

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІОЛОГІЇ ТА УПРАВЛІННЯ

КАФЕДРА СОЦІОЛОГІЇ

**Кваліфікаційна робота
магістра**

**ТРАНСФОРМАЦІЯ СТИЛЮ ЖИТТЯ МОЛОДІ
ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ КОРОНАВІРУСНОЇ
ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ**

Виконав: студент, II курсу,
групи 8.0541
спеціальності 054 «Соціологія»
освітньої програми «Соціологія»
А.В. Вахненко

Керівник: доцент кафедри соціології,
доцент, к.філос.н.
І.О. Кудінов

Рецензент: професор кафедри
соціології, доцент, д.філос.н.
В.О. Скворець

Запоріжжя – 2022

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет Соціології та управління
Кафедра Соціології
Рівень вищої освіти Магістр
Спеціальність 054 «Соціологія»
Освітня програма «Соціологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

В.О. Скворець _____

17 червня 2021 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТОВІ

Вахненку Андрію Володимировичу

1. Тема роботи (проекту) Трансформація стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні

Керівник роботи Сорокіна О.С., к.філос.н.

Затверджені наказом ЗНУ від 16 червня 2022 року № 672-с

2. Строк подання студентом роботи 01 грудня 2022 р.

3. Вихідні дані до роботи 1. High Performance Computing. Shaping Europe’s digital future. URL: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/policies/high-performance-computing> (дата звернення 05.10.2022). 2. Digital Skills & Jobs Shaping Europe’s digital future. URL: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/policies/digital-skills> (дата звернення 05.10.2022). 3. Powles Jh. Changes in disease patterns and related social trends Social Science & Medicine Volume 35, Issue 4, August 1992, P. 377-387. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369290330S> (дата звернення 05.10.2022).

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):

1. Уточнити зміст понять «стиль життя», «молодь» та «епідемія». 2. Охарактеризувати сучасний стан дослідження трансформації стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні. 3. Визначити методологічні підходи до дослідження трансформації стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні. 4. Виділити специфіку аналізу вторинної інформації при дослідження стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні. 5. Визначити інституційні чинники впливу на стиль життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні. 6. Проаналізувати вплив соціальних чинників впливу на стиль життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні. 7. Обґрунтувати використання опитування як метода дослідження трансформації стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні. 8. Проаналізувати та інтерпретувати результати дослідження трансформації стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні. 9. Розробити рекомендації щодо подолання негативних наслідків трансформації стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Розділ 1	Сорокіна О.С., доцент кафедри соціології	26.08.22	26.08.22
Розділ 2	Сорокіна О.С., доцент кафедри соціології	21.09.22	21.09.22
Розділ 3	Сорокіна О.С., доцент кафедри соціології	03.11.22	03.11.22

7. Дата видачі завдання 17 червня 2022 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вибір та формулювання теми роботи	Червень 2022	<i>виконано</i>
2.	Опрацювання наукових джерел	Червень-Серпень 2022	<i>виконано</i>
3.	Робота над вступом	Серпень 2022	<i>виконано</i>
4.	Робота над першим розділом	Серпень-Вересень 2022	<i>виконано</i>
5.	Робота над другим розділом	Вересень-Жовтень 2022	<i>виконано</i>
6.	Проведення соціологічного дослідження	Жовтень-Листопад 2022	<i>виконано</i>
7.	Робота над третім розділом	Листопад 2022	<i>виконано</i>
8.	Робота над висновками	Листопад 2022	<i>виконано</i>

Студент _____ А.В. Вахненко

Керівник роботи (проекту) _____ І.О. Кудінов

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О.С. Сорокіна

РЕФЕРАТ

Дипломна робота: складається з 58 сторінки, 42 позицій у списку літератури, 3 додатків.

СТИЛЬ ЖИТТЯ, МОЛОДЬ, ЕПІДЕМІЯ, ТРАНСФОРМАЦІЯ, КОРОНАВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ

Мета наукового дослідження: виділити тенденції трансформації стилю життя молоді України під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні.

Об'єкт наукового дослідження: стиль життя молоді України.

Предмет наукового дослідження: напрями трансформації стилю життя молоді України під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні.

Методи наукового дослідження: метод емпіричного дослідження – опитування.

Гіпотеза дослідження: епідемія коронавірусної інфекції призвела до трансформації стилю життя, зробивши його більш ізольованим.

Висновки: 1. Стиль життя є груповою характеристикою, яка включає сукупність зразків поведінки індивіда чи групи (стійко відтворювані риси, манери, звички, смаки, схильності), орієнтовані переважно на повсякденне життя.

2. Зовнішні обмеження під час епідемії трансформували стиль життя: перебування на обмеженій території та використання інформаційних технологій «перенесли» значну частину соціальної взаємодії в дистанційний формат, що змінило стиль спілкування, розпорядок дня, специфіку покупок та інші аспекти повсякденного життя.

3. «Вихід» з епідемії коронавірусної інфекції передбачає необхідність знаходження балансу між зручністю сучасних технологій та повноцінним соціальним життям. Зокрема, негативно епідемія позначилась на спілкуванні, дружніх відносинах, якості навчання та ін. аспектах життя.

ABSTRACT

Diploma thesis consists of 58 pages, 42 items in the bibliography, 3 appendices.
LIFESTYLE, YOUTH, EPIDEMIC, TRANSFORMATION, CORONAVIRUS
INFECTION

The purpose of research: to highlight the trends in the transformation of the lifestyle of the youth of Ukraine during the epidemic of coronavirus infection in Ukraine.

Object of research: lifestyle of the youth of Ukraine.

Subject of research: directions of transformation of the lifestyle of the youth of Ukraine during the epidemic of coronavirus infection in Ukraine.

Methods of scientific research: the method of empirical research – survey.

Research hypothesis: the epidemic of coronavirus infection has led to a transformation of the lifestyle, making it more isolated.

Conclusions: 1. Lifestyle is a group characteristic, which includes a set of behavior patterns of an individual or a group (sustainably reproduced features, mannerisms, habits, tastes, inclinations), focused mainly on everyday life.

2. External restrictions during the epidemic transformed the lifestyle: staying in a limited area and using information technologies "moved" a significant part of social interaction into a remote format, which changed the style of communication, the daily routine, the specifics of shopping and other aspects of everyday life.

3. "Exit" from the epidemic of coronavirus infection requires finding a balance between the convenience of modern technologies and a full-fledged social life. In particular, the epidemic had a negative impact on communication, friendly relations, the quality of education, etc. aspects of life.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАНСФОРМАЦІЇ СТИЛЮ ЖИТТЯ МОЛОДІ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ.....	10
1.1. Уточнення змісту понять: «стиль життя», «молодь» та «епідемія».....	10
1.2. Сучасний стан дослідження трансформації стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні.....	15
1.3. Методологічні підходи до дослідження трансформації стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні	19
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАНСФОРМАЦІЇ СТИЛЮ ЖИТТЯ МОЛОДІ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ.....	23
2.1. Аналіз вторинної інформації при дослідження стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні.....	23
2.2. Інституційні чинники впливу на стиль життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні.....	28
2.3. Соціальні чинники впливу на стиль життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні.....	32
РОЗДІЛ 3. ПРИКЛАДНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАНСФОРМАЦІЇ СТИЛЮ ЖИТТЯ МОЛОДІ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ.....	40
3.1. Опитування як метод дослідження трансформації стилю життя та рівня медичної грамотності молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні.....	40
3.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження трансформації стилю життя та рівня медичної грамотності молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні.....	42
3.3. Рекомендації щодо подолання негативних наслідків трансформації стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні.....	48
ВИСНОВКИ.....	52
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	55
ДОДАТКИ.....	59

ВСТУП

Актуальність дослідження. Тенденція поширення хвороби в більшості країн світу і в Україні з лютого 2021 року по червень 2021 року була у флуктуації, тобто ситуація спочатку погіршувалась, потім поліпшувалась.

Коронавірус, що викликає захворювання Covid-19, поширився практично по всьому світу – в нашій країні ще на початку розгортання епідемії офіційно було підтверджено понад двох мільйонів випадків захворювання і 53 420 летальних випадків.

Прийнято вважати, що основну роль в поширенні інфекції відіграють медичні фактори, такі як властивості збудника, особливості перебігу захворювання, стан організму. Однак в нашій роботі акцент зроблений на те, що соціальні фактори можуть впливати на властивості збудника, тобто на медичні фактори, тим самим впливаючи на швидкість поширення інфекції.

Таким чином, проаналізувавши, як ми, такі соціальні фактори, як стиль життя і рівень медичної грамотності можна поліпшити епідеміологічну ситуацію, знизити кількість важких випадків, а як наслідок і летальний результатів, при цьому з мінімальними економічними витратами.

Карантинні обмеження, пов'язані зі розповсюдженням епідемії призвели до зміни стилю життя всіх категорій населення, зокрема і молоді. На початку їх впровадження вони розглядались громадською думкою суто як діяльність поліцейської держави та тотальний контроль, пізніше – як необхідний інструмент, який дозволяє вплинути на ситуацію та сприяє збереженню здоров'я та життя, особливо уразливих груп населення.

Зовнішні обмеження трансформували стиль життя: перебування на обмеженій території та використання інформаційних технологій «перенесли» значну частину соціальної взаємодії в дистанційний формат, що змінило стиль спілкування, розпорядок дня, специфіку покупок та інші аспекти повсякденного життя.

Проблемна ситуація полягає в регулярності хвиль епідемії (незважаючи на вакцинацію населення) та необхідності знаходження балансу між зручністю сучасних технологій та повноцінним соціальним життям. Зокрема, негативно епідемія позначилась на спілкуванні, дружніх відносинах, якості навчання та ін. аспектах життя.

Об'єкт. Стиль життя молоді України.

Предмет. Напрями трансформації стилю життя молоді України під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні.

Мета. Виділити тенденції трансформації стилю життя молоді України під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні.

Мета наукової роботи реалізується через такі *наукові завдання*:

- уточнити зміст понять «стиль життя», «молодь» та «епідемія»;
- охарактеризувати сучасний стан дослідження трансформації стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні;
- визначити методологічні підходи до дослідження трансформації стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні;
- виділити специфіку аналізу вторинної інформації при дослідженні стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні;
- визначити інституційні чинники впливу на стиль життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні;
- проаналізувати вплив соціальних чинників впливу на стиль життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні;
- обґрунтувати використання опитування як метода дослідження трансформації стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні;
- проаналізувати та інтерпретувати результати дослідження трансформації стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні;
- розробити рекомендації щодо подолання негативних наслідків трансформації стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні.

Гіпотеза дослідження. Епідемія коронавірусної інфекції призвела до трансформації стилю життя, зробивши його більш ізольованим.

Допоміжна гіпотеза. Епідемія коронавірусної інфекції сприяла посиленню ефективності роботи молоді внаслідок економії часу.

Структура роботи. Дипломна робота складається зі змісту, вступу, трьох розділів, висновків, списку літератури та додатків.

РОЗДІЛ 1.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАНСФОРМАЦІЇ СТИЛЮ ЖИТТЯ МОЛОДІ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ

1.1. Уточнення змісту понять: «стиль життя», «молодь» та «епідемія»

Основні поняття в нашій роботі можна поділити на два кластери: соціальний та медичний. Оскільки наша робота є соціологічною, ми почнемо з аналізу термінів соціального аспекту- молодь та стиль життя.

Під терміном молодь ми розуміємо соціальну групу, члени якої мають такі риси:

1) вік від 18 до 35 років, однак слід зазначити, що внаслідок високого рівня життя в розвинених державах, що детермінує збільшення середньої тривалості життя, верхню вікову планку допустимо підняти, що зробила Всесвітня організація охорони здоров'я – за класифікацією ВООЗ молоддю вважатимуться людей віком від 18 до 45 років;

2) основною потребою молоді є самореалізація. Причому індивід може задовольняти цю потребу як у позитивному аспекті – наприклад у досягненні якихось висот у професійній діяльності, так і в негативному – демонстраційне споживання, прийняття різних цінностей різних субкультур і т.п.;

3) у багатьох членів цієї соціальної групи відсутня власний соціальний статус. Частина молоді складають учні різних навчальних закладів, які характеризуються або за соціальним станом їхніх батьків/опікунів, або своїм майбутнім статусом, пов'язаним із професійною підготовкою [1].

На підставі вище наведених рис молоді, можна зробити висновок, що дана соціальна група має ексклюзивну характеристику.

Ще одним соціальним поняття в нашій роботі-стиль життя.

Стиль життя – сукупність зразків поведінки індивіда чи групи (стійко відтворювані риси, манери, звички, смаки, схильності), орієнтовані переважно на повсякденне життя.

Соціологічний аналіз стилю життя:

1) стиль життя – групова характеристика, тобто наприклад молодь має власний спосіб життя;

2) стиль життя має властивість диференціації (розрізняється в залежності від приналежності до тієї чи іншої соціальної групи);

3) індивідуальний стиль життя залежить від соціально-демографічних та статусних характеристик (вік, сімейний стан, освіта, професія, соціальний статус, дохід тощо);

4) індивідуальний стиль життя не визначається лише переліченими характеристиками, індивід має можливість комбінування складових стилю життя (практик і сприйняття);

5) стиль життя структурує собою поведінку індивіда, можливе моделювання поведінки у одних областях залежно від поведінки у інших;

6) стиль життя передбачає наявність можливості вибору з безлічі зразків поведінки [2].

Незважаючи на те, що робота є соціологічною, аналіз медичних термінів є необхідним з огляду на специфіку теми– епідемічний процес, властивості sars-cov-n2, специфіка перебігу інфекційного процесу, на наш погляд є необхідним.

Епідемічний процес – це процес виникнення та поширення захворювання в людській популяції. Біологічним аспектом даного процесу є взаємодія інфекційних агентів із сприйнятливим організмом, на що впливають властивості збудника, стан людського організму, а також способи передачі. Соціальним аспектом епідемічного процесу є фактори, які детермінують швидкість розповсюдження збудника та ступінь тяжкості захворювання.

У цій роботі буде показано вплив соціальних чинників, на швидкість поширення COVID-19 [3].

З коронавірусної інфекцією людство стикається досить часто. Близько 30% всіх ГРВІ викликається саме коронавірусами, проте всі ці захворювання протікають, переважно, в легкій формі (ускладнення у вигляді пневмонії спостерігаються у 3-8% із захворілих) і, частіше за все, не становлять серйозну загрозу для життя пацієнта. Вперше про коронавірусну інфекцію, активно заговорили наприкінці 2002 року, коли в китайській провінції Гуаньдун з'явилися перші випадки незвично важкої «атипової» вірусної пневмонії. Кількість хворих швидко досягло декількох сотень, захворювання поширилося в Гонконг, вийшло за межі КНР в Сінгапур, В'єтнам, інші країни Південно-Східної Азії. Далі в епідемію були залучені країни Північної Америки (Канада, США), Європи (Німеччина, Італія). Захворюванню дали назву ТОРС – важкий гострий респіраторний синдром, англ. аббревіатура SARS – severe acute respiratory syndrome. З огляду на темпи поширення інфекції, а так само досить високу летальність (9,5%), Всесвітня організація охорони здоров'я оголосило про глобальну загрозу для всього світу. З епідемією вдалося впоратися досить швидко, вже 2003 році вона була ліквідована. Всього захворіло понад 8 тисяч осіб, 774 з них померли [4].

Наступним випадком, коли світ згадав про коронавірус, є спалах в Саудівській Аравії важкого респіраторного захворювання, що отримав назву: «близькосхідний респіраторний синдром», завдяки ЗМІ більш популярним назвою є англійська аббревіатура: MERS – Middle East respiratory syndrome. За даними ВООЗ до серпня 2015 р підтверджено 1432 випадки інфекції БВРС-коронавірусів, 507 пацієнтів загинули (летальність – 35%). Однак самим «відомим» з коронавірусів є sars-cov-2, який став причиною пандемії, яка триває понад рік і не закінчилася досі.

Однією причин такого «успіху», на наш погляд є контагіозність, шляхи передачі, стійкість коронавіруса, його вірулентність і особливості перебігу викликаного ним захворювання.

Контагіозність або ступінь заразності – це властивість патогена передаватися від одного організму до іншого. Контагіозність безпосередньо

залежить від механізмів передачі інфекції. Передача від людини до людини здійснюється повітряно-крапельним, повітряно-пиловим, контактний шляхом передачі, а так же патоген передається через предмети, контамірованні вірусом (на яких присутній вірус), на яких, в мокроті, він може зберігатися до 7 днів, що набагато більше, ніж, наприклад, інфлюєнца-вірус (збудник грипу). Таким чином, контагиозність SARS-cov-2 порівняно з торс-коронавірусів, який став причиною епідемії в 2002-2003 роках набагато вище. Про це свідчать статистичні дані. Як зазначалося вище, під час спалаху на початку 2000-х захворіло понад 8 тисяч осіб, новим же коронавірусів, згідно з даними Всесвітньої організації на квітень 2021 року не дивлячись на всі протиепідемічні заходи, у світі зафіксовано 135 646 617 випадків захворювання COVID-19 [5].

Наступним фактором швидкого поширення захворювання є вірулентність. Під цим терміном ми розуміємо ступінь хвороботворності патогена. Вірулентність визначається шляхом аналізу властивостей збудника і екзогенних, для інфекційного агента, чинників, тобто наявність або відсутність імуносупресивних станів, патологій внутрішніх органів різного генезу. Варто відзначити, що стан організму в разі захворювання коронавірусної інфекції є ключовим, для визначення вірулентності патогена, а отже ступеня тяжкості перебігу захворювання. COVID-19 переважно протікає у безсимптомній або легкій формі, так як у більшості хворих, немає проблем зі здоров'ям або вони несуттєві.

