику та роль здоров'я у життєдіяльності людини. Характерним для 14,7%, досліджуваних даної групи була недостатня освіченість в питаннях здоров'я, вони мають певні труднощі з визначенням поняття здоров'я та чинників, що на нього впливають. У досліджуваних II групи були наявні не надто виражені відмінності від учасників I групи, а саме: адекватне ставлення до здоров'я характерне для 74,1% опитуваних, а неадекватне – 25,9%. Поступово зменшуються показники адекватності ставлення до здоров'я у досліджуваних III групи. Так, лише 41,7% опитуваних цієї групи мали усвідомлене ставлення до здоров'я та певні знання в цій галузі, а інші – 58,2% показали недостатні знання щодо феномену здоров'я та шляхів його збереження.

Таким чином, можна констатувати відмінності у когнітивному компоненті ставлення до здоров'я у молоді з різним рівнем психоемоційного напруження, зокрема молоді з низьким рівнем ПЕН характеризується більш

адекватним ставленням до здоров'я, ніж молоді з високим рівнем ПЕН.

Емоційний компонент. Оцінка результатів емоційного компоненту показала, що серед досліджуваних I групи адекватне ставлення до здоров'я було характерним для 58,8% опитуваних, що означає їх оптимальний рівень тривожності по відношенню до здоров'я, вміння насолоджуватися станом здоров'я та дотриманням здорового способу життя. Неадекватне ставлення до здоров'я за емоційним компонентом виявили 41,2% учасника групи. Досліджувані II групи мали майже рівні відсоткові показники, а саме: адекватне ставлення характерним було для 48,1% опитуваних, неадекватне – для 51,9%. Серед учасників III групи адекватне ставлення мали лише 33,3% учасників, неадекватне ставлення за емоційною шкалою мають 66,6% досліджуваних.

Узагальнюючи результати методики за емоційною шкалою, можна відмітити помітні суттєві відмінності у ставленні до здоров'я досліджуваних з низьким рівнем психоемоційного напруження та високим рівнем, а саме: учасники I групи мали більш оптимальний рівень тривожності відносно здоров'я, тоді як досліджувані III групи проявляли дві крайності, або надто байдуже ставлення до стану свого організму, або ж занадто сильне хвилювання, чим ще більше викликали у себе стан напруження та занепокоєння.

Поведінковий компонент. За допомогою опитувальника ми також змогли виявити,

що учасники I групи з низьким рівнем ПЕН мали більш виражену ступінь відповідності дій та вчинків вимогам здорового способу життя, адже 64,7% досліджуваних відмічали більш турботливе ставлення до стану свого здоров'я, а отже, мали адекватне ставлення до нього в даному аспекті. У 35,3% досліджуваних цієї групи було виявлено неадекватне ставлення до здоров'я на поведінковому рівні, тобто їх дії та вчинки щодо здоров'я були недостатніми для його збереження та зміцнення. Серед досліджуваних II групи, з середнім рівнем ПЕН, лише 22,3% учасника мали адекватне ставлення до здоров'я на рівні поведінки, а неадекватне ставлення було характерним для 77,7% опитуваних, тобто для більшості групи, що говорить про їх пасивність у повсякденних діях щодо турботи про стан свого організму. Для досліджуваних III групи, з високим рівнем ПЕН, адекватне ставлення до здоров'я було характерним лише для 8,3% молоді. Переважна частина групи, а саме 91,6% учасників, демонстрували невідповідність дій вимогам здорового способу життя, наприклад, таких як заняття фізичними вправами, турбота про режим дня та харчування, загартовування тощо.

Таким чином, на поведінковому рівні адекватного ставлення до здоров'я нами було виявлено характерні відмінності в кожній групі з різним рівнем психоемоційного напруження, зокрема молодь I групи була більше схильна до турботи про власне здоров'я через дії, виконання фізичних вправ, дотримання

принципів здорового способу життя, на відміну від молоді з II та III груп, більша частина яких мають неадекватне ставлення до здоров'я за даним аспектом.

Ціннісно-мотиваційний компонент.

Ціннісно-мотиваційна шкала опитувальника спрямована на визначення місця здоров'я у системі цінностей учасників дослідження та причину їх мотивації щодо турботи про нього, або навпаки. Вагоме місце здоров'я у ціннісній сфері досліджуваних I групи, з низьким рівнем ПЕН, було характерним для 58,8% молодих людей, тобто здоров'я для них є значимим та присутньою є сформованість мотивації на його збереження та зміцнення. Неадекватне ставлення по даній шкалі мали 41,2% досліджуваних, тобто в їх індивідуальній ієрархії цінностей здоров'я не посідає провідного місця. Для 77,7% учасників II групи, з середнім рівнем ПЕН, характерним була висока оцінка цінності здоров'я, для 22,3% учасників здоров'я не посідало головного місце в ієрархії цінностей. Серед представників III групи, з високим рівнем напруження, можна побачити, що характерним для 58,4% учасників була наявність неадекватної оцінки здоров'я, у той час коли у 41,6% учасників відмічалось адекватне ставлення до здоров'я по даній шкалі.

Якісне узагальнення отриманих результатів за опитувальником «Ставлення до здоров'я» представлено у таблиці 1, де показано особливості ставлення до здоров'я молоді з різним рівнем психоемоційного напруження

за когнітивним, емоційним, поведінковим та ціннісно-мотиваційним компонентами.

Аналіз результатів за опитувальником «Самооцінка здоров'я», що був спрямований

Таблиця 1.

Характеристика особливостей компонентів ставлення до здоров'я молоді з різним рівнем психоемоційного напруження

Група Назва Компоненту	I група (низький рівень ПЕН)	II група (середній рівень ПЕН)	III група (високий рівень ПЕН)
Когнітивний компонент	Високий ступінь усвідомлення і компетентності в галузі здоров'я та його основних компонентів.	Наявне індивідуальне розуміння поняття «здоров'я», знання факторів ризику.	Низький рівень компетентності в галузі здоров'я, його ролі в життєдіяльності людини.
Емоційний компонент	Оптимальний рівень тривоги за стан здоров'я, характерне вміння радіти стану здоров'я.	Занадто сильна занепокоєність станом здоров'я, або ж, навпаки, повна байдужість.	Сильне хвилювання та занепокоєність станом здоров'я у більшості опитуваних, або ж повна байдужість у інших.
Поведінковий компонент	Відповідність дій та вчинків умовам здорового способу життя.	Пасивність у діях та вчинках щодо збереження та зміцнення здоров'я.	Повна невідповідність дій та вчинків умовам здорового способу життя.
Ціннісно-мотиваційний компонент	Здоров'я є досить значимим для людини, сформована мотивація на його збереження та зміцнення.	Висока значимість здоров'я в ієрархії цінностей (особливо термінальних), але низька мотивація.	Низька сформованість мотивації на підтримання здоров'я, яке займає не головне місце в системі індивідуальних цінностей.

Отже, за результатами опитувальника «Ставлення до здоров'я» можна побачити, що для молоді з високим рівнем психоемоційного напруження, на відміну від представників двох інших груп, характерним виявилось неадекватне ставлення до власного здоров'я, що виражалось у їх некомпетентності у сфері здоров'я, нерозумінні значення здоров'я у життєдіяльності людини, невідповідності дій та вчинків щодо вимог здорового способу життя тощо.

на визначення суб'єктивної оцінки людиною її стану здоров'я та самопочуття, дозволив визначити наступні відмінності самооцінки здоров'я серед досліджуваних з різним рівнем психоемоційного напруження. Так, 94,1% досліджуваних I групи оцінювали свій стан організму та самопочуття як норму і лише 5,9% відзначали у себе певні проблеми зі здоров'ям. Респонденти II групи за результатами розділилися на майже дві однакові підгрупи, а саме: 59,2% учасників оцінювали стан власно-

го здоров'я як норму, у той час коли 40,7% учасників відзначали наявність проблем зі здоров'ям, що робило відбиток на їх життєдіяльності. Результати учасників III групи показали, що лише 33,3% досліджуваних відзначали у себе нормальне самопочуття та стан здоров'я загалом, а 66,7% констатували наявність проблем зі здоров'ям та самопочуттям.