Дана особливість перебігу є величезною перевагою коронавірусної інфекції, особливо на самому початку пандемії в 2019 році. Так як легка форма проявляється симптоматикою назофарингита (запалення носоглотки): кашель малої інтенсивності, нежить, в деяких випадках субфебрильна температура (нижче 38 градусів). З такими симптомами людина не звертається за медичною допомогою адже зробивши контент-аналіз своєї карти, він бачить, що з подібною симптоматикою він звертався до фахівця щороку, крім того там написана терапія, а значить звернення до лікаря не має ніякого сенсу. Навіть якщо індивід

все ж вирішить відвідати лікаря, то останній призначить «стандартні» препарати для лікування ГРВІ.

Так само людина не вживає жодних заходів щодо ліквідації можливості передачі інфекції від нього до інших, веде активний спосіб життя, комунікуючи з сім'єю, друзями, колегами, інфікуючи їх. Коли почнуть з'являтися важкі або вкрай важкі випадки, що закінчуються летально, і буде виявлено збудник і почнеться його вивчення, будуть розроблені методи його виявлення у людей, почнеться збір статистики хворих людей і будуть введені карантинні заходи, кількість інфікованих до цього моменту може обчислюватися тисячами. Поширення такої інфекції вкрай важко контролювати або зупинити [6].

Проаналізувавши основні поняття нашої роботи можна зробити такі висновки:

1) коронавіруси для людства не новинка. Більше 30% від всіх ГРЗ, якими хворіють люди, коронавірусної етіології; існують три найбільш небезпечні віруси. Перший з них, ТОРС-коронавірус, який викликав спалах у 2002 році в Китаї, Мерс-коронавірусом були інфіковані тисячі людей в країнах близького сходу. sars-cov-2 є причиною пандемії, яка на даний момент триває.

Причинами такої великої кількості хворих людей є:

1) вірулентність – здатність інфекційного агента вражати організм. Дана властивість патогена залежить від його мікробіологічних властивостей а також екзогенних факторів, під якими ми розуміємо стан організму.

2) контагіозність – здатність патогена передаватися від одного організму до іншого;

3) особливістю перебігу захворювання є переважне протікання в легкій або помірній формі, завдяки цьому вірус довгий час залишався «невидимим» для медичної системи і проти його поширення дуже пізно почали вживатися заходи.

Проявом епідеміологічного процесу є реєстрація хворих на певній території. Якщо кількість випадків захворювання нижче епідеміологічного порога – усередненої кількості хворих за кілька років, то це класифікується як спалах, якщо більше, то як епідемія. Масова реєстрація випадків екзотичного

захворювання, яке не зустрічалося раніше на певній території, класифікується як епідемія, навіть при невеликій кількості хворих.

1.2. Сучасний стан наукового дослідження стилів життя населення України під час розповсюдження коронавірусної інфекції

Важливим фактором, що впливає, на поширення будь-якого захворювання є спосіб життя індивідів.

Під способом життя ми розуміємо стійкі форми соціального буття, спільної діяльності людей, типові для історично конкретних соціальних відносин, що формуються відповідно до генералізованими нормами і цінностями, що відображають ці відносини.

Спосіб життя виникає в результаті реалізації і подальшої об'єктивації тих чи інших різноманітних способів та / або стилів життя [4].

Відповідно до даної концепції стиль життя характеризує лише та частина повсякденної поведінки, ціннісних орієнтацій і створюваної самою людиною середовища проживання (житло, речі і т. п.), яка, з одного боку, сприяє його ідентифікації з певною групою (її чином), а з інший – виділяє ту чи іншу групу серед інших людських груп.

Що стосується західної соціологічної думки, термін «спосіб життя» вживається як синонім переважному в науковій літературі терміну «стиль життя» (англ. Lifestyle або style of life, франц. Style de vie) [5, с. 135].

Теоретичне осмислення поняття «стиль життя» йшло за емпіричними дослідженнями. Одне з перших досліджень стилю життя конкретної соціальної групи було здійснено Т. Вебленом. У своїй знаменитій праці «Теорія дозвільного класу: економічне дослідження інститутів» Т. Веблен використовує як синоніми поняття «стиль життя», «спосіб життя», «уклад життя», які він чітко не визначає, але характеризує як певні види діяльності, властиві для тієї чи іншої соціальної групи [1].

Т. Веблен звернувся до стилю життя в контексті демонстративних практик споживання, які виступали предметом його вивчення. Теорія демонстративного

споживання показує суперництво індивідів за соціальні позиції, що забезпечують можливість отримати різного роду ресурси та почесні. Престижне споживання, співвідносне з певним стилем життя, що символізує життєвий успіх і соціальні досягнення, дає можливість індивіду показати свою приналежність до обраному стану, класу. Засновником поділу суспільства безпосередньо на основі стилю життя є німецький соціолог М. Вебер. Його позиція часто протиставляється марксистської, хоча вона, скоріше, є розвитком, доповненням останньої, незважаючи на те, що в цілому ряді принципів моментів погляди Маркса і Вебера розходилися [7].

Згідно з концепцією М. Вебера, в основі стратифікації статусних груп лежить принцип споживання благ, виражених в стилі життя. У цьому їхня відмінність від класів, стратифікована за рівнем економічного становища. При цьому статусна ситуація визначається соціальною оцінкою поваги і знаходиться в сфері розподілу престижу.

Надалі ідеї М. Вебера знайшли емпіричне підтвердження в роботах соціолога У. Л. Уорнера, який приділяв особливу увагу впливу стилю життя на розподіл людей в рамках стратифікаційної структури суспільства. Поведінка і установки людей, що формують стиль життя, У. Л. Уорнер брав за основу своєї концепції [1]. Він також вважав, що вирішальним у розподілі престижу є не економічне становище, а цінності і поведінка, структура споживання благ. При цьому вертикальна висхідна мобільність неможлива без визнання соціального статусу людини групою більш високого рівня [2].

У роботах П. Бурдьє проблема стилю життя не є центральною, проте саме він вперше надав їй категоріальне і інструментальне значення. Згідно П. Бурдьє, стиль життя – це система практик, що повторюються в повсякденній поведінці та визначають становище людини в соціальному просторі. У стиль життя включаються практики в найрізноманітніших полях: споживання і дозвілля, праця і доходи, здоров'я, участь в політиці і релігії. Виділити або виявити певний стиль життя – значить диференціювати людей на групи, які розрізняються набором властивих їм практик в кожному полі, і описати ці практики [8]. Дана

методологічна установка лежить в основі багатьох сучасних робіт, які використовують стиле-життєвий підхід як інструмент соціологічного аналізу. У своїй роботі «Розрізнення до соціальної критики судження» П. Бурдьє виділяв три головні соціальні групи [9]:

1) домінуючий клас, який характеризується переважанням економічного капіталу над культурним, до цієї групи в основному відносяться великі підприємці;

2) «нова буржуазія» – група людей, зайнятих у швидко розвивається обслуговуючому секторі (маркетинг, реклама, PR). Люди, що належать до даного класу, крім економічного капіталу мають ще й культурним капіталом;

3) клас вчителів і інтелектуалів - характеризується більш низьким економічним і більш високим культурним капіталом [9].

При аналізі стилів життя і споживання, властивих даними класами, П. Бурдьє приділяв особливу увагу взаємодії чотирьох типів капіталів через призму того чи іншого класу.

Типи капіталу по П. Бурдьє:

- 1) економічний капітал, тобто матеріальні блага;
- 2) культурний капітал – дипломи різних навчальних закладів, культурний рівень сім'ї, тощо;
- 3) соціальний капітал. Під цим терміном мається на увазі приналежність людини до якоїсь соціальної групи;
- 4) політичний капітал – авторитет та репутація.

П. Бурдьє встановив, що домінуючий клас є провідною соціальною групою, яка задає зразки поведінки для інших класів і пропагує той або інший спосіб життя. Незважаючи на це, стилі життя трьох класів, як і стилі їх споживання, сильно відрізняються один від одного.

Також варто зазначити терміни, які П. Бурдьє виділив у своїй теорії стилю життя. Агент – індивід, який активно приймає участь у соціальних процесів.

Під поняттям практика П. Бурдьє розуміє не тільки діяльність людини а й предмети, які його оточують [1].

Соціальний простір – простір відносин між соціальними групами та окремими агентами.

Габітус – ментальні структури, якими агенти сприймають соціальний світ, це система схем сприйняття і оцінювання;

Відповідно до П. Бурдьє смак – система класифікації, що впливає із соціальних умов соціалізації та готівкового становища у суспільстві, служить маркером класу. У своїй концепції П. Бурдьє презентував взаємозв'язок габітусу та стилю життя. Умови існування та позиції у структурі умов існування породжують габітус як «структуровану та структуруючу структуру». Габітус, як система схем, що породжують об'єктивно класифіковані практики та предмети, зумовлює їх, як схему сприйняття та оцінювання дозволяє оцінювати та сприймати ці практики та предмети. Стиль життя постає як система класифікованих і класифікованих практик і схем сприйняття (смак) і відрізняється від іншого способу життя (іншої системи практик і сприйнятів).

Робота П. Бурдьє поклала початок цілої низки західних емпіричних досліджень стилю життя і соціального простору.

Слід вказати українських дослідників стилю життя індивідів. Серед них хочеться виділити наукового співробітника інституту соціології НАН України д.с.н. Л.Д. Бевзенко, і її роботу: «Стилі життя перехідного суспільства». У ній дослідниця розкриває суть поняття: «стиль життя», а так само його зміна в кризових ситуаціях [2].

Також вченими, які писали роботи з даної тематики є Р.А.Ануфрієва та О. С. Мурадян.

Не дивлячись, на велику кількість різних концепцій, нам більше імпонує теорія П. Бурдьє, так як в своїй роботі, він показав кореляцію між рівнем доходу (економічним капіталом), соціокультурними цінностями, нормами поведінки (духовним капіталом), рівень яких різний, в залежності про місця індивіда в соціальній стратифікації і стилем життя, який, на наш погляд, є одним з двох, виділених нами соціальних факторів, що впливають на поширення COVID-19.

Проаналізувавши даний підрозділ, ми виділили ряд іноземних (П. Бурдье, У. Л. Уорнер, Т. Веблен, М. Вебер) і українських (Л.Д. Бевзенко, Р.А. Ануфрієва, О.С. Мурадян) дослідників, який займалися вивченням стилю життя.

1.3. Методологічні підходи до дослідження стилів життя населення України під час розповсюдження коронавірусної інфекції

Вчені, які досліджували стиль життя за допомогою різних методів наукового дослідження.

Метод – це спосіб пізнання об'єктивної дійсності, що представляє собою певну послідовність дій, прийомів, операцій [16].

Методи наукового дослідження можна розділити на теоретичні та емпіричні.

До загальнонаукових відносяться: аналіз – розчленування предмета на складові ознаки; синтез – узагальнення раніше виділених ознак в ціле; абстрагування – виділення ознаки із усієї сукупності ознак предмета; узагальнення – включення виділеного ознаки в більш широке поняття; індукція – висновок від часткового до загального і дедукція - висновок від загального до приватного; аналогія – висновок про подібність предметів на підставі подібності за окремим ознакою; порівняння – встановлення подібності та відмінності між предметами; ототожнення і розрізнення; ідеалізація – побудова ідеального об'єкта; екстраполяція – поширення висновків, отриманих в результаті спостереження над однією областю об'єкта, на іншу його область; інтерполяція – знаходження проміжних значень; експлікація – заміщення неточного поняття більш точним; класифікація-угруповання явищ за певними ознаками [10;11].

До емпіричних методів соціологічного дослідження: опитування (анкетування та інтерв'ю):

1. Спостереження-метод збору соціологічної інформації шляхом безпосередньої реєстрації дослідником подій, явищ і процесів, що проходять певних умовах.

Метод спостереження має низку специфічних особливостей. Першою особливістю є специфіка зв'язку спостерігача та об'єкта спостереження, що полягає у тому, що пізнання соціальної дійсності завжди пов'язані з особистісними позиціями вченого, з його ціннісною орієнтацією.

Друга особливість спостереження у соціології виявляється у емоційності сприйняття соціологом об'єкта спостереження.

Третя особливість – складність повторного спостереження. Це з тим, будь-які об'єкти соціологічного спостереження завжди піддаються впливу великої кількості різних чинників.

У процесі застосування методу спостереження соціолог стикається з низкою труднощів. Насамперед, це проблеми суб'єктивного характеру. Справа в тому, що спостерігач може тлумачити явища, що спостерігаються, і процеси через призму своїх поглядів. Серед об'єктивних труднощів необхідно виділити, по-перше, те, що не всі соціальні факти піддаються науковому спостереженню, і, по-друге, обмеженість всіх фактів, що спостерігаються в часі.

Практика соціологічних досліджень показує, що найчастіше спостереження постає як допоміжний метод збирання соціологічної інформації. Це зумовлено тим, що спостереження застосовується тоді, коли необхідно поглибити знання проблеми дослідження, коли іншими методами зібрати інформацію досить повно неможливо [12].

Спостереження може бути включене, або невключене. Специфікою першого є те, що спостерігач включений у групу, що спостерігається. Складність такого дослідження полягає в тому, що дослідник по-перше повинен намагатися не видавати себе, інакше можливий або очевидний (для вченого) провал дослідження, чи члени групи, можуть поводитися негарзд, як завжди. Внаслідок цього дослідник отримає абсолютно недостовірну інформацію. Невключене спостереження у тому, що дослідник спостерігає групою з боку;

2. Анкетне опитування – полягає в письмовому зверненні до респондент з опитувальних листом, що містить певним чином упорядковану сукупність

питань (анкета). Анкетне опитування може бути очним, заочним (поштовий, телефонний, пресовий).

3. Аналіз документів-метод збору даних при якому документи використовуються як джерело інформації (офіційні, неофіційні, особисті щоденники, листи).

Соціологічні документи містять інформацію про різні процеси та результати діяльності конкретних осіб, а також суспільства у глобальному сенсі. Це означає, що документальна інформація є цікавою для соціологів, які проводять власні різнопланові дослідження. Кожен соціолог стикається з документами на початковому етапі власного дослідження, причому ця ситуація абсолютно не залежить від того, яким методом він збиратиме первинну інформацію. Документи не виступатимуть як незалежний об'єкт соціологічного дослідження, а виконуватимуть функцію допоміжного джерела інформації [13].

Метод аналізу документів у соціологічному дослідженні дозволяє вирішити такі завдання: знайти інформацію про якийсь певний об'єкт або конкретний предмет дослідження; уточнити режим вибірки та правильно вибрати необхідні методичні інструменти; створити вихідну основу для самоактивного дослідження у соціології. Аналіз соціологічних документів є пошуковим науковим методом і вважається основою для двох типів досліджень, а саме: дослідно-кількісного семантичного аналізу та основного соціологічного методу.

4. Соціометрія – метод збору привчає. інформації, що використовується в соціології та соціальної психології для вивчення структури міжособистісних відносин в малих (контактних) соціальних групах. Метод соціометричних вимірів дозволяє отримати інформацію про: соціально-психологічних відносин у групі; статус людей у групі; психологічної сумісності та згуртованості групи.

У загальному вигляді завданням соціометрії є вивчення неофіційного структурного аспекту соціальної групи і психологічної атмосфери, що панує в ній.

5. Соціологічний тест – система відібраних соціологічними методами висловлювань, що пред'являються респондентам з метою отримання надійної і валідної інформації про цікавлять ознаках.

У своїх дослідженнях стилю життя, науковці використовують усі загальнонаукові методи серед вище наведених, та один емпіричний - метод анкетування.

Таким чином, проаналізувавши даний розділ, ми прийшли до висновку, що метод- це спосіб пізнання об'єктивної дійсності, що представляє собою певну послідовність дій, прийомів, операцій [13].

Методи поділяються на два види: теоретичний і емпіричний. До емпіричних методів відносяться: анкетування, інтерв'ю, аналіз документів, соціологічне тест, соціометричне опитування, спостереження і експеримент.

Отже, в даній роботі будуть використані терміни «молодь», «стиль життя» та «коронавірусна інфекція» як основні. Серед дослідників, які займались проблематикою стилю життя можна виділити праці П. Бурдьє, У. Л. Уорнера, Т. Веблена, М. Вебера та українських науковців – Л.Д. Бевзенко, Р.А. Ануфрієвоїм, О.С. Мурадян. Методологічну базу роботи складають принципи наукового дослідження (об'єктивності, причинності, істинності) та методи вторинного аналізу даних та опитування.

РОЗДІЛ 2.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАНСФОРМАЦІЇ СТИЛЮ ЖИТТЯ МОЛОДІ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ

2.1. Аналіз вторинної інформації при дослідженні стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні

Пандемія коронавірусної інфекції, яка, в даний момент досі з перемінним успіхом триває, є заслугою взаємодії медичних факторів, під якими ми маємо на увазі, властивості збудника, особливості перебігу захворювання та протиепідемічні протоколи, і соціальних факторів, таких як рівень медичної грамотності населення і стиль життя. Більш того, вплив соціальних факторів на медичні призводить до зміни швидкості поширення COVID-19.

Для того, щоб зрозуміти, яким чином динаміка захворюваності коронавірусної інфекцією змінюється під впливом соціальних факторів, необхідно проаналізувати роботу так званій «адаптивного карантину» в Україні. Даний термін має на увазі під собою комплекс реакційних заходів на збільшення або зниження кількості захворілих та місць в лікарнях, а так само рівня смертності. Найважливішим показником з вище наведених факторів є кількість місць в лікарнях. Справа а тому, що виключно важких пацієнтів госпіталізують в стаціонар, а збільшення таких хворих призводить до дефіциту ліжок, апаратів штучної вентиляції легенів, ліків - для того вирішити дану ситуація необхідно все це придбати, що тягне за собою істотні економічні витрати [14].

Крім того, медичний персонал, в умовах великої кількості важких хворих працює на межі своїх можливостей, вони втомлюються, у них спостерігається відсутність концентрації уваги. Як наслідок, медики можуть робити помилки, наражаючи себе на небезпеку інфікування. В умовах пандемії лікарі є великою цінністю. Для держави і системи охорони здоров'я великі витрати і неможливість медичним персоналом якісно виконувати свої обов'язки внаслідок втоми або

інфікування коронавірусів є небажаними. Тому в разі збільшення заповнюваності ліжок, уряд вводить жорсткі реакційні заходи для зниження швидкості поширення Covid-19 знижується. Однак після досягнення оптимальних показників карантин послаблюється, і динаміка поширення починає рости.