Таким чином, більшість із досліджуваних оцінювали своє здоров'я як нормальне, і незначна частина відзначала у себе наявність певних проблем зі станом організму загалом. Помітною є різниця між групами опитуваних з різним рівнем ПЕН, адже із зростанням рівня напруження збільшується кількість досліджуваних, що оцінюють свій стан здоров'я негативно, тобто на тлі високого психоемоційного напруження можуть мати місце певні хронічні захворювання, або проблеми зі станом органів чи систем організму, що власно і зумовлює погане самопочуття респондентів.

Обробка результатів *опитувальника «SF-36» (Health Status Survey)* дозволила нам оцінити якість життя учасників досліджуваних груп, їх загальне благополуччя і ступінь задоволеності тими сторонами життєдіяльності, які впливають на стан їх здоров'я. Оцінити якість життя за даним опитувальником можна було за двома компонентами – фізичним та психологічним. Так, відповідно до шкал *фізичного компоненту* досліджувані I групи в більшості мали високий рівень якості життя, а саме 94,1% опитуваних відмічали безпроблемне

виконання фізичних навантажень, повсякденних обов'язків, нормальну взаємодію з оточуючими та загальну задоволеність станом свого здоров'я. Для 5,9% досліджуваних цієї групи характерним був низький показник фізичного благополуччя, що свідчить про низьку оцінку стану здоров'я, окремі проблеми у виконанні повсякденних дій і обов'язків (тривалі піші прогулянки, підйом по сходах, перенесення вантажу тощо), певну обмеженість у повсякденному житті власним фізичним станом.

Низькі показники фізичного компоненту було виявлено у 29,6% досліджуваних II групи, а високі показник якості життя за даним компонентом мали 70,4% опитуваних студентів. Характерним для 75,0% досліджуваних III групи була наявність низького рівня якості життя за даним аспектом, тобто вони відмічали проблеми зі здоров'ям, які заважають повсякденному повноцінному функціонуванню та взаємодії з оточуючими, і лише 25,0% учасників з даної групи відзначали високий показник якості життя за фізичним компонентом.

Таким чином, можна відмітити, що досліджувані з високим рівнем психоемоційного напруження продемонстрували більш низькі ознаки якості життя, на відміну від досліджуваних з низьким рівнем ПЕН, характерним для яких був високий показник якості життя за фізичним компонентом, що відповідно знаходить своє позитивне відображення на стані їх здоров'я та повсякденній життєдіяльності.

Оцінка результатів *психологічного компонента* опитувальника свідчить про те, що більшість досліджуваних I групи, як і у фізичному компоненті, мали високий показник якості життя, тобто 91,2% опитуваних відмічали наповненість силами та енергією, високу соціальну активність, їх емоційний стан зазвичай не заважає виконанню повсякденних дій та обов'язків, а стан власного психічного здоров'я оцінюється як цілком нормальним. У свою чергу, низькі показники серед даної групи мали лише 8,8% опитуваних, які теперішній період свого життя характеризували відчуттям знесилення, значним обмеженням соціальних контактів, зниженням частоти спілкування через погіршення фізичного та емоційного стану, який часто заважає виконанню повсякденних обов'язків та інших дій (включаючи збільшення часу на виконання завдань, зменшення об'єму виконаної роботи, зниження якості роботи) через відчуття тривоги, занепокоєння тощо.

Характерним для 70,4% досліджуваних II групи було наявність високого рівня якості життя за психологічним компонентом, для 29,6% – низький рівень, тобто більшість молоді з даної групи мають позитивний емоційний стан, який не заважає їх повсякденним справам та налагодженню контактів з оточуючими.