Як уже було відзначено вище, число госпіталізованих з важкою формою коронавірусної інфекції є, на наш погляд основним фактором, яким керуються органи місцевої і державної влади для посилення або ослаблення карантинних заходів, що тягне за собою зниження або збільшення швидкості поширення COVID-19.

Як було відзначено, існує кореляція між тяжкістю перебігу і вірулентністю збудника. Варто нагадати, що існує два фактори, за допомогою яких визначається ця властивість патогена. Перший фактор це мікробіологічні властивості інфекційного агента, а другий-екзогенні чинники, тобто стан організму: наявність різних патологій, стан імунної системи і т. д. Найчастіше ключовим виявляється саме другий фактор і чим стан організму гірше, тим вище вірулентність, а таким чином шанси перехворіти на тяжку форму COVID-19 підвищуються. Соціальні чинники робить прямий вплив на організм, в тому числі і на його можливість чинити опір інфекції. Для доказу цього явища, нижче ми привели і проаналізували дві кореляції [15]:

- 1) рівень медичної грамотності - ступінь тяжкості захворювання;
- 2) стиль життя - ступінь тяжкості захворювання;

Рівень медичної грамотності - ступінь тяжкості захворювання.

Згідно з даними досліджень, рівень медичної грамотності, зокрема, української молоді, є досить низьким, нашим респондентам властиво займатися самолікуванням, самостійно набуваючи медичні препарати, в тому числі противірусні, ґрунтуючись на інформації з інтернету, або рецептах, виписаних лікарем, які знаходяться в медичній карті, а 61% респондентів не звертається за медичною допомогою у разі незначного погіршення самопочуття. Як зазначалося раніше, COVID-19 протікає, в більшості випадків, в легкій формі.

Вона характеризується незначним погіршенням самопочуття, симптоматика ідентична ГРІ, яким не раз хворіли українці, крім того вона дуже схожа на алергію.

Таким чином, люди не надають ніякого значення свого самопочуття, ведуть активний спосіб життя-ходять на роботу, навчання, відвідують розважальні заходи і судячи з нашими спостереженнями не вдягають маску, яка здатна стримати інфіковану слину і запобігти передачі інфекції. Даним поведінкою індивіди не тільки інфікують інших, в тому числі людей з хронічними захворюваннями, імуносупресивними станами, які є найбільш уразливими, а й піддають себе ризику суперінфекції і вторинної інфекції, які можуть погіршити стан хворого, що спричинить його госпіталізацію. Таким чином, у людей з низькою медичної грамотністю існує помірний ризик важкої форми, а не дотримання протиепідеміологічних заходів призводить до інфікування осіб, у яких висока вірулентність коронавіруса вкрай імовірна [16].

Стиль життя індивідів диктується нормами, соціокультурними цінностями, соціальними установами, які набуваються, як відомо, внаслідок процесу соціалізації. Одними з акторів вторинної соціалізації колеги по роботі, від яких людина, засвоюючи цінності і норми поведінки набуває рис, які властиві соціо-професійній групі, до якої він себе відносить.

Соціальний портрет членів соціально-професійних груп, одну з яких можна віднести до нижчого-нижчого класу, а іншу до вищого-середньому дуже різняться, а отже і стилі життя у них різні, що впливає на організм, а отже і на вірулентність коронавіруса :

Наприклад: низькокваліфікований робочий. Низька зарплата обумовлює посередню якість продуктів харчування. Розваги, які вимагають суттєві витрати (кіно, ресторани, театри), йому доступні дуже рідко, крім того, його норми і цінності дозволяють зводити свої дозвільні практики до вживання, у великих кількостях, алкогольних напоїв.

Через неякісну їжі робочий досить часто хворіють на кишкові інфекції, які найчастіше бактеріальної етіології, а значить, лікуються антибіотиками. Їх

безконтрольне вживання, яке може мати місце бути (наш робочий, швидше за все не грамотний в сфері медицини) тягне за собою дисбаланс між грампозитивної (корисні: лактобактерії) і грамнегативної (умовно-патогенними бактеріями) мікрофлорою. Дана патологія призводить до потужної імунної відповіді, внаслідок якого бактеріальні клітини розпадаються і в навколишнє середовище вивільняються ендотоксини, які можуть потрапити в системний кровообіг. Варто зауважити, що у всіх людей в кишечнику присутні умовно-патогенні мікроорганізми, і вони щомиті руйнуються, виділяючи токсин, проте його порівняно небагато [17].

Навіть якщо вони потрапляють у кровообіг, то швидко видаляються звідти клітинами моноуклеарно-макрофагоцитарної системи (клітинами Купфера), які локалізуються в печінці. Однак в ситуації нашого персонажа, бактеріальні токсини, спільно з алкоголем впливають на ці клітини, викликаючи їх дисфункцію, яка полягає в підвищенні їх секреторної функції і подальшого вивільнення великої кількості прозапальних медіаторів, які в свою чергу викликають альтерацію тканин печінки, а як наслідок запалення, тобто цироз. Втім, алкоголь і сам може викликати цю патологію, без допомоги бактеріальних токсинів.

Так само слід згадати інші захворювання, що виникли через стиль життя. Наприклад: венеричні, якими наш персонаж міг інфікуватися внаслідок безконтрольних незахищених статевих контактів. Так само в загальну «скарбничку» слід додати можливі хронічні захворювання і т. д. Все це призводить до значного ослаблення імунної системи, а як наслідок, підвищують вірулентність коронавірусу і, в результаті, тяжкості захворювання. Крім того, патологія печінки, яка була описана раніше, призводить до нестачі протромбіну, який є ключовим фактором коагуляції. Саме завдяки перетвореній з протромбіну, під впливом фактора коагуляції (Ха) тромбіну, формується щільний тромбоцитарний тромб і фібриновий згусток, які припиняють кровотечу. Дефіцит протромбіну, а в результаті і тромбіну призводить до кровотеч. З огляду на те, що важка форма перебігу характеризується

гематогенної генералізацією інфекції, і як наслідком деструктивним впливом коронавірусу на стінки судин мікроциркуляторного русла, нестача протромбіну значно ускладнює стан пацієнта, так як починаються кровотечі і в наслідок, зменшуються шанси хворого на виживання.

Таким чином, ймовірність важкої або навіть вкрай важкої форми перебігу COVID-19 у людей, зі схожим стилем життя з вище описаним, вкрай висока. З огляду на те, що таких людей в Україні не мало, то, дані випадки мають значний вплив на карантинні заходи [18].

Розглянувши, яким чином коронавірус може протікати у представників нижчого класу, слід спрогнозувати ступінь вірулентності у представників середнього класу. Ми вирішили вибрати класичних представників даної страти - викладачів ВНЗ.

Що стосується доходів даної професійної групи, то в провінційних вищих навчальних закладах - це близько 12 тисяч гривень, в столичних незначно вище, проте викладачі мають у своєму розпорядженні більш значними фінансами, ніж низькокваліфікований робочий, а значить мають доступ до продуктів харчування вищої якості, а значить ризик захворіти будь-якими кишковими інфекціями у них незначний, але з огляду на велику зайнятість, у них не завжди буває час на повноцінне харчування, їм доводиться задовольнятися перекушуваннями, які можуть стати причиною патологій шлунково-кишкового тракту, але вплив їх на загальний стан організму навряд чи буде.

Відносно дозвіллевих практик, то навіть якщо у них немає грошей, то соціокультурні цінності і норми поведінки не дозволять їм вживати алкогольні напої, крайньою мірою, часто і у великих кількостях. Єдине, що викликає у нас занепокоєння - це їхня щоденна робота з великою кількістю людей, часом в погано провітрюваних аудиторіях / кабінетах з малою площею. Дані умови-це ідеальний плацдарм для поширення інфекцій, що передаються повітряно-крапельним шляхом.

Цілком можливо, що в разі легкої форми коронавірусної інфекції, до офіційного першого випадку інфекції викладачі могли активно обмінюватися

мікрофлорою верхніх дихальних шляхів, інфікуючи людей, і отримуючи суперінфекції, яка може привести до важкої форми. У викладачів ВНЗ, внаслідок їх стилю життя ситуація набагато краще, ніж у робітників, а тому ймовірність важкого перебігу захворювання, за умови відсутності різних первинних захворювань можна оцінити, як середня [15].

Вище наведені приклади демонструють явну і безумовну кореляцію між медичними і соціальними чинниками, їх вплив на швидкість поширення COVID-19, а так само можливість прогнозування ступеня тяжкості захворювання представників різних соціальних груп, ґрунтуючись на аналізі їх стилю життя і рівня медичної грамотності. Так само ми показали вплив соціальних чинників на швидкість поширення COVID-19.

Проаналізувавши даний розділ можна зробити такі висновки:

- 1) медична грамотність населення впливає на швидкість поширенням інфекції;
- 2) стиль життя впливає на вірулентність збудника, а отже на тяжкість захворювання, а кількість важких або легких випадків впливає на швидкість поширення COVID-19 по засобом посилення / пом'якшення карантинних заходів.

2.2. Інституційні чинники впливу на стиль життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні

Крім властивостей збудника, а так само особливостей перебігу захворювання, ще одним фактором, що впливає на швидкість поширення інфекції, є медична система. Система охорони здоров'я України на ранніх етапах пандемії справлялася досить добре. Двадцять п'ятого лютого, тобто до першого офіційного випадку захворювання був розроблений протокол, який містить алгоритми дій при виявленні хворих коронавірусною інфекцією, рекомендації з приводу профілактики та лікування. По всій території України був введені жорсткі карантинні заходи, але вони були введені вже після офіційно перших випадків захворювання, що на наш погляд є помилкою.

Як уже зазначалося, головною перевагою захворювання, є його переважне протікання в легкій, безсимптомній і помірній формах. За такого перебігу COVID-19 симптоми ідентичні з ГРІ, якими зазвичай хворіють мешканці України [19].

При таких проявах захворювання індивіди можуть не звертатися за медичною допомогою, займатися самолікуванням, «списуючи» кашель і нежить на звичайну «застуду» не думаючи про те, що можуть бути інфікованими sars-cov-2. Навіть якщо індивід з даними симптомами звертався за лікарською допомогою, то йому призначалися стандартні при таких проявах медикаменти. Так само в даній ситуації лікарні стають пунктом активного зараження людей, хоча б з тієї причини, що в українців немає звички при кашлі, як одного з головних симптомів інфекцій верхніх дихальних шляхів, надягати маски або респіратори, які за допомогою затримки слини з вірусом, могли б оберегти оточуючих від інфікування.

Крім того і на початку пандемії і зараз, завдяки деяким ЗМІ серед українців стала популярна думка про те, що коронавіруса не існує і його придумали з якоюсь метою. При таких умовах можна зробити висновок, що 3 березня-не справжня дата початку епідемії коронавірусної інфекції в Україні. Насправді до цього часу COVID-19 вже успішно поширювалося по країні, однак цей факт не був зафіксований, внаслідок описаних вище причин.

Жорсткі карантинні заходи, які були введені по всій країні з 11 березня були досить ефективними, так як змогли знизити швидкість поширення захворювання, проте термін їх дії постійно збільшували до того моменту, коли вже продовження локдауна могло серйозним чином позначитися на економіці держави. Причиною збільшення часу дії жорстких карантинних заходів були зростання кількості інфікованих і випадків важких форм перебігу захворювання, деякі з яких закінчувалися летальним результатом.

Крім властивостей збудника, незадовільного стану імунітету, наявності патологій, важкі форми перебігу, на наш погляд так само пов'язані з

протиепідеміологічними рекомендаціями в медичному протоколі від 25.02.2020 року.

Ми б хотіли звернути увагу на один пункт з цього документа: «Пацієнти і спільно проживаючі особи інформуються: про особисту гігієну, основні заходи профілактики хвороби, як максимально безпечно доглядати за підозрюваним інфікованим членом сім'ї і запобігати поширенню хвороби при побутових контактах» [20].

Ми позитивно ставимося до інформування людей, але максимально безпечно доглядати за пацієнтом і уникати поширення COVID-19 в побутових контактах, досить складно через життєвих реалій деяких українців. В однокімнатній квартирі неможливо дотримуватися соціальну дистанцію тобто обгородити себе від хворого. Так само для того, щоб звести ризик зараження до мінімуму при догляді за хворим, необхідно, щоб всі дії були відпрацьовані «до автоматизму», для чого має пройти певний час, а поки цього немає, люди допускають помилки, збільшуючи ризик інфікування. У разі, коли всі члени сім'ї хворіють і живуть в одній кімнаті, наприклад – це створює ідеальні умови для суперінфекції.

Суперінфекція – це вторинне інфікування одним і тим же збудником до закінчення первинного захворювання. Даний процес погіршує становище пацієнта і може привести до важких форм перебігу COVID-19 з можливим летальним результатом, а збільшення важких форм, як уже зазначалося, призвело до продовження жорсткого карантину. Ми думаємо, що в випадках, коли медичні працівники спостерігають, що в силу житлових умов індивіди не можуть максимально безпечно доглядати за хворим, то була б можливою ізоляція один від одного всієї родини в лікарнях.

Звичайно ж, цей захід спричинив за собою фінансові витрати, але, тим не менш, це б знизило кількість важких форм, а отже летальних випадків; зменшило витрати на покупку препаратів, кисневих балонів для ІВЛ, а так само знизило б час перебування країни під жорсткими карантинними заходами, що в свою чергу сприятливо б позначилося на економіці України, що означало можливість

повторного введення жорстких заходів, в разі різкого збільшення захворюваності [21].

Після локдауна був введений адаптивний карантин, яким привів до різкого збільшення кількості хворих, а отже важких форм і летальних випадків, що в свою чергу завдало сильного удару по системі охорони здоров'я країни. У відповідь на це пішли реакційні заходи, і карантинні обмеження були посилені, що незначно знизив швидкість поширення. На даний момент, через мутації коронавірусу і збільшення його патогенності і контагіозності, кількість випадків, в тому числі важких знову почали зростати, що привело до ще більш жорсткого карантину.

На основі проведеного нами аналізу дій системи охорони здоров'я і уряду можна зробити висновок в їх недалекоглядності. Ми думаємо, що такий масштаб поширення, який спостерігається на даний момент, тобто більше 10 000 інфікованих щодня з великою кількістю важких форм вони не могли собі уявити.

Проаналізувавши властивості коронавірусу, особливості перебігу захворювання можна сказати, що в Україні шансів уникнути епідемії не було, безсимптомна і легка форма перебігу захворювання, по суті, робить його, можна сказати, невидимим до перших важких випадків і смертей. Однак слід зазначити, що можна було знизити кількість важких випадків, якби змінили пункт в протиепідеміологічної протоколі, в якому написано про ізоляція, хворих зі здоровими. Необхідно було:

- 1) ізолювати інфікованих з легкою формою і їх співмешканців в розгорнутих військових і польових госпіталях (наметових містечках);

- 2) організувати двотижневі курси підготовки людей, які будуть здійснювати догляд за хворими, для того, щоб не створювати дефіцит медичного персоналу;

- 3) провести тест на коронавірус у співмешканців хворих, в разі негативного результату відпустити додому [22; 23; 24].

Таким чином, хворі отримували б більш-менш кваліфікований догляд, не піддаючи себе і своїх співмешканців ризику суперінфекції, а значить і можливого важкому перебігу захворювання.

Проаналізувавши підрозділ ми прийшли до висновку, що в протиепідеміологічних протоколах є помилка, яка вплинула на кількість важких випадків і смертей засобом суперінфекції, тобто вторинного інфікування тим же збудником, що і при первинному зараженні до його зникнення з організму.

2.3. Соціальні чинники впливу на стиль життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні

Для того, щоб виявити тенденції поширення коронавіруса ми, за допомогою STEEP-аналізу виділили політичні, економічні, соціальні та технологічні фактори зовнішнього середовища, і обґрунтували їх вплив на поширення захворювання.

Соціальні. 1. Безробіття: Запоріжжя – це індустріальне місто, отже багато людей, працюючи на заводі, отримують дуже малу зарплату, до цієї ж категорії відносяться: молоді люди у віці від 18 до 25 років, які в більшості своїй досить бідні; індивіди, які втратили роботу, і змогли влаштуватися працювати за низьку заробітну плату, або ж задовольняються непостійними заробітками, а в слідстві кризової економічної ситуації в Україні, через яку постійно зростають ціни, ситуація ще більше погіршується. Нестача коштів, стрес від відсутності або втрати роботи, призводить до:

1) вживання дешевих продуктів сумнівної свіжості, як наслідок патології шлунково-кишкового тракту;

2) розпивання алкоголю і паління - патології шлунково-кишкового тракту, нервової, дихальної та імунної систем.

3) Стрес призводить до проблем з нервовою системою [25;26].

Тобто всі три вище зазначених фактора негативно впливають на стан організму, що є одним з ключових аспектів у визначенні вірулентності (ступеня хвороботворності) збудника, яка корелюється з тяжкістю перебігу захворювання

(чим вище вірулентність, тим вище тяжкість і навпаки). Збільшення випадків протікання COVID-19 у важкій або помірно-важкій формі спричинить за собою нові карантинні заходи, які нададуть вплив на поширення інфекції.

2. Низька медична поінформованість: Внаслідок низького рівня медичної грамотності у людей виникає скепсис в тому, що коронавірусної інфекція – це небезпечне захворювання, що коронавірус взагалі існує. В результаті – повне ігнорування необхідності носіння захисних масок, в тому числі їх не носять люди, у яких є симптоми ГРЗ (кашель, нежить, субфебрильна температура (до 38 градусів) або без неї), які до того ж, по видимому, негативно ставляться до практики самоізоляції. Все це призводить до поширення захворювання.

Технологічні. 1. Інтернет: В інтернеті є величезна кількість джерел, де є інформація про коронавіруси, доступна для розуміння всім. Дуже часто вона є неправдивою і навіть шкідлива, наприклад: на деяких сайтах пишеться, що такого вірусу не існує, або ж від COVID-а захистять і вилікують методи народної медицини, якісь препарати або ж зовсім релігійні або магічні практики. Внаслідок низького рівня критичного сприйняття і медичної грамотності люди в це вірять, що призводить успішному поширенню інфекції [27].

Економічні. 1. Економічна криза.

2. Низькі доходи населення: Запоріжжя – це індустріальне місто, отже багато людей, працюючи на заводі, отримують дуже малу зарплату, до цієї ж категорії відносяться: молоді люди у віці від 18 до 25 років-які в більшості своїй досить бідні; індивіди, які втратили роботу, і змогли влаштуватися працювати за низьку заробітну плату, або ж задовольняються непостійними заробітками, а в слідстві кризової економічної ситуації в Україні, через яку постійно зростають ціни, ситуація ще більше погіршується. Нестача коштів, стрес від відсутності або втрати роботи, призводить до:

1) вживання дешевих продуктів сумнівної свіжості, як наслідок патології шлунково-кишкового тракту;

2) розпивання алкоголю і паління – патології шлунково-кишкового тракту, нервової, дихальної та імунної систем.

3) Стрес призводить до проблем з нервовою системою.

Тобто всі три вище зазначених фактори негативно впливають на стан організму, що є одним з ключових аспектів у визначенні вірулентності (ступеня хвороботворності) збудника, яка корелюється з тяжкістю перебігу захворювання (чим вище вірулентність, тим вище тяжкість і навпаки). Збільшення випадків протікання COVID-19 у важкій або помірно-важкій формі спричинить за собою нові карантинні заходи, які нададуть вплив на поширення інфекції.

Екологічні фактори. Робота заводів: Робота заводів призводить викиду величезної кількості хімічних речовин, які, потрапляючи в дихальні шляхи мешканців м Запоріжжя призводять до патологій, що збільшує ризик важких форм захворювання, а наслідок нові карантинні заходи, які вплинуть на поширення інфекції [28].

Політичні. 1. Адаптивний карантин: Введення адаптивного карантину значно прискорило поширення інфекції, так як маси людей переміщуються по місту, концентруються в різних розважальних закладах, в мікроавтобусах, до недавнього часу так же в навчальних закладах, на жаль, як правило без засобів захисту, що створює «ідеальні» умови для поширення патогена, що передається повітряно-крапельним шляхом.

2. Недовіра до політиків: Як показують емпіричні дослідження, більшість жителів Запоріжжя не довіряють владі. Тому вважають будь-яку форму карантину не потрібною, COVID-19 технологією. Дійсно коронавірус використовують, як технологію, але створення небезпеки і її перебільшення - це різні речі.

Так само не мало важливими факторами, що впливають на поширення COVID-19 є медичні фактори.

Властивості збудника і захворювання:

Збудник. SARS-CoV- n-2 належить до величезного сімейства коронавірусів, є РНК вірусом, завдяки чому дуже схильний до мутацій. Це може, як позитивно вплинути на поширення, так і негативно. Як і будь-які інші віруси, коронавірус довго жити в навколишньому середовищі не може: при максимально

сприятливих умовах живе 3 дні, що негативно впливає на поширення. Клітини в організмі господаря коронавірус вражає під час процесу реплікації, за допомогою антигенів, 3 з 4 локалізуються на його оболонці, завдяки одному з антигенів (білку spike g.) Патоген і отримав свою назву. Так само до альтерації призводять продукти розпаду клітин. Багато лікарів, які не є вірусологами і токсикологами говорять про якісь коронавірусних токсинах, але хочеться підкреслити, що вони помиляються, абсолютно всі віруси токсини не виробляє!

Опис захворювання. SARS-CoV- n-2 викликає захворювання COVID-19, яке може протікати в легкій, помірною, важкою і вкрай важкою формах. Так само можуть взагалі не проявитися симптоми, проте така людина все одно є контагіозним (заразний), що очевидний плюс для коронавіруса [29;30].

Легка форма: класичні симптоми назофарингіту: незначний нежить, кашель, слабка біль в горлі, температура або в нормі, або підвищення до 37 градусів.

Помірна форма: назофарингіт (нежить, інтенсивний кашель, біль у горлі, втрата чарівності і смакових відчуттів), температура (до 38 градусів або незначно вище), головний біль.

Важка форма: ті ж симптоми, що і в помірній формі + пневмонія (утруднене дихання, задишка), озноб, температура вище 39 градусів, потім ОРДС (дихальна недостатність).

Вкрай важка форма: всі симптоми, що при помірній, важкої формах + дистрес синдрому (дихальна недостатність), сепсис, потім важкий сепсис (сепсис (системна запальна реакція на інфекцію) + ДВС утворенню тромбів в органах на 1 і 2 стадії, на 3, 4 стадії крововиливу. + ПОН (дисфункцію органів), потім септичний шок, ураження центральної нервової системи (сильний головний біль, запаморочення, розлад свідомості, зміни психіки і т. д.).

Слід зазначити, що згідно зі статистикою переважає легка і помірна форма захворювання (80%), важка зустрічається в 17% випадків, на вкрай важку форму випадає всього 3%. Ці дані доводять, що хоч COVID-19, це серйозне захворювання, але тим не менше його вірулентність набагато нижче, ніж у всіх

інфекції, що входять в список особливо небезпечних, що сприятливо позначається на поширенні вірусу, адже якби летальність була б на рівні лихоманки Ебола наприклад (90%), то заходи, прийняті урядами всіх країн світу, нашим урядом, керівниками областей і міст України, в тому числі і Запоріжжя були б набагато більш жорсткими, ніж ті, які були раніше і є зараз [31].

Епідеміологія. Коронавірусних інфекція – це природно-осередкова інфекція, тобто спочатку SARS-CoV-2 циркулював в дикій природі, в популяції диких звірів, потім якимось чином він потрапив в людську популяцію. В Україні такого вогнища немає, що особливо буде негативно впливати на поширення коронавірусу в майбутньому.

Передача інфекції від людини до людини здійснюється повітряно-крапельний, повітряно-пиловий, контактний шлях передачі, а так само передача вірусу через предмети, контамірованні вірусом (на яких присутній вірус), може так само передаватися гематогенно (через кров), однак імовірність надзвичайно мала.

Відсутність скринінгових аналізів на коронавірус при проходженні медичного обстеження:

На даний момент в країні і в Запоріжжі скринінгових тестів на коронавірус при проходженні обов'язкових медичних обстежень не роблять. Проведення таких аналізів, на наш погляд, змогло б виявити людей з безсимптомним перебігом захворювання, а так само тих, хто хворіє в легкій формі, і, отже, дати їм вказівку ізолюватися, так як вони є заразними, тобто можуть передавати інфекцію іншим. Безумовно, цей фактор впливає на поширення коронавірусної інфекції, причому вплив це сприятливо.

Різні алгоритми дії для медичних працівників при підозрі на нову коронавірусну інфекцію:

Наказ Міністерство охорони здоров'я України від 23 лютого 2020 року, а так само більш ранній указ від 31 січня 2020 року визначає алгоритм дій медичних працівників у разі виявлення особи з підозрою на COVID-19:

1. Обов'язкова ізоляція хворих і членів їх сімей: люди з перебігом захворювання в легкій формі, без наявності у інфікованих різних хронічних захворювань, імунодефіцитів і т. д. ізолюються вдома. Суб'єкти з легкою формою, але при наявності вище перерахованого, або ж з помірною, важкою або вкрай важкою формою перебігу захворювання підлягають госпіталізації в стаціонар. Члени їх сімей зобов'язуються дотримуватися режиму самоізоляції.

2. Виявлення людей, які контактували з хворими. Моніторинг їх стану здоров'я і самоізоляція їхнього будинку, тести на коронавірус.

3. Моніторинг здоров'я медичних працівників, які працюють з хворими або ж які контактували з біологічними матеріалами пацієнтів.

4. Медичні працівники зобов'язані використовувати засоби захисту, при контакті з пацієнтами або їх біологічними матеріалами.

Виходячи з наведених пунктів, можна зробити висновок, що дані протоколи негативно впливають на поширення патогена [32;33].

Наявність костюмів біозахисту і володіння медиками навичок їх експлуатації: Медичні працівники, по своєму боргу знаходяться в зоні ризику інфікування коронавірусів. Так само, вони потенційно можуть стати носіями патогена, передаючи збудник. Тому наявність костюмів біо-захисту та їх правильне використання негативно впливає на поширення інфекційного агента.

Відсутність достатньої кількості обладнання в лікарнях, Недостатня кількість ліжко-місць:

Ні для кого не секрет, що в Україні не достатньо койко-місць, і дефіцит обладнання в Запоріжжі з цим така ж біда. Через це багатьох людей, яких треба було б відправити в стаціонар, що не госпіталізують, а тих, кого все таки доставляють в стаціонар не отримують належну допомогу, так як апаратури не вистачає, через це, виникає перспектива збільшення летальних випадків, що надасть негативний вплив на поширення коронавірусу через жорсткість карантинних заходів.

Прогноз. Пандемія COVID-19 без сумнівів впливає на глобальну економіку. Економічна криза в світі помітно позначається на Україні. Він

триватиме і в 2021 року. Звичайно криза впливає і надалі впливатиме на економічну ситуацію в м. Запоріжжя, що надасть певний вплив на поширення коронавірусної інфекції.

Економічна криза в 2021 році дуже негативно вплине на доходи населення. Багато людей поповнять ряди безробітних, а отже будуть гірше харчуватися, стрес від втрати роботи у деяких спричинить тягу до алкоголю та куріння. Все це вплине на імунну систему. Таким чином, у великій категорії населення міста Запоріжжя з'явиться потенційна можливість захворіти COVID-19 у важкій і вкрай важкій формі, а так як є дефіцит обладнання, койко-місць в лікарнях, то перспектива смерті у них буде досить істотна. Збільшення важких форм і смертності спричинить за собою жорсткий карантин, який хоч і вплине на поширення захворювання, але надасть негативний ефект на економіку, і криза стане ще сильнішою, а тому довго тримати країну і місто Запоріжжя в такому положенні не можна [30].

Крім того, скепсис з приводу існування коронавірусу у населення навряд чи пропаде плюс різке зниження доходів, зростання цін, безробіття ще більше розжарить ситуацію, і спричинить протести і мітинги, які призведуть до різкого збільшення хворих, що потягне за собою реакційні заходи, наприклад введення воєнного стану. Уряд України і міська влада зіткнуться зі складним рішенням: послабити карантин, і тоді третя хвиля, з досить значною смертністю або продовжити жорсткі заходи, тоді економіка може зруйнуватися.

На даний момент, поліпшення ситуації – це лише тимчасовий перепочинок, попередня хвиля пішла на спад через карантинні заходи, але в осені, після початку навчального року буде нова хвиля.

Попередити її могла б масова вакцинація, але вона проходить дуже повільно через недовіру до вакцини через низьку медичну грамотність і ця ситуація навряд чи зміниться.

Побудувавши прогноз ми прийшли до висновку, що пандемія навряд закінчиться в цьому році.

Отже, проаналізувавши даний розділ можна зробити такі висновки:

1) медична грамотність населення впливає на швидкість поширенням інфекції;

2) стиль життя впливає на вірулентність збудника, а отже на тяжкість захворювання, а кількість важких або легких випадків впливає на швидкість поширення COVID-19 по засобом посилення / пом'якшення карантинних заходів.

В протиепідеміологічних протоколах є помилка, яка вплинула на кількість важких випадків і смертей засобом суперінфекції, тобто вторинного інфікування тим же збудником, що і при первинному зараженні до його зникнення з організму.

Для того, щоб виявити тенденції поширення коронавіруса ми, за допомогою STEEP-аналізу виділили політичні, економічні, соціальні та технологічні фактори зовнішнього середовища, і обґрунтували їх вплив на поширення захворювання.

РОЗДІЛ 3.

ПРИКЛАДНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРАНСФОРМАЦІЇ СТИЛЮ ЖИТТЯ МОЛОДІ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ

3.1. Опитування як метод дослідження трансформації стилю життя та рівня медичної грамотності молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні

Широке коло методів збору первинної соціологічної інформації забезпечує можливість застосування їх до дослідження різномірних соціальних спільнот, отримання відповідей та розв'язання завдань дослідження.

Найбільш вживаними у дослідженні стилю життя молоді та її медичної грамотності є використання щоденників самопостережень, експертних опитувань та анкетних опитувань.

Міжнародними організаціями, зокрема ВООЗ, використовується вторинний аналіз статистичної інформації у глобальному вимірі. Так, зібрані дані по регіонам та країнам світу дозволяють отримати знання щодо структури захворюваності; уразливих категорій; рівнів одужання та смертності; факторів, що сприяють виникненню певної групи захворювань.

Аналіз вторинної статистичної інформації був у роботі застосований фрагментарно для порівняння деяких аспектів стилю життя та медичної грамотності та уточнення позиції України на даний час, але, з урахуванням специфічного сегменту об'єкту дослідження (студентська молодь) на досить помірною наявністю статистичних даних щодо потрібної категорії, був застосований частково [34;35;36].

Одним з популярних методів отримання первинної соціологічної інформації щодо самопочуття населення також використовуються щоденники самопостережень. Процедура передбачає відбір респондентів-волонтерів, які дають згоду та індивідуальна ведення щоденника протягом дня у певний відрізок

часу (в залежності від мети дослідження може коливатись від декількох днів до декількох місяців) [37].

Перевагами методу є отримання значного масиву деталізованої первинної інформації, інтерпретація якої може бути здійснена за допомогою застосування допоміжних методів – фокус-груп або соціологічних інтерв'ю. Метод як правило застосовується для уточнення перебігу хвороби та самопочуття та уточнення дозування ліків хворим.

Експертне опитування передбачає залучення фахівців у досліджуваній тематиці. В якості інформантів у даному випадку виступають висококваліфіковані спеціалісти, які висловлюють власну фахову думку. Експертне опитування є доцільним у наступних випадках: для побудови прогнозів розвитку певного явища, оцінки ступеня достовірності наявної інформації, збору попередньої інформації або в ситуаціях, коли масове опитування респондентів не є можливим. При вивченні зазначеної теми у якості експертів можуть виступати фахівці різних галузей: медичні працівники, дієтологи, тренери, фахівці з маркетингу [39;39].

З огляду на те, що тематика роботи стосується повсякденних та побутових практик, не викликає внутрішнього опору у респондентів, дозволяє досить швидко отримати необхідну інформацію, у роботі було використане соціологічне опитування у формі анкетування.

Соціологічне опитування є дієвим методом отримання первинної інформації безпосередньо від респондента про його схильності, практики, мотиви діяльності та думки. Сукупність отриманих даних дозволяє робити статистично значущі висновки, екстраполювати результати дослідження на певні спільноти, говорити про стійкість явища як на індивідуальному, так і на груповому рівні [40;41;42].

Розроблена та використана в роботі анкета містить як закриті, напівзакриті та відкриті запитання, які дозволять отримати максимум інформації від студентів. Застосування напівзакритих запитань обумовлене тим фактом, що використання повного переліку можливих відповідей респондента не є

можливим та доцільним, але вимагає попереднього припущення про те, що респондент може нетипову думку або є представником малочисельної групи; саме тому в запитаннях поруч з віялом соціально типових відповідей використаний варіант «інше».

Анкетування респондентів відбувається анонімно. Процес відповідей є індивідуальним та не передбачає наявності третіх осіб, які могли б вплинути на його результати. Такі строки дозволили отримати інформацію, яку можна співвіднести з конкретним періодом часу, та попередили розповсюдження можливих чуток та викривлень інформації, пов'язаної з його проведенням.

Об'єктивність отриманої інформації забезпечувалась добровільною участю респондентів в анкетуванні та тематикою дослідження, яка пов'язана з повсякденними практиками, які не мають яскраво вираженого особистісного, релігійного або політичного забарвлення. Самостійне прийняття рішень щодо власного здоров'я, досягнення повноліття та розпорядження фінансовими витратами забезпечують необхідну компетентність у тематиці дослідження.

Використання закритих та напівзакритих запитань дозволяє більш суворо інтерпретувати відповідь завдяки тому, що межі співвіднесення оцінок та суджень є заданими респонденту ззовні. Але респондентові залишається можливість висловлювання власних суджень та коментарів з тематики опитування [40;42].

Поєднання фактологічних питань з питаннями суб'єктивного ставлення дозволяє не тільки виявити конкретні факти та практики, але й отримати їх суб'єктивну оцінку та коректно інтерпретувати. З метою попередження асиметричного розподілу відповідей на питання, в анкеті не були використані оціночні судження, пов'язані зі знаннями та уміннями респондентів.

Структурно анкета розбита відповідно до методики її складання та містить преамбулу, загальний блок запитань, які відповідають завданням, окресленим у програмі дослідження, соціально-демографічний блок та подяку респондентові.

Преамбула анкети містить її тему, звернення до респондента, прохання щодо участі в опитуванні та інструкцію з її заповнення. Питання №№1-4

стосуються специфіки звернення респондента до медичних установ; №№5-9 – особливостей придбання та застосування медичних засобів; №№10-13 – сприйняття реклами медичних препаратів; №№14-16 – практик підтримки здоров'я; №№17-27 – медичної грамотності; №№27-36 – соціально-демографічних характеристик респондентів.

Отже, для дослідження стилю життя та медичної грамотності у житті молоді використовуються методи аналізу вторинних даних, ведення щоденників самопостереження, експертного опитування та анкетного опитування. З огляду на те, що тематика роботи стосується повсякденних та побутових практик, не викликає внутрішнього опору у респондентів, дозволяє досить швидко отримати необхідну інформацію, у роботі було використане соціологічне опитування у формі анкетування.