Досліджувані III групи, за результатами тестування, відрізнялися від попередніх двох груп, адже більшість з них мали низький рівень якості життя за психологічним аспектом.

Так, лише для 41,7% молоді даної групи характерним був високий показник якості життя, а 58,3% мали негативний емоційний стан, що впливає на їх життєдіяльність, виконання повсякденних обов'язків та спілкування з оточуючими людьми.

Таким чином, згідно результатів опитувальника «SF-36» можна зробити висновок, що існує зв'язок між рівнем психоемоційного напруження та якістю життя респондентів, адже молоді з низьким рівнем ПЕН переважно властивим був високий рівень якості життя, тоді як молоді з високим рівнем напруження в більшості демонструвала низький рівень. Також, проаналізувавши результати за психологічним та фізичним компонентами якості життя, можна зазначити, що зі зростанням рівня психоемоційного напруження зменшується якість життя опитуваних за обома компонентами.

Висновки. Таким чином, на підставі отриманих результатів проведеного констатуючого експерименту, можна зробити висновки, що для молоді з високим рівнем психоемоційного напруження характерним є неадекватне ставлення до здоров'я, що виражається у їх недостатньої компетентності у сфері здоров'я, відсутності усвідомлення його провідного значення у життєдіяльності людини та у забезпеченні тривалості життя, поведінка таких досліджуваних не відповідає принципам здорового способу життя, а на емоційному рівні вони мають або надто високий рівень тривожності з

приводу власного здоров'я, або майже повну відсутність хвилювання щодо його стану. Такі досліджувані не надають здоров'ю адекватної значимості та мають недостатньо сформовану мотивацію щодо його зміцнення та збереження. Також для учасників з високим рівнем психоемоційного напруження характерною є низька якість життя, що виражається у певному обмеженні на фізичному рівні можливостей виконання повсякденних дій чи фізичних навантажень, а їх емоційний стан часто створює бар'єри в їхньому спілкуванні з оточуючими, адже їм зазвичай властивий лабільний настрій із схильністю до неврівноваженості та пригніченості.

Отже, узагальнюючи вищезазначене, можна стверджувати, що найважливіша роль у збереженні та зміцненні здоров'я належить самій людині, її ціннісним орієнтаціям, установкам суб'єктивному ставленню до власного здоров'я та способу життя, а усвідомлення цінності здоров'я в житті людини забезпечує формування переконань щодо необхідності планомірного підтримання і збереження здоров'я для загального розвитку власної особистості шляхом дотримання принципів здорового способу життя.

Перспективу подальших розвідок вбачаємо у розробці та впровадженні програми соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на своєчасне попередження та корекцію неадекватного ставлення до здоров'я у молоді, а також у подальшому всебічному до-

слідженні психологічних детермінант адекватного ставлення до здоров'я у молодого покоління.

Перелік використаних джерел:

1. Астахов В. М. Особливості психоемоційного стану жінок з порушенням репродуктивного здоров'я / В. М. Астахов // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Вінниця, 24 листопада 2016 р.) : тези доповідей / за заг. ред. Проф. О. В. Бацилевої. – Вінниця : ТОВ «Нілан- ЛТД». – 2016. – С. 16–20.
2. Астахов В. М., Бацылева О. В., Пузь И. В. Девиантное материнство: монография / В. М. Астахов, О.В. Бацылева, И.В. Пузь. – Донецк: ООО «Східний видавничий дім». – 2013. – 260 с.
3. Башмакова О. В. Емоційні та психосоціальні чинники ставлення до здоров'я: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.01 / О.В. Башмакова; Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – Київ. – 2007. – 20 с.
4. Березовская Р. А. Исследования отношения к здоровью: современное состояние проблемы в отечественной психологии / Р. А. Березовская // Вестник СПбГУ. – 2011. – № 1. – С. 221–226.
5. Гусак П. М., Зимівець Н. В., Петрович В. С. Відповідальне ставлення до здоров'я: теорія та технології: Монографія [за ред. д-ра педагог. наук, проф. П.М. Гусака] / П. М. Гусак, Н. В. Зимівець, В. С. Петров. – Луцьк: ВАТ «Волинська обласна друкарня». – 2009. – 219 с.
6. Єжова О. О. Формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів професійно-технічних навчальних закладів : монографія / О. О. Єжова. – Суми : Вид-во «МакДен». – 2011. – 412 с.
7. Кабаева В. М. Формирование осознанного отношения к собственному здоровью у подростков : дис. ... канд. пед. наук : 19.00.07 / В. М. Кабаева. – Москва. – 2002. – 280 с.
8. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред.