3.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження трансформації стилю життя та рівня медичної грамотності молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні

У проведенні дослідження взяло участь 382 студенти університету (загальна кількість у виші – 15,600), які представляли всі факультети. Вибіркова сукупність є репрезентативною за критеріями приналежності до певного факультету, форми навчання та статі. Серед респондентів 38% склали чоловіки, 62% – жінки. Дана статева асиметрія обумовлена наявністю так званих «чоловічих» та «жіночих» спеціальностей у навчальному закладі. Стосовно джерела фінансування навчання, то за кошти фізичних осіб навчаються 72%, держави – 26%, юридичних осіб – 2% студентів.

На запитання першого блоку анкети щодо специфіки звернення респондента до медичних установ були отримані такі відповіді:

1) самооцінка стану здоров'я за п'ятибальною шкалою показала, що 13,4% – повністю задоволені станом власного здоров'я; 47,6% – скоріше задоволені; 30,6% – в цілому задоволені; 6,8% – скоріше незадоволені; 1,6% – повністю незадоволені.

2) у разі відчуття погіршення стану здоров'я до лікаря звертаються 19,6%, не звертаються – 80,4%;

3) серед причин нехтування зверненням до лікаря називають: відчуття погіршення здоров'я як «незначного» – 60,5%; витрачання значної кількості часу на запис та відвідування лікаря – 36,6%; відсутність часу – 30,4%; недовіру лікарям – 21,2%; знання популярних засобів лікування, які допомагали респонденту або родичам у минулому – 20,9%; серед варіантів, запропонованих респондентами, були – наявність лікарів у родині; страх почути погані відомості про стан здоров'я; побоювання, що наявних коштів не вистачить на повноцінне лікування.

4) серед причин, які обумовлюють обов'язкове звернення до медичного закладу, перераховуються такі: травма та нещасний випадок – 86,1%; порушення дихання – 71,5%; гострий больовий синдром – 66,2%; кровотеча – 61,8%; висока температура – 54,5%; алергічна реакція – 39,5%; укуси комах та тварин – 32,5%; серед варіантів, запропонованих респондентами, були – психічні порушення, необхідність отримати медичну довідку; вагітність.

На запитання другого блоку анкети стосовно особливостей придбання та застосування медичних засобів респонденти повідомили таке:

5) стосовно медичних засобів, які доводилось купували в аптеці, не звертаючись за консультацією до лікаря: знеболювальні засоби – 74,3%; протикашлеві засоби – 73%; жарознижуючі засоби – 70,7%; противірусні препарати – 63,9%; вітаміни – 48,5%; препарати для лікування захворювань шлунково-кишкового тракту – 41,1%; протизапальні засоби – 40,6%; антибіотики – 35,3%; антигельмінтні засоби – 9,7%; серед варіантів, запропонованих респондентами, також зустрічаються заспокійливі засоби.

6) суб'єктивна оцінку часу, яку в середньому проводить респондент в аптеці: до 5ти хвилин – 58,4%; 5-15 хвилин – 36,9%; до 30 хвилин – 2,2%; більше 30 хвилин – 2,2%.

7) засоби народної медицини, якими доводилось особисто користуватись: гарячі напої – 88,2%; компреси – 55%; вживання цибулі та часнику – 42,4%;

лікування травами – 41,9%; саморобні настоянки – 8,1%; медичні банки – 7,1%; БАДи – 7,1%; серед варіантів, запропонованих респондентами, також зустрічаються примус з боку батьків.

8) суб'єктивна задоволеність ефективністю засобів народної медицини після їх застосування: повністю задоволені – 12,8%; скоріше задоволені – 36,6%; в цілому задоволені – 36,1%; скоріше незадоволені – 10,7%; повністю незадоволені – 3,7%.

9) референтні особи та джерела інформації при покупці лікарських засобів: лікар – 84,8%; особистий досвід 66%; родичі/друзі – 49,7%; провізор – 29,1%; інформація, отримана з рекламних повідомлень – 25,1%; засоби, викладені на полицях/стендах – 1,8%,

На запитання третього блоку щодо сприйняття реклами медичних препаратів було виявлено, що:

10) довіряють рекламі медичних препаратів – 14,7% респондентів, не довіряють – 85,3%;

11) одразу згадали реклами таких медичних препаратів: «НО-ШПА» – 66%; «АЦЦ» – 64,7%; «Нурофен» – 52,4%; «Нокспрей» – 48,9%; «Лазолван» – 40,6%; «Цитрамон» – 38,7%; «Солпадеїн» – 38,2%; «Фервекс» – 38%; «Аміксин» – 35,5%; «Гепабене» – 28,3%; «Отривін» – 20,4%; «Цетрин» – 18,1%; серед варіантів, запропонованих респондентами, також зустрічаються «Мезим», «Анаферон», «ДУФАЛАК».

12) причиною, яка приляла запам'ятовуванню реклами, була: часта повторюваність – 83,5%; досвід використання препаратом – 36,4%; музичний супровід – 34,3%; кольорове оформлення – 19,6%; позитивна особиста реакція – 9,7%; негативна особиста реакцію – 4,7%; цікаві головні герої – 3,9%.

13) наявність діагностованого у респондента хронічного захворювання: 33,8% – позитивна відповідь; 66,2% – негативна.

На четвертий блок запитань про практики підтримки здоров'я отримана така інформація:

14) щодо регулярності зайняття фізичними вправами (із розрахунку на тиждень): майже кожен день – 15,2%; 2-3 рази на тиждень – 23,3%; 1-2 рази на тиждень – 21,5%; 1 раз на тиждень – 4%; займаюсь зрідка – 32,2%; майже ніколи – 3,8%.

15) вживаними практиками слідкування за власним харчуванням є: уникання шкідливої їжі – 63,6%; дієта – 47,6%; дотримання загальних принципів здорового харчування – 16%; контроль співвідношення білків/жирів/вуглеводів – 11%; спеціалізований додаток у мобільному телефоні – 10,5%; контроль за спожитими калоріями – 6%;

16) практики контролю стану здоров'я: збалансоване харчування – 47,6%; заняття спортом – 45,3%; вживання вітамінів – 45%; відсутність докладання цілеспрямованих зусиль – 27,2%. регулярні медичні обстеження – 18,8%.

На питання п'ятого блоку щодо медичної грамотності, були отримані такі відповіді:

17) суб'єктивна оцінка рівня власних медичних знань: висока – 4,7%; середня – 64,4%; низька – 30,9%;

18) читання медичної літератури: популярні видання – 46,1%; навчальні видання – 36,6%; наукові журнали – 34%; монографії – 6,5%; серед варіантів, запропонованих респондентами – «ніяку», «Інтернет», «інструкції до ліків»;

19) обрання медичного засобу у разі наявності симптомів застуди: протівірусний препарат – 74,9%; протівірусний препарат та антибіотик – 27,5%; антибіотик – 9,9%; засоби народної медицини – 14,1%;

20) обрання при застуді ліків, які містять на упаковці напис «протівірусний» або «антибактеріальний»: придбають – 18,1%; не придбаються – 51,6%; складнощі з відповіддю – 30,4%;

21) покупка захисних засобів з початку епідемії Covid-19: маска – 94,8%; вітаміни для імунітету – 51,6%; рукавички – 44,2%; протівірусні препарати – 41,9%; антибіотики – 22,5%; медичні окуляри – 2,4%; відмова від покупок – 1,8%. медична шапочка – 1,6%;

22) дії при прояві симптомів захворювань: звернення до лікаря – 72,5%; опора на власний досвід – 41,9%; звернення до родичів – 38,2%; опора на популярну медичною літературою – 6,3%;

23) чи можливо захиститись від коронавірусу за допомогою медичної маски: так – 4,9%; ні – 81,2%; складнощі з відповіддю – 13,9%;

24) джерела отримання інформації про захворювання: соціальні мережі (Instagram, Facebook, Twitter, Telegram) – «дуже часто» 47%; статті з інформаційних сайтів – «іноді» 36,6%; друзі, родина – «часто», 41,2%; телебачення – «дуже рідко», 35%; радіо – «дуже рідко», 95%; друковані видання – «дуже рідко», 83,5%; урядові сайти, наукові статті – «дуже рідко», 22% (представлені значення максимальних виборів респондентів);

25) рівень задоволеності якістю медичних послуг у місті: повністю задоволені – 2,5%; скоріше задоволені – 14,9%; в цілому задоволені – 27,7%; скоріше незадоволені – 12,5%; повністю незадоволені – 5,2%;

26) самостійне визначення діагнозу: позитивна відповідь – 53,9%; негативна – 46,1%.

27) джерела інформації про коронавірус: інформація з Інтернету – 84%; офіційні повідомлення МОЗ України – 69,1%; телебачення – 33,5%; інформація від родичів та знайомих – 24,9%; друковані ЗМІ – 5%.

В рамках дослідження була також додаткова здійснена перевірка залежностей на критерій χ^2 , яка показала таке:

1) залежність менше 0,05 (що свідчить про відсутність статистично значущого зв'язку між змінними): між задоволеністю станом здоров'я та зверненням до фахівця у разі погіршення самопочуття; між задоволеністю станом здоров'я та довірою до реклами медичних препаратів; між задоволеністю якістю медичних послуг та практиками самостійного визначення діагнозу; між рівнем матеріального благополуччя та своєчасним зверненням до лікаря. На нашу думку, на увагу привертає відсутність статистично значущої залежності між рівнем матеріального благополуччя та своєчасним зверненням до лікаря, адже підвищення добробуту надає можливість користуватись послугами приватних

закладів та уникнути ряду проблем, які були зазначені респондентами основні (брак часу, складна процедура запису). Можливо, це також пов'язано з загальним рівнем медичної грамотності та опорою на практики народної медицини, користування якими зазначила більша частина опитаних;

2) залежність більше 0,1 (що є свідченням наявності статистично значущого зв'язку між змінними), який був зафіксований між наявністю хронічних захворювань та практиками контролю стану здоров'я та рівнем матеріального благополуччя та практиками контролю стану здоров'я. На нашу думку, у першому випадку наявність статистично значущого зв'язку за критерієм χ^2 обумовлена, на нашу думку, об'єктивними обставинами, пов'язаними з діагностованим хронічним захворюванням, яке вимагає дотримання режиму для збереження якості життя. У другому випадку – бажанням підтримки належного рівня високої фізичної та соціальної активності.

3.3. Рекомендації щодо подолання негативних наслідків трансформації стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні

Щодо самооцінки стану власного здоров'я, то 91,6% оцінюють його позитивно. У разі відчуття погіршення здоров'я звертається до лікарів лише п'ята частина респондентів.

Серед причин нехтування зверненням до лікарів як провідні визначають: витрачання часу, відчуття погіршення здоров'я як «незначного», знання популярних засобів лікування, які допомагали респонденту або родичам у минулому. Отримані відповіді свідчать по-перше, про неготовність до певного порушення ритму повсякденного життя та складнощів, пов'язаних зі зверненням до офіційних установ; по-друге – про сильний авторитет усної передачі інформації та опору да досвід близького оточення. Окремо слід виділити мотивацію, пов'язану зі страхами та економічним аспектом лікування. Питання стосовно причин, які обумовлюють обов'язкове звернення до медичного закладу, містило перелік невідкладних медичних станів, а відповіді респондентів

свідчать, що більш, ніж половина знає про їх існування та усвідомлює потенційну загрозу життю та здоров'ю.

Серед засобів, які самостійно купуються в аптеці, перше місце посідають знеболювальні засоби, що, з урахуванням низького показника звернення до лікаря, є свідченням тенденції до симптоматичного лікування; інші зазначені категорії препаратів (протикашлеві, жарознижуючі, противірусні, препарати для лікування захворювань шлунково-кишкового тракту, антибіотики) відносяться до тих, які має призначати лікар, але вони купуються самостійно та безконтрольно. З урахуванням того, що частина з них має відпускатись за рецептом лікаря – постає додаткове питання щодо контролю за вільним продажем лікарських засобів. Також слід відмітити звернення до засобів народної медицини, що є свідченням бажання поєднати одночасно сучасну медицину та прості засоби лікування, але без фахової консультації лікаря. Причому суб'єктивний рівень задоволеності від їх ефективності є високим.

Як референтних осіб у придбанні медичних засобів студенти визначають лікарів, але на практиці майже до них не звертаються при погіршенні самопочуття. Також є сильними позиції інформації, отриманої від близького оточення та у власному досвіді.

Власне низька довіра до реклами медичних препаратів не зменшує активність у їх придбанні. Серед тих засобів, рекламу яких респонденти могли швидко згадати, більшу частину складає перелік ліків, які має призначати фахівець. Повторюваність та особистий досвід користування в якості провідних причин запам'ятовування реклами медичних препаратів можуть свідчити про зв'язок між рекламним повідомленням та подальшою дією щодо його придбання. Щодо практик підтримки здоров'я, то більша частина респондентів відмічає регулярні заняття фізичними вправами, намагання уникнути вживання шкідливої їжі та слідування діетам.

Суб'єктивну оцінку власним медичним знанням як високу та середню надають 69,1% респондентів. Причому джерелом їх знань виступають (за частотою відповідей) популярні видання та ресурси Інтернету. Тобто вони

розглядають їх як достатні для того, щоб прийняти рішення щодо власного здоров'я. Одночасно зберігається тенденція до значного впливу написів «антибактеріальний» та «противірусний» на ліках, які купуються самостійно, без призначення лікаря під час застуд, що з боку світової практики є неприпустимим. Серед джерел отримання інформації про коронавірус респонденти відзначили сайт МОЗ як одне з основних джерел, а серед засобів – захисні маски та рукавички. За результатами дослідження підтвердилась основна та перша допоміжна гіпотези, у той час як друга допоміжна гіпотеза була спростована.

За результатами дослідження можна сформулювати декілька проблем, які потребують вирішення:

1) підвищення рівня обізнаності молоді щодо побічних ефектів та наслідків неконтрольованого прийому медичних препаратів, які мають прийматись виключно за призначенням лікаря;

2) розгляд питання щодо скорочення часу, який витрачається на запис та прийом у лікаря (як основна відзначена причина відмови його відвідування);

3) сприяння використанню якісних ресурсів сучасної медичної інформації.

У відкритих питаннях, пов'язаних з повсякденними практиками, які найсуттєвіше вплинули на життя, молодь зазначає:

1) перебування довгий час в обмеженому просторі з рідними, що суттєво підвищує рівень конфліктної взаємодії та потребує зміни практик, пов'язаних із розпорядком дня;

2) проблеми, пов'язані з веденням здорового способу життя, адже малорухомий стиль життя під час карантинних обмежень впливає на харчові звички та вагу;

3) втрата навичок реального спілкування у зв'язку з тим, що обмін текстовими повідомленнями та комунікація у соціальних мережах мають свою специфіку не відображають у повній мірі спілкування у реальному житті;

4) перенос навчальної активності в опосередковану форму та втрата якості навчання та частини активного студентського життя;

- 5) відсутність можливості подорожувати та набувати реальний новий досвід;
- 6) серед позитивних змін – розвиток навичок інтернет-шопінгу, який, як зазначають респонденти – суттєво економить час;
- 7) перебування в одному приміщенні із родичами, які хворіють на коронавірусну інфекцію у легкій формі створює загрозу зараження всіх членів родини;
- 8) велика кількість суперечливої інформації в мережі Інтернет;
- 9) недоступність відвідування публічних місць.

ВИСНОВКИ

За результатами проведеної роботи можна зробити висновок про наступне: поняття «молодь» зараз використовується в якості позначення великої соціальної групи з великим інтервалом визначення. В нашій роботі ми акцентуємо увагу на такому типі молоді, як студентська молодь та молоді фахівці, які, у порівнянні з іншими групами (шкільна молодь) має яскраво виражену специфіку: високий рівень мобільності, прагнення до самореалізації, широке коло контактів, прагнення до реалізації інновацій та активний вид дозвілля.

Стиль життя у науковій літературі розглядається як сукупність зразків поведінки індивіда чи групи (стійко відтворювані риси, манери, звички, смаки, схильності), орієнтовані переважно на повсякденне життя. Стиль життя є груповою характеристикою та залежить від соціально-демографічних та статусних характеристик (вік, сімейний стан, освіта, професія, соціальний статус, дохід тощо).

Індивідуальний стиль життя не визначається лише переліченими характеристиками, індивід має можливість комбінування складових стилю життя (практик і сприйнятів) та передбачає можливості вибору з безлічі зразків поведінки.

Термін «епідемія» для людства не є новим. Проявом епідеміологічного процесу є реєстрація хворих на певній території. Якщо кількість випадків захворювання нижче епідеміологічного порога – усередненої кількості хворих за кілька років, то це класифікується як спалах, якщо більше, то як епідемія. Масова реєстрація випадків екзотичного захворювання, яке не зустрічалося раніше на певній території, класифікується як епідемія, навіть при невеликій кількості хворих.

Епідемія коронавірусної інфекції має власні відмінності, які проявляються у необхідності введення жорстких карантинних обмежень, відсутності протоколів лікування, необхідності перенесення всіх можливий практик взаємодії у віртуальний простір.

COVID-19 протікає, в більшості випадків, в легкій формі. Вона характеризується незначним погіршенням самопочуття, симптоматика ідентична ГРІ, яким не раз хворіли українці, крім того вона дуже схожа на алергію.

Таким чином, люди не надають ніякого значення свого самопочуття, ведуть активний спосіб життя-ходять на роботу, навчання, відвідують розважальні заходи і судячи з нашими спостереженнями не вдягають маску, яка здатна стримати інфіковану слину і запобігти передачі інфекції. Даним поведінкою індивіди не тільки інфікують інших, в тому числі людей з хронічними захворюваннями, імуносупресивними станами, які є найбільш уразливими, а й піддають себе ризику суперінфекції і вторинної інфекції, які можуть погіршити стан хворого, що спричинить його госпіталізацію. Таким чином, у людей з низькою медичної грамотністю існує помірний ризик важкої форми, а не дотримання протиепідеміологічних заходів призводить до інфікування осіб, у яких висока вірулентність коронавіруса вкрай імовірна.