© Бацилева О. В., Пузь И. В.,
Гресько І. М.

- Г. С. Никифорова. – СПб.: Питер. – 2006. – 607 с.
9. *Ребуха Л. З.* Теоретичні аспекти емоційної напруженості як психологічної проблеми / Л. З. Ребуха // Теоретичні і прикладні проблеми психології. – 2015. – № 2. – С. 318–326.
10. *Супрун Д. М.* Когнітивна, емоційна та поведінкова складова у детермінації поняття «ставлення до здоров'я» [Електронний ресурс] / Д. М. Супрун // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – 2010. – Вип. 16. – С. 315–318. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2010_16_85
- References (Transliteration):**
1. *Astahov V. M.* OsoblivostI psihoemotsIynogo stanu zhInok z porushennyam reproduktyvnoho zdorov'ya / V. M. Astahov // MaterIali VseukraYinskoYi naukovopraktichnoYi konferentsIYi (m. Vinnitsya, 24 listopada 2016 r.) : tezi dopovIdey / za zag. red. Prof. O. V. BatsilEvoYi. – Vinnitsya : TOV «Nilan- LTD». – 2016. – S. 16–20.
2. *Astahov V. M., Batsyileva O. V., Puz I. V.* Deviantnoe materinstvo: monografiya / V. M. Astahov, O. V. Batsyileva, I. V. Puz. – Donetsk: OOO «ShIdniy vidavnichiy dIm». – 2013. – 260 s.
3. *Bashmakova O. V.* EmotsIynI ta psihosotsIalnl chinniki stavlennya do zdorov'ya: Avtoref. dis... kand. psihol. nauk: 19.00.01 / O. V. Bashmakova; In-t psihologIYi Im. G. S. Kostyuka APN UkraYini. – KiYiv. – 2007. – 20 s.
4. *Berezovskaya R. A.* Issledovaniya otnosheniya k zdorov'yu: sovremennoe sostoyanie problemyi v otechestvennoy psihologii / R. A. Berezovskaya // Vestnik SPbGU. – 2011. – # 1. – S. 221–226.
5. *Gusak P. M., ZimIvets N. V., Petrovich V. S.* VidpovIdalne stavlennya do zdorov'ya: teoriya ta tehnologIYi: Monografiya [za red. d-ra pedagog. nauk, prof. P.M. Gusaka] / P. M. Gusak, N. V. ZimIvets, V. S. Petrov. – Lutsk: VAT «Volinska oblasna drukarnya». – 2009. – 219 s.
6. *Ezhova O. O.* Formuvannya tsInnIsnogo stavlennya do zdorov'ya v uchnIv profesIyno-tehnIchnih navchalnih zakladIv : monografiya / O. O. Ezhova. – Sumi : Vid-vo «MakDen». – 2011. – 412 s.
7. *Kabaeva V. M.* Formirovanie osoznannogo otnosheniya k sobstvennomu zdorov'yu u podrostkov : dis. ... kand. ped. nauk : 19.00.07 / V. M. Kabaeva. – Moskva. – 2002. – 280 s.
8. *Psihologiya zdorov'ya: Uchebnik dlya vuzov / Pod red. G. S. Nikiforova.* – SPb.: Piter. – 2006. – 607 s.
9. *Rebuha L. Z.* Teoretichnl aspekti emotsIynoYi napruzhennostI yak psihologIchnoYi problemi / L. Z. Rebuha // Teoretichnl I prikladnl problemi psihologIYi. – 2015. – # 2. – S. 318–326.
10. *Suprun D. M.* KognItivna, emotsIyna ta povedInkova skladova u determInatsIYi ponyattya «stavlennya do zdorov'ya» [Elektronniy resurs] / D. M. Suprun // Naukoviy chasopis NatsIonalnogo pedagogIchnogo unIversitetu ImenI M. P. Dragomanova. SerIya 19 : KorektsIyna pedagogIka ta spetsIalna psihologIya. – 2010. – Vip. 16. – S. 315–318. — Rezhim dostupu: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2010_16_85
- Batsylyeva Olha**
D.Sc. (psychology), professor, head of the Psychology Department of the Vasyl' Stus Donetsk National University Vinnitsa (Ukraine)
- Puz Irina**
PhD in Psychology, associate Professor of Department of Psychology of the Vasyl' Stus Donetsk National University, Vinnitsa (Ukraine)
- Hresko Inna**
Master in Psychology of the Vasyl' Stus Donetsk National University, Vinnitsa (Ukraine)
- FEATURES OF ATTITUDES TO THE HEALTH OF YOUNG PEOPLE WITH DIFFERENT LEVELS OF PSYCHO-EMOTIONAL STRESS**