Таким чином, ймовірність важкої або навіть вкрай важкої форми перебігу COVID-19 у людей, зі схожим стилем життя з вище описаним, вкрай висока. З огляду на те, що таких людей в Україні не мало, то, дані випадки мають значний вплив на карантинні заходи.

Крім того, і на початку пандемії і зараз, завдяки деяким ЗМІ серед українців стала популярна думка про те, що коронавіруса не існує і його придумали з якоюсь метою. При таких умовах можна зробити висновок, що 3 березня-не справжня дата початку епідемії коронавірусної інфекції в Україні. Насправді до цього часу COVID-19 вже успішно поширювалося по країні, однак цей факт не був зафіксований, внаслідок описаних вище причин.

Ми позитивно ставимося до інформування людей, але максимально безпечно доглядати за пацієнтом і уникати поширення COVID-19 в побутових контактах, досить складно через життєвих реалій деяких українців. В однокімнатній квартирі неможливо дотримуватися соціальну дистанцію тобто обгородити себе від хворого. Так само для того, щоб звести ризик зараження до

мінімуму при догляді за хворим, необхідно, щоб всі дії були відпрацьовані «до автоматизму», для чого має пройти певний час, а поки цього немає, люди допускають помилки, збільшуючи ризик інфікування. У разі, коли всі члени сім'ї хворіють і живуть в одній кімнаті, наприклад – це створює ідеальні умови для суперінфекції.

Серед змін стилю життя молоді внаслідок коронавірусної інфекції найчастіше зазначають: перебування довгий час в обмеженому просторі з рідними, що суттєво підвищує рівень конфліктної взаємодії та потребує зміни практик, пов'язаних із розпорядком дня; проблеми, пов'язані з веденням здорового способу життя, адже малорухомий стиль життя під час карантинних обмежень впливає на харчові звички та вагу; втрата навичок реального спілкування у зв'язку з тим, що обмін текстовими повідомленнями та комунікація у соціальних мережах мають свою специфіку не відображають у повній мірі спілкування у реальному житті; перенос навчальної активності в опосередковану форму та втрата якості навчання та частини активного студентського життя; відсутність можливості подорожувати на набувати реальний новий досвід; серед позитивних змін – розвиток навичок інтернет-шопінгу, який, як зазначають респонденти – суттєво економить час; перебування в одному приміщенні із родичами, які хворіють на коронавірусну інфекцію у легкій формі створює загрозу зараження всіх членів родини; велика кількість суперечливої інформації в мережі Інтернет; недоступність відвідування публічних місць.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Черниш Н. Соціологія. Курс лекцій : підручник. Львів : Кальварія, 2003. 543 с.
2. Головатий М.Ф. Соціологія молоді. Київ: МАУП, 2006. 304 с.
3. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> (дата звернення 05.10.2022).
4. Coronavirus Pandemic (COVID-19) URL: <https://ourworldindata.org/coronavirus> (дата звернення 05.10.2022).
5. The Covid-19 Pandemic URL: <https://www.nytimes.com/news-event/coronavirus> (дата звернення 05.10.2022).
6. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard URL: <https://covid19.who.int/> (дата звернення 05.10.2022).
7. Теорія бездіяльного класу Т.Веблена URL: https://vue.gov.ua/%D0%91%D0%B5%D0%B7%D0%B4%D1%96%D1%8F%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%B9_%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D1%81 (дата звернення 05.10.2022).
8. Макс Вебер. URL: <http://politics.ellib.org.ua/pages-13084.html> (дата звернення 05.10.2022).
9. Варинський В.О. Концепція соціального капіталу П'єра Бурдьє. *Держава і право: Збірник наукових праць. Юридичні і політичні науки*. Випуск 62. 2013. С. 509-515.
10. Філософія: Навчальний посібник / І.Ф.Надольний, В.Андрущенко, І.В.Бойченко, В.П.Розумний та ін.; За ред. І.Ф.Надольного. Київ: Вікар, 1997. 584 с.
11. Гіденс Е. Соціологія. Київ : Основи, 1999. 726 с.
12. Сурмін Ю.П. Майстерня вченого: Підручник для науковця. Київ: Навчально-методичний центр «Консорціум з удосконалення менеджмент-освіти в Україні», 2006. 302 с.

13. Паніна Н.В. Технологія соціального дослідження. Київ: Наукова думка, 2007. 320 с.
14. Observations on the impact of the COVID-19 outbreak on farmers. URL: <https://www.fao.org/policy-support/tools-and-publications/resources-details/ru/c/1321170/> (дата звернення 05.10.2022).
15. Coronavirus Recourse Center. John's Hopkins University of Medicine URL: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (дата звернення 05.10.2022).
16. Coronavirus global health emergency URL: <https://www.un.org/en/coronavirus> (дата звернення 05.10.2022).
17. Centers for Disease control and Prevention URL: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html> (дата звернення 05.10.2022).
18. Державна служба статистики України URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення 15.10.2022).
19. Статистична служба Європейського Союзу URL: <https://ec.europa.eu/eurostat> (дата звернення 15.10.2022).
20. Інститут соціології НАН України URL: <https://i-soc.com.ua/> (дата звернення 15.10.2022).
21. Інститут демографії та соціальних досліджень імені В.М. Птухи НАН України URL: <https://idss.org.ua/index> (дата звернення 15.10.2022).
22. Центр громадського здоров'я МОЗ України URL: <https://www.phc.org.ua/> (дата звернення 15.10.2022).
23. Коронавірус в Україні URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/coronavirus/ukraine/> (дата звернення 15.10.2022).
24. COVID-19: понад 12,7 мільйона українців не отримали першу бустерну вакцину – МОЗ URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/30466101.html> (дата звернення 15.10.2022).
25. Комісаренко С. В. Світова коронавірусна криза. Київ : ЛАТ&К, 2020. 119 с.

26. Чорний О. В. Державна політика у галузі охорони здоров'я в період викликів пандемії COVID-19: соціально-економічні та гуманітарні аспекти : монографія. Дрогобич : Коло, 2021. 319 с.

27. COVID-19 pandemic through the lens of modern humanities and law : [collective monogr.] ; ed. by Denys Svyrydenko. Maoming : Guangdong univ. of petrochemical technology ; Kyiv : Publ. house «Ludmyla», 2020. 131 p.

28. Грищенко І. Причини та наслідки пандемії COVID-19: уроки для України і світу. *Зб. наук. пр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України*. 2020. Вип. 2. С. 89–99.

29. Комісаренко С. В. Дослідження коронавірусу SARS-CoV-2 та захворювання COVID-19, яке він викликає. *Вісн. НАН України*. 2021. No 6–С. 37–41. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vnanu_2021_6_5. (дата звернення 15.10.2022).

30. Онищук М. COVID-19: український вимір : (за матеріалами вітчизняних і зарубіжних ЗМІ) URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vkr_2020_5_7. (дата звернення 20.10.2022).

31. Пальян З. О. Пандемія COVID-19 в Україні : оцінювання перебігу, аналіз думок. *Статистика України*. 2021. No 2. С. 67–78: URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/su_2021_2_9 (дата звернення 20.10.2022).

32. Терент'єва А. Механізм цивільного захисту ЄС в умовах пандемії COVID-19 / Анна Терент'єва, Олександр Твердохліб. *Зб. наук. пр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України*. 2020. Вип. 2. С. 110–117 URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnadu_2020_2_1 (дата звернення 20.10.2022).

33. Тукало М. А. Про участь вчених НАН України в протидії COVID-19. Розроблення діагностичних систем, лікарських засобів і моніторинг небезпечних штамів : за матеріалами доп. на засіданні Президії НАН України 9 черв. 2021 р. *Вісн. НАН України*. 2021. No 8. С. 56–61.: URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vnanu_2021_8_8 (дата звернення 20.10.2022).

34. Health Literacy Definition. World Health Organization URL: <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/> (дата звернення 05.10.2022).

35. Health Literacy. U.S. Department of Health and Human Services. URL: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-health/interventions-resources/health-literacy> (дата звернення 05.10.2022).

36. Health Literacy. International Encyclopedia of Public Health: Second Edition, 2017 Elsevier Inc, Academic Press, 4470 p. URL: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/health-literacy> (дата звернення 05.10.2022).

37. Health Literacy Definition. Network of the National Library of Medicine. URL: <https://nmlm.gov/initiatives/topics/health-literacy> (дата звернення 05.10.2022).

38. High Performance Computing. Shaping Europe's digital future. URL: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/policies/high-performance-computing> (дата звернення 05.10.2022).

39. Digital Skills & Jobs Shaping Europe's digital future. URL: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/policies/digital-skills> (дата звернення 05.10.2022).

40. Powles Jh. Changes in disease patterns and related social trends Social Science & Medicine Volume 35, Issue 4, August 1992, P. 377-387. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369290330S> (дата звернення 05.10.2022).

41. Health Literacy and Sustainable Development. URL: <https://www.un.org/en/chronicle/article/health-literacy-and-sustainable-development> (дата звернення 05.10.2022).

42. Health literacy. Australian Institute of Health and Welfare. URL: <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/health-literacy> (дата звернення 05.10.2022).

ДОДАТКИ

Додаток А

Програма соціологічного дослідження
на тему:

*«Трансформація стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної
інфекції в Україні»*

I. Методологічна частина

1.1. Актуальність теми.

Проблема споживчої поведінки актуалізується з процесом поширення масового виробництва та впливу на покупців товарів та послуг. Молодь як найбільш активна група населення, характеризується перебуванням у стані завершення формування ціннісних орієнтирів та формуванням усталених соціальних практик, одночасно з цим характеризуючись підвищеною чутливістю до технологій впливу та маніпуляції, зокрема у сфері споживання. Значення медичної грамотності у споживчій поведінці студентської молоді зростає з огляду на сучасні тенденції, які свідчать про збільшення кількості молоді з хронічними захворюваннями, побічних наслідків самолікування, підвищення рівня смертності у деяких категорій.

Проблематика медичної грамотності є у фокусі ВООЗ, ЄК, регіональних та національних громадських організацій, які працюють у сфері громадського здоров'я. Факторами, які обумовлюють значення медичної обізнаності, є: рівень добробуту, наявність освіти та спеціалізованих знань, доступ до публічної інформації, національні традиції та практики ті ін. Збільшення рівня медичної грамотності дозволяє попередити виникнення побічних ефектів, суттєво покращити якість життя та збільшити його тривалість.

1.2. Обґрунтування проблемної ситуації.

Згідно досліджень, молодь, зокрема студентська, є групою, на яку припадає значна споживча активність в практиках самолікування та самостійного придбання медичних засобів. Саме брак медичної грамотності є одним з факторів, який призводить до популяризації практики та збільшення її негативних наслідків, що відображається на якості життя, самопочутті на виникненні хронічних хвороб. Дослідження особливостей споживчої поведінки студентської молоді с сфері придбання медичних засобів дозволить виявити коло питань, які потребують уваги з боку відповідних фахівців з метою зменшення негативних наслідків даного явища.

1.3. Об'єкт дослідження.

Студенти денної форми навчання Запорізького національного університету.

1.4. Предмет дослідження.

Медична грамотність у споживчій поведінці студентської молоді.

1.5. Мета дослідження.

Виявити особливості медичної грамотності студентської молоді у споживанні медичних препаратів.

1.6. Завдання дослідження.

1. Виявити специфіку звернення до медичних установ.
2. Проаналізувати особливості придбання та застосування медичних засобів.
3. Оцінити вплив реклами медичних препаратів на споживчі практики студентської молоді.
4. Виявити типові практики підтримки здоров'я студентської молоді.
5. Виявити рівень медичної грамотності студентської молоді.

1.7. Логічний аналіз основних понять.

Студентська молодь – особи, що навчаються у вищому навчальному закладі на певному рівні вищої освіти з метою здобуття відповідного ступеня і кваліфікації.

Медична грамотність – рівень здатності отримувати, обробляти та розуміти основну медичну інформацію, необхідну для прийняття відповідних рішень у галузі охорони здоров'я.

Споживча поведінка – тип соціальної поведінки, яка базується на задоволенні особистих та соціальних потреб при використанні благ не лише за їх функціональною приналежністю, а й для демонстрації певних соціальних характеристик, характеристик відношення індивіда до тих чи інших соціальних груп.

1.8. Гіпотези дослідження.

1. Студенти надають перевагу практикам самолікування зверненню до медичних працівників.
2. При необхідності отримання медичної інформації надається перевага референтним особа та неперевіреному джерелам медичної інформації.
3. Провідним фактором, що сприяє придбанню певного медичного засобу, є реклама.
4. Самолікування розглядається як буденна та типова соціальна практика.

1.9. Операціоналізація

I. Специфіка звернення до медичних установ

1. Задоволеність власним станом здоров'я:
 - 5 – повністю задоволений/на
 - 4 – скоріше задоволений/на
 - 3 – в цілому задоволений/на
 - 2 – скоріше незадоволений/на
 - 1 – повністю незадоволений/на
2. Звернення до профільного фахівця (лікаря)
 - 2.1 Так
 - 2.2 Ні (перехід до наступного питання)
3. Причина відсутності звернення до профільного фахівця (лікаря)
 - 3.1 Відсутність часу
 - 3.2 Витрачання значної кількості часу на запис та відвідування лікаря
 - 3.3 Ви не довіряєте лікарям
 - 3.4 Ви відчуваєте погіршення здоров'я як «незначне»
 - 3.5 Ви знаєте популярні засоби лікування, які допомагали Вам або Вашим родичам у минулому
 - 3.6 Ваш варіант відповіді
4. Фактори, що обумовлюють звернення до профільного фахівця (лікаря)
 - 4.1 Висока температура
 - 4.2 Алергічна реакція
 - 4.3 Порушення дихання
 - 4.4 Кровотеча
 - 4.5 Гострий больовий синдром
 - 4.6 Травма та нещасний випадок
 - 4.7 Укуси комах та тварин
 - 4.8 Ваш варіант відповіді

II. Особливості придбання та застосування медичних засобів

5. Медичні засоби, придбані без рекомендації лікаря:
 - 5.1 Антибіотики
 - 5.2 Знеболювальні засоби
 - 5.3 Жарознижуючі засоби
 - 5.4 Протикашлеві засоби
 - 5.5 Противірусні препарати
 - 5.6 Протизапальні засоби
 - 5.7 Препарати для лікування захворювань шлунково-кишкового тракту
 - 5.8 Антигельмінтні засоби
 - 5.9 Вітаміни
 - 5.10 Ваш варіант відповіді
6. Час, витрачений в аптеці
 - 6.1 До 5ти хвилин
 - 6.2 5-15 хвилин
 - 6.3 До 30 хвилин
 - 6.4 Більше 30 хвилин
 - 6.5 Ваш варіант відповіді

7. Користування засобами народної медицини
 - 7.1 Гарячі напої
 - 7.2 Лікування травами
 - 7.3 Компреси
 - 7.4 Медичні банки
 - 7.5 Саморобні настоянки
 - 7.6 Вживання цибулі та часнику
 - 7.7 БАДи
 - 7.8 Ваш варіант відповіді

8. Ефективність засобів народної медицини
 - 8.1 Повністю задоволений/на
 - 8.2 Частково задоволений/на
 - 8.3 Повністю незадоволений/на

9. Агенти впливу та референтні особи при покупці лікарських засобів
 - 9.1 Консультація лікаря
 - 9.2 Консультація провізора
 - 9.3 Консультація родичів та/або друзів
 - 9.4 Власний досвід
 - 9.5 Інформація, отримана в Інтернеті
 - 9.6 Інформація, отримана з рекламних повідомлень
 - 9.7 Обираю зі засобів, викладених на полицях/стендах
 - 9.8 Ваш варіант відповіді

III. Реклама медичних препаратів

10. Довіра до реклами медичних препаратів
 - 10.1 Так
 - 10.2 Ні

11. Реклама медичних препаратів, що запам'яталась:
 - 11.1 Аміксин
 - 11.2 АЦЦ
 - 11.3 Гепабене
 - 11.4 Лазолван
 - 11.5 Нокспрей
 - 11.6 НО-ШПА
 - 11.7 Нурофен
 - 11.8 Отривін
 - 11.9 Солпадеїн
 - 11.10 Фервекс
 - 11.12 Цетрин
 - 11.13 Цитрамон
 - 11.14 Ваш варіант відповіді

12. Причини згадування реклами медичного препарату:
 - 12.1 Часто повторювалась
 - 12.2 Є досвід використання цього препарату
 - 12.3 Цікаві головні герої
 - 12.4 Музичний супровід
 - 12.5 Кольорове оформлення

- 12.6 Викликала позитивну реакцію
- 12.7 Викликала негативну реакцію
- 12.8 Ваш варіант відповіді

- 13. Наявність хронічних захворювань
 - 13.1 Так
 - 13.2 Ні

IV. Практики підтримки здоров'я

- 14. Частота фізичних вправ:
 - 14.1 Майже кожен день
 - 14.2 2-3 рази на тиждень
 - 14.3 1-2 рази на тиждень
 - 14.4 1 раз на тиждень
 - 14.5 Займаюсь зрідка
 - 14.6 Майже ніколи
- 15. Практики контролю харчування
 - 15.1 Використовую спеціалізований додаток у мобільному телефоні
 - 15.2 Дотримуюсь дієти
 - 15.3 Дотримуюсь загальних принципів здорового харчування
 - 15.4 Слідкую за спожитими калоріями
 - 15.5 Намагаюсь уникати шкідливої їжі
 - 15.6 Слідкую за співвідношення білків/жирів/вуглеводів
 - 15.7 Ваш варіант відповіді
- 16. Практики контролю стану здоров'я
 - 16.1 Проходжу регулярні медичні обстеження
 - 16.2 Замаюся спортом
 - 16.3 Слідкую за власним харчуванням
 - 16.4 Приймаю вітаміни
 - 16.5 Спеціально не докладаю додаткових зусиль
 - 16.6 Ваш варіант відповіді

V. Медична грамотність

- 17. Рівень медичних знань
 - 17.1 Високий
 - 17.2 Середній
 - 17.3 Низький
- 18. Читання медичної літератури
 - 18.1 Наукові журнали
 - 18.2 Монографії
 - 18.3 Навчальні видання
 - 18.4 Популярні видання
 - 18.5 Ваш варіант відповіді
- 19. Дії при типовій простих захворюваннях
 - 19.1 Противірусний препарат
 - 19.2 Антибіотик
 - 19.3 Противірусний препарат та антибіотик
 - 19.4 Скористаюся засобами народної медицини

- 19.5 Нічого не буду купувати
 - 19.6 Ваш варіант відповіді
20. Знання базової медичної термінології
- 20.1 Так
 - 20.2 Ні
 - 20.3 Важко відповісти
21. Придбання медичних засобів під час епідемії Covid-19
- 21.1 Маска
 - 21.2 Медичні окуляри
 - 21.3 Медична шапочка
 - 21.4 Рукавички
 - 21.5 Антибіотики
 - 21.6 Вітаміни для імунітету
 - 21.7 Протівірусні препарати
 - 21.8 Нічого не купував/-ла
22. Дії при симптомах захворювання
- 22.1 Звернусь до лікаря
 - 22.2 Звернусь до родичів
 - 22.3 Скористаюсь власним досвідом
 - 22.4 Скористаюсь популярною медичною літературою
 - 22.5 Ваш варіант відповіді
23. Захист від коронавірусу
- 23.1 Так
 - 23.2 Ні
 - 23.3 Важко відповісти
24. Джерела отримання інформації про захворювання
- 24.1 Соціальні мережі (Instagram, Facebook, Twitter, Telegram)
 - 24.2 Статті з інформаційних сайтів
 - 24.3 Друзі, родина
 - 24.4 Телебачення
 - 24.5 Радіо
 - 24.6 Друковані видання
 - 24.7 Урядові сайти, наукові статті
25. Задоволеність якістю медичних послуг у місті
- 5 – повністю задовольняє
 - 4 – скоріше задовольняє
 - 3 – в чомусь задовольняє, а в чомусь ні
 - 2 – скоріше, незадовольняє
 - 1 – повністю незадовольняє
26. Самостійне визначення діагнозу
- 26.1 Так
 - 26.2 Ні
27. Джерела інформації про коронавірус
- 27.1 Інформація з Інтернету

- 27.2 Телебачення
- 27.3 Офіційні повідомлення МОЗ України
- 27.4 Друковані ЗМІ
- 27.5 Інформація від родичів та знайомих
- 27.6 Ваш варіант відповіді

VI. Соціально-демографічні характеристики

- 28. Факультет
 - 28.1 Біологічний
 - 28.2 Економічний
 - 28.3 Історичний
 - 28.4 Математичний
 - 28.5 Журналістики
 - 28.6 Іноземної філології
 - 28.7 Менеджменту
 - 28.8 Соціології та управління
 - 28.9 Соціальної педагогіки та психології
 - 28.10 Фізичного виховання, здоров'я та туризму
 - 28.11 Філологічний
 - 28.12 Юридичний

- 29. Джерело фінансування навчання
 - 29.1 За кошти фізичних осіб
 - 29.2 За кошти юридичних осіб
 - 29.3 За кошти держави

- 30. Вік

- 31. Стать:
 - 31.1 Чоловіча
 - 31.2 Жіноча

- 32. Вторинна зайнятість
 - 32.1 Так, повна зайнятість
 - 32.2 Так, неповна зайнятість
 - 32.3 Так, тимчасові підробітки
 - 32.4 Ні

- 33. Працевлаштування:
 - 33.1 Офіційне
 - 33.2 Неофіційне

- 34. Джерело доходу:
 - 34.1. Заробітна платня
 - 34.2. Академічна стипендія
 - 34.3. Соціальна стипендія
 - 34.4. Дають батьки/родичі
 - 34.5. Ваш варіант відповіді

- 35. Рівень матеріального забезпечення:

- 35.1 Не відчуваю труднощів при покупці дорогих речей(побутова техніка, ювелірні вироби, предмети розкоші і т.д.)
- 35.2 Грошей вистачає, але відчуваю труднощі при покупці дорогих речей
- 35.3 Грошей вистачає на найнеобхідніше (їжа, одяг, оренда житла, сплата комунальних послуг)
- 35.4 Маю труднощі при покупці необхідних речей
- 35.5 Важко відповісти
- 35.6 Ваш варіант відповіді

36. Фактичне місце проживання:

- 36.1 З батьками
- 36.2 Гуртожиток
- 36.3 Винаймаю житло
- 36.4 Власна квартира
- 36.5 Ваш варіант відповіді

37. Район проживання:

- 37.1 Олександрівський
- 37.2 Заводський
- 37.3 Комунарський
- 37.4 Дніпровський
- 37.5 Вознесенівський
- 37.6 Хортицький
- 37.7 Шевченківський

II. Методична частина

2.1. Обґрунтування методу дослідження.

У прикладній частині роботи буде використане опитування у формі очного анкетування. Об'єктом дослідження виступатимуть студенти Запорізького національного університету. Використання опитування дозволить отримати первинну соціологічну інформацію безпосередньо від респондентів та, після обробки, зробити певні статистичні узагальнення.

2.2. Визначення обстежуваної сукупності та розрахунок її обсягу.

Генеральною сукупністю виступають всі студенти ЗНУ – 15,600 осіб. Обсяг вибіркової сукупності складає 382 осіб. Вибірка є репрезентативною за критеріями статі, факультету та форми навчання студента (бюджетної/контрактної).

2.3. Логічна схема інструментарію.

<i>Операційні поняття</i>	<i>Індикатор</i>	<i>Шкала</i>	<i>Номер в анкеті</i>
Задоволеність власним станом здоров'я	повністю задоволений/на скоріше задоволений/на в цілому задоволений/на скоріше незадоволений/на повністю незадоволений/на	порядкова	1

Звернення до профільного фахівця (лікаря)	Так Ні (перехід до наступного питання)	номінальна	2
Причина відсутності звернення до профільного фахівця (лікаря)	Відсутність часу Витрачання значної кількості часу на запис та відвідування лікаря Ви не довіряєте лікарям Ви відчуваєте погіршення здоров'я як «незначне» Ви знаєте популярні засоби лікування, які допомагали Вам або Вашим родичам у минулому Ваш варіант	номінальна	3
Фактори, що обумовлюють звернення до профільного фахівця (лікаря)	Висока температура Алергічна реакція Порушення дихання Кровотеча Гострий больовий синдром Травма та нещасний випадок Укуси комах та тварин Ваш варіант відповіді	номінальна	4
Медичні засоби, придбані без рекомендації лікаря	Антибіотики Знеболювальні засоби Жарознижуючі засоби Протикашлеві засоби Противірусні препарати Протизапальні засоби Препарати для лікування захворювань шлунково-кишкового тракту Антигельмінтні засоби Вітаміни	номінальна	5
Час, витрачений в аптеці	До 5ти хвилин 5-15 хвилин До 30 хвилин Більше 30 хвилин	інтервальна	6
Користування засобами народної медицини	Гарячі напої Лікування травами Компреси Медичні банки Саморобні настоянки Вживання цибулі та часнику БАДи Ваш варіант відповіді	номінальна	7
Ефективність засобів народної медицини	Повністю задоволений/на Частково задоволений/на Повністю незадоволений/на	порядкова	8
Агенти впливу та референтні особи при покупці лікарських засобів	Консультація лікаря Консультація провізора Консультація родичів та/або друзів Власний досвід Інформація, отримана в Інтернеті	номінальна	9

	Інформація, отримана з рекламних повідомлень Обираю зі засобів, викладених на полицях/стендах		
Довіра до реклами медичних препаратів	Так Ні	номінальна	10
Реклама медичних препаратів, що запам'яталась	Аміксин АЦЦ Гепабене Лазолван Нокспрей НО-ШПА Нурофен Отривін Солпадеїн Фервекс Цетрин Цитрамон Ваш варіант відповіді	номінальна	11
Причини згадування реклами медичного препарату	Часто повторювалась Є досвід використання цього препарату Цікаві головні герої Музичний супровід Кольорове оформлення Викликала позитивну реакцію Викликала негативну реакцію	номінальна	12
Наявність хронічних захворювань	Так Ні	номінальна	13
Частота фізичних вправ	Майже кожен день 2-3 рази на тиждень 1-2 рази на тиждень 1 раз на тиждень Займаюсь зрідка Майже ніколи	інтервальна	14
Практики контролю харчування	Використовую спеціалізований додаток у мобільному телефоні Дотримуюсь дієти Дотримуюсь загальних принципів здорового харчування Слідкую за спожитими калоріями Намагаюсь уникати шкідливої їжі Слідкую за співвідношення білків/жирів/вуглеводів	номінальна	15
Практики контролю стану здоров'я	Проходжу регулярні медичні обстеження Замаюсь спортом Слідкую за власним харчуванням Приймаю вітаміни Спеціально не докладаю додаткових зусиль	номінальна	16

Рівень медичних знань	Високий Середній Низький	порядкова	17
Читання медичної літератури	Наукові журнали Монографії Навчальні видання Популярні видання	номінальна	18
Дії при типовій простих захворюваннях	Противірусний препарат Антибіотик Противірусний препарат та антибіотик Скористаюсь засобами народної медицини Нічого не буду купувати	номінальна	19
Знання базової медичної термінології	Так Ні	номінальна	20
Придбання медичних засобів під час епідемії Covid-19	Маска Медичні окуляри Медична шапочка Рукавички Антибіотики Вітаміни для імунітету Противірусні препарати Нічого не купував/-ла	номінальна	21
Дії при симптомах захворювання	Звернусь до лікаря Звернусь до родичів Скористаюсь власним досвідом Скористаюсь популярною медичною літературою	номінальна	22
Захист від коронавірусу	Так Ні	номінальна	23
Джерела отримання інформації про захворювання	Соціальні мережі (Instagram, Facebook, Twitter, Telegram) Статті з інформаційних сайтів Друзі, родина Телебачення Радіо Друковані видання Урядові сайти, наукові статті	номінальна	24
Задоволеність якістю медичних послуг у місті	повністю задовольняє скоріше задовольняє в чомусь задовольняє, а в чомусь ні скоріше, незадовольняє повністю незадовольняє	порядкова	25
Самостійне визначення діагнозу	Так Ні	номінальна	26
Джерела інформації про коронавірус	Інформація з Інтернету Телебачення Офіційні повідомлення МОЗ України Друковані ЗМІ Інформація від родичів та знайом	номінальна	27

	Ваш варіант відповіді		
Факультет	Біологічний Економічний Історичний Математичний Журналістики Іноземної філології Менеджменту Соціології та управління Соціальної педагогіки та психології Фізичного виховання, здоров'я та туризму Філологічний Юридичний	номінальна	28
Джерело фінансування навчання	За кошти фізичних осіб За кошти юридичних осіб За кошти держави	номінальна	29
Вік		метрична	30
Стать	Чоловіча Жіноча	номінальна	31
Вторинна зайнятість	Так, повна зайнятість Так, неповна зайнятість Так, тимчасові підробітки Ні	номінальна	32
Працевлаштування	Офіційне Неофіційне	номінальна	33
Джерело доходу	Заробітна платня Академічна стипендія Соціальна стипендія Дають батьки/родичі Ваш варіант відповіді	номінальна	34
Рівень матеріального забезпечення	Не відчуваю труднощів при покупці дорогих речей(побутова техніка, ювелірні вироби, предмети розкоші і тд) Грошей вистачає, але відчуваю труднощі при покупці дорогих речей Грошей вистачає на найнеобхідніше (їжа, одяг, оренда житла, сплата комунальних послуг) Маю труднощі при покупці необхідних речей Важко відповісти	номінальна	35
Фактичне місце проживання	З батьками Гуртожиток Винаймаю житло Власна квартира	номінальна	36
Район проживання	Олександрівський Заводський Комунарський Дніпровський Вознесенівський Хортицький	номінальна	37

	Шевченківський		
--	----------------	--	--

2.4. Логічна схема обробки інформації

<i>Завдання</i>	<i>№ пит. в анкеті</i>	<i>Статистичні конструкції</i>
Специфіка звернення до медичних установ	1-4	Одномірний розподіл
Особливості придбання та застосування медичних засобів	5-9	Одномірний розподіл
Реклама медичних препаратів	10-13	Одномірний розподіл
Практики підтримки здоров'я	14-16	Одномірний розподіл
Медична грамотність	17-27	Одномірний розподіл
Соціально-демографічні характеристики	28-36	Одномірний розподіл

АНКЕТА

Шановний респондент!

Факультет соціології та управління проводить соціологічне дослідження на тему «Медична грамотність у споживчій поведінці студентської молоді» та просить Вас прийняти у ньому участь. Ваша участь та відповіді цілком анонімні та у подальшому будуть використані в узагальненому вигляді. Будь ласка, поставте позначу поруч з обраним вами варіантом відповіді або її варіантами, відповідно до інструкції.

1. Оцініть, будь ласка, стан задоволеності власним станом здоров'я за 5-тибальною шкалою:
 - 5 – повністю задоволений/на
 - 4 – скоріше задоволений/на
 - 3 – в цілому задоволений/на
 - 2 – скоріше незадоволений/на
 - 1 – повністю незадоволений/на

2. Чи кожного разу, коли Ви відчуваєте погіршення здоров'я, Ви звертаєтесь до лікаря?
 - 2.1 Так
 - 2.2 Ні (перехід до наступного питання)

3. У чому полягає причина відсутності звернення до лікаря? (можливо декілька варіантів відповідей)
 - 3.1 Відсутність часу
 - 3.2 Витрачання значної кількості часу на запис та відвідування лікаря
 - 3.3 Ви не довіряєте лікарям
 - 3.4 Ви відчуваєте погіршення здоров'я як «незначне»
 - 3.5 Ви знаєте популярні засоби лікування, які допомагали Вам або Вашим родичам у минулому
 - 3.6 Ваш варіант

4. В якому випадку Ви обов'язково звернетесь до лікаря? (можливо декілька варіантів відповідей):
 - 4.1 Висока температура
 - 4.2 Алергічна реакція
 - 4.3 Порушення дихання
 - 4.4 Кровотеча
 - 4.5 Гострий больовий синдром
 - 4.6 Травма та нещасний випадок
 - 4.7 Укуси комах та тварин
 - 4.8 Ваш варіант відповіді

5. Які саме медичні засоби Вам доводилось купувати в аптеці, не звертаючись за консультацією до лікаря? (можливо декілька варіантів відповідей):
 - 5.1 Антибіотики
 - 5.2 Знеболювальні засоби
 - 5.3 Жарознижуючі засоби
 - 5.4 Протикашлеві засоби
 - 5.5 Противірусні препарати
 - 5.6 Протизапальні засоби
 - 5.7 Препарати для лікування захворювань шлунково-кишкового тракту
 - 5.8 Антигельмінтні засоби
 - 5.9 Вітаміни

5.10 Ваш варіант відповіді

6. Скільки часу в середньому Ви проводите в аптеці?

- 6.1 До 5ти хвилин
- 6.2 5-15 хвилин
- 6.3 До 30 хвилин
- 6.4 Більше 30 хвилин
- 6.5 Ваш варіант відповіді

7. Якими саме засобами народної медицина Вам доводилось користуватись? (можливо декілька варіантів відповідей):

- 7.1 Гарячі напої
- 7.2 Лікування травами
- 7.3 Компреси
- 7.4 Медичні банки
- 7.5 Саморобні настоянки
- 7.6 Вживання цибулі та часнику
- 7.7 БАДи
- 7.8 Ваш варіант відповіді

8. Чи були ви задоволені їх ефективністю?

- 8.1 Повністю задоволений/на
- 8.2 Частково задоволений/на
- 8.3 Повністю незадоволений/на

9. На чю пораду Ви спираєтесь при покупці лікарських засобів? (можливо декілька варіантів відповідей):

- 9.1 Консультація лікаря
- 9.2 Консультація провізора
- 9.3 Консультація родичів та/або друзів
- 9.4 Власний досвід
- 9.5 Інформація, отримана в Інтернеті
- 9.7 9.6 Інформація, отримана з рекламних повідомлень
- 9.8 Обираю зі засобів, викладених на полицях/стендах
- 9.9 Ваш варіант відповіді

10. Чи довіряєте ви рекламі медичних препаратів?

- 10.1 Так
- 10.2 Ні

11. Рекламу якого медичного препарату Ви можете одразу згадати? (можливо декілька варіантів відповідей):

- 11.1 Аміксин
- 11.2 АЦЦ
- 11.3 Гепабене
- 11.4 Лазолван
- 11.5 Нокспрей
- 11.6 НО-ШПА
- 11.7 Нурофен
- 11.8 Отривін
- 11.9 Солпадеїн
- 11.10 Фервекс

- 11.12 Цетрин
- 11.13 Цитрамон
- 11.14 Ваш варіант відповіді

12. Завдяки чому Ви запам'ятали згадали цю рекламу? (можливо декілька варіантів відповідей):

- 12.1 Часто повторювалась
- 12.2 Є досвід використання цього препарату
- 12.3 Цікаві головні герої
- 12.4 Музичний супровід
- 12.5 Кольорове оформлення
- 12.6 Викликала позитивну реакцію
- 12.7 Викликала негативну реакцію
- 12.8 Ваш варіант відповіді

13. Чи було у Вас діагностоване хронічне захворювання?

- 13.1 Так
- 13.2 Ні

14. Як часто Ви займаєтесь фізичними вправами? (можливо декілька варіантів відповідей):

- 14.1 Майже кожен день
- 14.2 2-3 рази на тиждень
- 14.3 1-2 рази на тиждень
- 14.4 1 раз на тиждень
- 14.5 Займаюсь зрідка
- 14.6 Майже ніколи

15. Як саме Ви слідкуєте за власним харчуванням?