ABSTRACT

The article is devoted to the topical problem of attitude to the health and state of psycho-emotional stress. In particular, the article considers the concept of attitude to health, which is a system of individual, selective connections of the individual with various phenomena of the surrounding reality, contributing to or, conversely, threatening the health of people, and determining the assessment of the individual's physical and mental state, as well as the criteria of adequate/inadequate attitude to health (cognitive, emotional, behavioral and value-motivational criteria) and the factors determining the process of its formation, for example: age, level of education, specific culture, the dominant locus of control and others.

A review of the concept of psycho-emotional stress is also carried out, which is characterized by a different degree of mobilization of neuropsychological functions of the body and can manifest itself at three levels: minor manifestations of signs of tension, activation of psycho-emotional reactions and disruption of functional systems. And since there is a correlation between a person's emotional state and his or her ability to assume responsibility for and take care of his or her own health, in particular, with growing anxiety and dissatisfaction with life, there is a tendency to shift from the internal to the external control of health, for example a high level of psycho-emotional stress can cause an inadequate attitude

to health.

Accordingly, was the stating experiment to test assumptions that there are differences in relation to the health of young people with different levels of emotional stress, including young people with a high level of emotional stress is characterized by an inadequate attitude to health. So an inadequate attitude to health is manifested in low level of competence in the area of health, the lack of action for the strengthening and preservation of health, lack of understanding of the importance its in human life, and also in the presence of indifference to him and his secondary importance in the hierarchy of values of the individual.

As a result of the experiment, we have seen that young people with low levels of psycho-emotional stress is characterized by an adequate attitude to health at all four levels, exactly: cognitive, emotional, behavioral and value-motivational, which can not be said about the people with a high level of psycho-emotional stress. Young people with a high level of psycho-emotional stress are characterized by an unconscious attitude to health, ignorance of the factors that positively or negatively affect health, misunderstanding of its importance for the efficiency of human activity and in ensuring longevity, as well as the behavior of such respondents does not meet the conditions of a healthy lifestyle, and at the emotional level they have an inadequate level of anxiety for health, or, conversely, show complete indifference, therefore, they do not attach high

importance to health in the individual hierarchy of values and have insufficient motivation to strengthen and preserve it.

Key words: health, attitude to health, criteria for adequate/inadequate attitude to health, psycho-emotional stress.