- 15.1 Використовую спеціалізований додаток у мобільному телефоні
- 15.2 Дотримуюсь дієти
- 15.3 Дотримуюсь загальних принципів здорового харчування
- 15.4 Слідкую за спожитими калоріями
- 15.5 Намагаюсь уникати шкідливої їжі
- 15.3 Слідкую за співвідношення білків/жирів/вуглеводів
- 15.7 Ваш варіант відповіді

16. Як саме Ви слідкуєте за станом власного здоров'я? (можливо декілька варіантів відповідей):

- 16.1 Проходжу регулярні медичні обстеження
- 16.2 Замаюсь спортом
- 16.3 Слідкую за власним харчуванням
- 16.4 Приймаю вітаміни
- 16.5 Спеціально не докладаю додаткових зусиль
- 16.6 Ваш варіант відповіді

17. Оцініть, будь ласка, рівень Ваших медичних знань:

- 17.1 Високий
- 17.2 Середній
- 17.3 Низький

18. Яку медичну літературу Вам доводилось читати? (можливо декілька варіантів відповідей):

- 18.1 Наукові журнали
 18.2 Монографії
 18.3 Навчальні видання
 18.4 Популярні видання
 18.5 Ваш варіант
19. У разі прояву симптомів застуди Ви придбаєте (можливо декілька варіантів відповідей):
 19.1 Противірусний препарат
 19.2 Антибіотик
 19.3 Противірусний препарат та антибіотик
 19.4 Скористаюсь засобами народної медицини
 19.5 Нічого не буду купувати
 19.6 Ваш варіант
20. Якщо Ви застудилися, напис на упаковці ліків: «противірусний» або «антибактеріальний» буде для Вас достатньою підставою для покупки препарату?
 20.1 Так
 20.2 Ні
 20.3 Важко відповісти
21. Після початку епідемії Covid-19, які з перерахованих нижче медичних товарів Ви купували? (можливо декілька варіантів відповідей):
 21.1 Маска
 21.2 Медичні окуляри
 21.3 Медична шапочка
 21.4 Рукавички
 21.5 Антибіотики
 21.6 Вітаміни для імунітету
 21.7 Противірусні препарати
 21.8 Нічого не купував/-ла
22. Що Ви зробите при появі у Вас симптомів будь-якого захворювання? (можливо декілька варіантів відповідей):
 22.1 Звернусь до лікаря
 22.2 Звернусь до родичів
 22.3 Скористаюсь власним досвідом
 22.4 Скористаюсь популярною медичною літературою
 22.5 Ваш варіант
23. Як Ви вважаєте, чи можна захиститися від коронавірусу, вдягаючи тільки маску?
 23.1 Так
 23.2 Ні
 23.3 Важко відповісти
24. З яких джерел Ви отримуєте інформацію про захворювання найчастіше? (5 - дуже часто, 4 - часто, 3 - іноді, 2 - рідко, 1 - дуже рідко). Можливо декілька варіантів відповідей:

№	Джерело інформації	5	4	3	2	1
1	Соціальні мережі (Instagram, Facebook, Twitter, Telegram)					

2	Статті з інформаційних сайтів					
3	Друзі, родина					
4	Телебачення					
5	Радіо					
6	Друковані видання					
7	Урядові сайти, наукові статті					

25. Наскільки Вас задовольняє якість наступних послуг в м.Запоріжжя? (один варіант відповіді по кожному рядку)

№	Послуга	Повністю задовольняє	Скоріше задовольняє	В чомусь задовольняє, а в чомусь ні	Скоріше, незадовольняє	Повністю незадовольняє
1	Медичні послуги	1	2	3	4	5

26. Вам доводилось ставити собі діагноз самостійно, використовуючи будь-які джерела інформації?

26.1 Так

26.2 Ні

27. Коли стало відомо про спалах коронавірусу в березні 2020 року, які Ви використовували джерела інформації для того, що б з'ясувати, що це за захворювання? (можливо декілька варіантів відповідей):

27.1 Інформацію з Інтернету

27.2 Телебачення

27.3 Офіційні повідомлення МОЗ України

27.4 Друковані ЗМІ

27.5 Інформація від родичів та знайомих

27.6 Ваш варіант відповіді

28. Вкажіть факультет на якому Ви навчаєтесь?

28.1 Біологічний

28.2 Економічний

28.3 Історичний

28.4 Математичний

28.5 Журналістики

28.6 Іноземної філології

28.7 Менеджменту

28.8 Соціології та управління

28.9 Соціальної педагогіки та психології

28.10 Фізичного виховання, здоров'я та туризму

28.11 Філологічний

28.12 Юридичний

29. Джерело фінансування навчання:
- 29.1 За кошти фізичних осіб
 - 29.2 За кошти юридичних осіб
 - 29.3 За кошти держави
30. Вкажіть Ваш вік _____
31. Стать:
- 31.1 Чоловіча
 - 31.2 Жіноча
32. Чи працюєте Ви у вільний від навчання час?
- 32.1 Так, повна зайнятість
 - 32.2 Так, неповна зайнятість
 - 32.3 Так, тимчасові підробітки
 - 32.4 Ні
33. Працевлаштування:
- 33.1 Офіційне
 - 33.2 Неофіційне
34. Джерело Вашого доходу:
- 34.1. Заробітна платня
 - 34.2. Академічна стипендія
 - 34.3. Соціальна стипендія
 - 34. Дають батьки/родичі
 - 34.5. Ваш варіант відповіді
35. Рівень матеріального забезпечення:
- 35.1 Не відчуваю труднощів при покупці дорогих речей(побутова техніка, ювелірні вироби, предмети розкоші і т.д.)
 - 35.2 Грошей вистачає, але відчуваю труднощі при покупці дорогих речей
 - 35.3 Грошей вистачає на найнеобхідніше (їжа, одяг, оренда житла, сплата комунальних послуг)
 - 35.4 Маю труднощі при покупці необхідних речей
 - 35.5 Важко відповісти
 - 35.6 Ваш варіант відповіді
36. Вкажіть Ваше фактичне місце проживання:
- 36.1 З батьками
 - 36.2 Гуртожиток
 - 36.3 Винаймаю житло
 - 36.4 Власна квартира
 - 36.5 Ваш варіант відповіді
37. Район проживання:
- 37.1 Олександрівський
 - 37.2 Заводський
 - 37.3 Комунарський
 - 37.4 Дніпровський
 - 37.5 Вознесенівський

37.6 Хортицький
37.7 Шевченківський

Дякуємо за участь!

Додаток В

Стан задоволеності власним станом здоров'

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні	1	6	1,6	1,6	1,6
	2	26	6,8	6,8	8,4
	3	117	30,5	30,5	38,9
	4	182	47,5	47,5	86,4
	5	51	13,3	13,3	99,7
	Разом	382	100,0	100,0	

Чи кожного разу, коли Ви відчуваєте погіршення здоров'я, Ви звертаєтесь до лікаря?

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні	Ні	307	80,2	80,2	80,2
	Так	75	19,6	19,6	99,7
	Разом	382	100,0	100,0	

Причини відсутності звернення до лікаря (декілька варіантів відповідей)

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні	Ви відчуваєте погіршення здоров'я як «незначне»	1161	93,0	93,0	93,0
	Ви знаєте популярні засоби лікування, які допо	24	1,9	1,9	95,0
	Ви не довіряєте лікарям	12	1,0	1,0	95,9
	Витрачання значної кількості часу на запис та	13	1,0	1,0	97,0
	Відсутність часу	19	1,5	1,5	98,5
	Разом	19	1,5	1,5	100,0
	Разом	1248	100,0	100,0	

В якому випадку Ви обов'язково звернетесь до лікаря? (декілька варіантів відповідей)

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні	Алергічна реакція	965	77,3	77,3	77,3
	Висока температура	39	3,1	3,1	80,4
	Гострий больовий синдром	37	3,0	3,0	83,4
	Кровотеча	39	3,1	3,1	86,5
	Порушення дихання	38	3,0	3,0	89,6
	Травма та нещасний випадок	43	3,4	3,4	93,0
	Укуси комах та тварин	59	4,7	4,7	97,8
	Разом	28	2,2	2,2	100,0
	Разом	1248	100,0	100,0	

Які саме медичні засоби Вам доводилось купувати в аптеці, не звертаючись за консультацією до лікаря? (декілька варіантів відповідей)

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні	Антибіотики	833	66,7	66,7	66,7
	Антигельмінтні засоби	40	3,2	3,2	70,0
	Вітаміни	8	,6	,6	70,6
	Разом	54	4,3	4,3	74,9

Жарознижуючі засоби	63	5,0	5,0	80,0
Знеболювальні засоби	65	5,2	5,2	85,2
Препарати для лікуван	36	2,9	2,9	88,1
Противірусні препарати	57	4,6	4,6	92,6
Протизапальні засоби	30	2,4	2,4	95,0
Протикашлеві засоби	62	5,0	5,0	100,0
Разом	1248	100,0	100,0	

Скільки часу в середньому Ви проводите в аптеці?

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні	5 годин	1	,3	,3	,3
	5-15 хвилин	141	36,8	36,8	37,1
	Більше 30 хвилин	3	,8	,8	37,9
	благодаря бабушкам в очереди- 30 - 40 минут	1	,3	,3	38,1
	В зависимости от того сколько будет стоять на кассе старая умирающая женщина, которую оставили на произвол судьбы.	1	,3	,3	38,4
	В залежності від черги	1	,3	,3	38,6
	Все зависит від черги та об'єму моєї покупки. Прихожу до аптеки знаючи що купити	1	,3	,3	38,9
	До 30 хвилин	6	1,6	1,6	40,5
	До 5ти хвилин	223	58,2	58,2	98,7
	заказую ліки онлайн	1	,3	,3	99,0
	залежить від асортименту і кількості людей у черзі	1	,3	,3	99,2
	залежить від черги, зазвичай намагаюсь якомога швидше впоратись	1	,3	,3	99,5
	По причині черг.	1	,3	,3	99,7
	Разом	382	100,0	100,0	

Якими саме засобами народної медицина Вам доводилось користуватись? (декілька варіантів відповідей)

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні	БАДи	12	1,0	1,0	81,3
	Вживання цибулі та часнику	17	1,4	1,4	82,3
	Власний досвід	21	1,7	1,7	83,7
	Гарячі напої	30	2,4	2,4	85,3
	Інформація, отримана в Інтернеті	20	1,6	1,6	87,7
	Компреси	25	2,0	2,0	89,3
	Консультація лікаря	23	1,8	1,8	91,3
	Консультація провізора	19	1,5	1,5	93,2
	Консультація родичів та/або друзів	19	1,5	1,5	94,7
	Лікування травами	22	1,8	1,8	96,2
	Медичні банки	9	,7	,7	98,0
	Обираю зі засобів, викладених на стендах	5	,4	,4	98,7
	Саморобні настоянки	10	,8	,8	99,2
	Разом	1248	100,0	100,0	100,0

Задоволеність ефективність засобами народної медицини

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні	1	14	3,7	3,7	3,7
	2	41	10,7	10,7	14,4
	3	138	36,0	36,0	50,4
	4	140	36,6	36,6	86,9
	5	49	12,8	12,8	99,7
	Разом	382	100,0	100,0	

На чью пораду Ви спираєтесь при покупці лікарських засобів (декілька варіантів відповідей)

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні	Власний досвід	21	1,7	1,7	93,0
	Інформація, отримана в Інтернеті	20	1,6	1,6	94,6
	Консультація лікаря	23	1,8	1,8	96,5
	Консультація провізора	19	1,5	1,5	98,0
	Консультація родичів та/або друзів	19	1,5	1,5	99,5
	Обираю зі засобів, викладених на стендах	5	,4	,4	100,0
	Разом	1248	100,0	100,0	

Чи довіряєте ви рекламі медичних препаратів?

		Частота	Відсоток	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні	Ні	326	85,1	85,1	85,1
	Так	56	14,6	14,6	99,7
	Разом	382	100,0	100,0	

Рекламу якого медичного препарату Ви можете одразу згадати? (декілька варіантів відповідей)

		Частота	Відсоток	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні	Амбробене	2	,2	,2	,2
	Аміксин	95	7,6	7,6	7,9
	Анаферон	1	,1	,1	7,9
	АЦЦ	169	13,5	13,5	21,5
	Гепабене	74	5,9	5,9	27,4
	Гліцисід	1	,1	,1	27,5
	Дуфалак	6	,5	,5	28,0
	Колікід	1	,1	,1	28,1
	Лазолван	100	8,0	8,0	36,1
	Мезим	6	,5	,5	36,6
	НО-ШПА	163	13,1	13,1	49,7
	Нокспрей	125	10,0	10,0	59,7
	Нурофен	132	10,6	10,6	70,3
	Отривін	51	4,1	4,1	74,4
	Солпадеїн	105	8,4	8,4	82,8
	Стрепсілс	1	,1	,1	82,9
	Фервекс	94	7,5	7,5	90,4
	Цетрин	36	2,9	2,9	93,3
	Цитрамон	84	6,7	6,7	100,0
	Разом	1248	100,0	100,0	

Завдяки чому Ви запам'ятали згадали цю рекламу? (декілька варіантів відповідей)

	Частота	Відсоток	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні	1163	93,2	93,2	93,2
Викликала негативну реакцію	5	,4	,4	93,6
Викликала позитивну реакцію	8	,6	,6	94,2
Вона часто повторювалась	22	1,8	1,8	96,0
Є досвід використання препарату	15	1,2	1,2	97,2
Кольорове оформлення	11	,9	,9	98,1
Музичний супровід	17	1,4	1,4	99,4
Цікаві головні герої	7	,6	,6	100,0
Разом	1248	100,0	100,0	

Чи було у Вас діагностоване хронічне захворювання?

	Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні				
Ні	253	66,1	66,1	66,1
Так	129	33,7	33,7	99,7
Разом	382	100,0	100,0	

Як часто Ви займаєтесь фізичними вправами?

	Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні				
1-2 рази на тиждень	82	21,4	21,4	21,4
2-3 рази на тиждень	89	23,2	23,2	44,6
Займаюсь зрідка	123	32,1	32,1	79,4
Майже кожен день	58	15,1	15,1	94,5
Майже ніколи	20	5,2	5,2	99,7
Разом	382	100,0	100,0	

Як саме Ви слідкуєте за власним харчуванням? (декілька варіантів відповідей)

	Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні				
Використовую спеціалізований додаток	10	,8	,8	93,6
Вчасно харчуюсь	1	,1	,1	94,4
Дотримуюсь дієти	7	,6	,6	94,5
Дотримуюсь загальних принципів	16	1,3	1,3	95,0
Намагаюсь уникати шкідливої їжі	19	1,5	1,5	96,3
Ніяк	4	,3	,3	97,8
Слідкую за кількістю та якістю спожитої їжі	2	,2	,2	98,2
Слідкую за співвідношення білків/жирів/вуглеводів	6	,5	,5	98,3
Слідкую за спожитими калоріями	14	1,1	1,1	98,8
Слідкую саме за кількістю спожитої їжі	1	,1	,1	99,9
Разом	1248	100,0	100,0	100,0

Як саме Ви слідкуєте за станом власного здоров'я?

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні		1201	96,2	96,2	96,2
	Займаюся спортом	10	,8	,8	97,0
	Ніяк	3	,2	,2	97,3
	Приймаю вітаміни	10	,8	,8	98,1
	Проходжу регулярні медичні обстеження	8	,6	,6	98,7
	Слідкую за власним харчуванням	9	,7	,7	99,4
	Спеціально не докладаю зусиль	7	,6	,6	100,0
	Разом	1248	100,0	100,0	

Оцініть рівень Ваших медичних знань

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні	Високий	18	4,7	4,7	4,7
	Низький	118	30,8	30,8	35,5
	Середній	246	64,2	64,2	100,0
	Разом	382	100,0	100,0	

Джерело фінансування навчання

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
	За кошти держави	100	26,1	26,1	26,4
	За кошти фізичних осіб	274	71,5	71,5	97,9
	За кошти юридичних осіб	8	2,1	2,1	100,0
	Разом	382	100,0	100,0	

Скільки грошей на місяць Ви витрачаєте на лікування?

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні	2000-4000 грн.	10	2,6	2,6	2,6
	500-1000 грн.	81	21,1	21,1	23,8
	5000 і більше грн.	2	,5	,5	24,3
	До 500 грн.	242	63,2	63,2	87,5
	Не витрачаю на це(сплачують інші, наприклад, батьки)	31	8,1	8,1	95,6
	Не маю такої статті витрат	16	4,2	4,2	99,7
	Разом	382	100,0	100,0	

Чи працюєте Ви у вільний від навчання час?

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні	Ні	146	38,1	38,1	38,1
	Так, неповна зайнятість	74	19,3	19,3	57,4
	Так, повна зайнятість	66	17,2	17,2	74,7
	Так, тимчасові підробіток	96	25,1	25,1	99,7
	Разом	382	100,0	100,0	

Працевлаштування

		Частота	Відсотки	Валідний відсоток	Накопичений відсоток
Валідні	Неофіційне	284	74,2	74,2	74,2
	Офіційне	98	25,6	25,6	99,7
	Разом	382	100,0	100,0	

Декларація
академічної доброчесності
здобувача ступеня вищої освіти «магістр»
Запорізького національного університету

Я, Вахненко Андрій Володимирович, студент II курсу магістратури, денної форми навчання, факультету соціології та управління, спеціальність 054 «Соціологія», адреса електронної пошти andrewp121099@gmail.com:

- підтверджую, що написана мною кваліфікаційна робота на тему «Трансформація стилю життя молоді під час епідемії коронавірусної інфекції в Україні» відповідає вимогам академічної доброчесності та не містить порушень, що визначені у ст. 42 Закону України «Про освіту», зі змістом яких ознайомлена;
- заявляю, що надана мною для перевірки електронна версія роботи є ідентичною її друкованій версії;
- згоден на перевірку моєї роботи на відповідність критеріям академічної доброчесності у будь-який спосіб, у тому числі за допомогою інтернет-системи, а також на архівування моєї роботи в базі даних цієї системи.

01.12.2022

А.В. Вахненко

Науковий керівник,
к.філос.н., доцент,
доцент кафедри соціології

01.12.2022

І.О. Кудінов