Бацилева Ольга Валерьевна

Доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой психологии Донецкого национального университета имени Василя Стуса, г. Винница (Украина)

Пузь Ирина Владимировна

Кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры психологии Донецкого национального университета имени Василя Стуса, г. Винница (Украина)

Гресько Инна Николаевна

Магистр психологии Донецкого национального университета имени Василя Стуса, г. Винница (Украина)

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ МОЛОДЕЖИ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ

Аннотация. Статья посвящена одной из актуальных проблем психологии здоровья – проблеме отношения к здоровью молодежи. Постоянное действие таких неблагоприятных факторов как информационный перегруз, ускорение темпа жизни, процессы урбанизации и ведение нездорового образа жизни приводят к тому, что состояние здоровья молодого поколения ухудшается, при этом отмечается тенденция изменения их отношение к собственному здоровью.

На основе анализа литературных дан-

ных раскрыто понятие отношения к здоровью, которое рассматривается в контексте системы индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или, наоборот, угрожающих здоровью людей, и определяющих оценку индивидом своего физического и психического состояния. Выделено критерии адекватного/неадекватного отношения к здоровью (когнитивный, эмоциональный, поведенческий и ценностно-мотивационный критерии) и факторы, определяющие процесс формирования отношения к здоровью: возраст человека, уровень образования, специфика культуры, доминирующий локус контроля и т.д.

Немаловажное значение в формировании способности человека принимать на себя ответственность за собственное здоровье и заботиться о нем имеет психоэмоциональное состояние, в котором он находится. Отмечено, что процесс полноценного функционирования человека нарушается в ситуации воздействия различного рода психотравмирующих факторов, результатом чего становится возникновение состояния психоэмоционального напряжения, которое характеризуется разной степенью мобилизации нервно-психологических функций организма и может иметь три уровня проявления. Первый (низкий) уровень характеризуется незначительными проявлениями признаков напряжения, второй (средний) уровень – активизацией психоэмоциональных ре-

акций, третий (высокий) уровень – дезорганизацией деятельности функциональных систем.

Было проведено исследование с целью выявления различий в отношении к здоровью у молодежи с разным уровнем психоэмоционального напряжения. Гипотезу исследования составили предположения о том, что для молодежи с высоким уровнем психоэмоционального напряжения характерным является наличие неадекватного отношения к здоровью, что проявляется в низком уровне компетентности человека в области здоровья, отсутствии действий для укрепления и сохранения здоровья, непонимании важности состояния здоровья в жизнедеятельности человека, а также в наличии безразличного отношения к нему и его второстепенной значимости в системе иерархии ценностей личности.

Анализ результатов исследования показал, что характерным для молодых людей с низким уровнем психоэмоционального напряжения является адекватное отношение к здоровью на всех четырех уровнях: когнитивном, эмоциональном, поведенческом и ценностно-мотивационном, чего нельзя сказать об исследуемых с высоким уровнем психоэмоционального напряжения. Для молодежи с высоким уровнем ПЭН характерным является неосознанное отношение к здоровью, незнание факторов, позитивно или негативно влияющих на состояние здоровья, непонимание его значения для эффективности жизнедеятельности человека и в обеспечении долголетия. При

этом, их поведение не соответствует принципам здорового образа жизни, а на эмоциональном уровне они имеют неадекватный уровень тревожности за здоровье, или же, наоборот, проявляют полное безразличие, поэтому и не придают здоровью высокой значимости и имеют недостаточно сформированную мотивацию для его укрепления и сохранения.

Таким образом, в результате проведенного исследования было установлено, что существуют различия в отношении к здоровью у молодежи с разным уровнем психоэмоционального напряжения. Исходя из этого, актуальным становится разработка и внедрение программы социально-психологического тренинга, направленного на формирование у молодежи адекватного отношения к здоровью, что, безусловно, будет способствовать повышению качества жизни молодого поколения.

Ключевые слова: здоровье, отношение к здоровью, молодежь, психоэмоциональное напряжение, адекватное/неадекватное отношение к здоровью.

Дата отримання статті: 22.05.2018

Дата рекомендації до друку: 08.06.2018

Дата оприлюднення: 02.07.2018

© Бацилева О. В., Пузь І. В.,
Гресько І. М.