

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук і соціальних технологій
Кафедра соціології

Кваліфікаційна робота

освітній ступінь – бакалавр

на тему: **«ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МЕРЕЖЕВОЇ ВЗАЄМОДІЇ В
СТУДЕНТСЬКИХ ГРУПАХ ТА РІЗНИХ АСПЕКТІВ СТАНУ
ЗДОРОВ'Я»**

Виконала: студентка 4-го року навчання,

Спеціальності

054 Соціологія

Міндріна Олена Євгеніївна

Наукова керівниця Костюченко Т.С.

старша викладачка кафедри соціології

Рецензентка Марценюк Т.О.

кандидатка соціологічних наук,

доцентка кафедри соціології

Кваліфікаційна робота захищена

з оцінкою _____

Секретар ЕК _____

«___» _____ 2020 р.

Київ – 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ СТРУКТУРОЮ СОЦІАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ТА САМООЦІНКОЮ СТАНУ ЗДОРОВ'Я І ОКРЕМИМИ ПОВЕДІНКОВИМИ ПРАКТИКАМИ.....	6
1.1. Самооцінка стану здоров'я населенням України.....	6
1.2. Вплив взаємодії в соціальних групах і мережах на різні аспекти життя індивідів.....	13
1.3. Методологічні засади дослідження соціальних мереж.....	21
РОЗДІЛ 2. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МЕРЕЖЕВОЇ ВЗАЄМОДІЇ В СТУДЕНТСЬКИХ ГРУПАХ ТА РІЗНИХ АСПЕКТІВ СТАНУ ЗДОРОВ'Я.....	24
2.1. Методологія дослідження взаємозв'язку самооцінки стану здоров'я та взаємодії всередині студентської групи.....	24
2.2. Поширеність здорового способу життя у студентських групах.....	25
2.3. Взаємозв'язок між поширенням поведінкових практик вживання тютюнових виробів і заняття спортом та сили дружніх зв'язків у соціальних мережах студентства.....	26
2.4. Взаємозв'язок між популярністю всередині студентських мереж та самооцінкою стану здоров'я	33
ВИСНОВКИ.....	37
Список використаних джерел.....	39
Додаток А. Анкета (вибрані запитання).....	43
Додаток Б. Концептуальна модель впливу соціальних мереж на здоров'я.....	46
Додаток В. Розподіл акторів по групам за поведінковими практиками заняття спортом і куріння.....	47

ВСТУП

Люди є істотами соціальними, тобто беруть активну участь у взаємодії з іншими людьми, навіть при наявності всіх умов для самостійного виживання та існування. Також люди протягом життя знаходяться всередині різних типів соціальних груп, які формують їх близьке або більш широке оточення. Участь в таких групах може мати прямий вплив на особистість людини, її характер, культуру, ставлення до різного роду процесів, що відбуваються навколо, звичок.

Взаємодія з іншими людьми формує *соціальні мережі*, які є майже в кожного окремого індивіда. Такі мережі дозволяють обмінюватися як матеріальними, так і нематеріальними ресурсами. За своїми характеристиками соціальні мережі є динамічними і можуть змінювати свій склад, розмір і тип зв'язків в залежності від процесів, що відбуваються протягом життя індивіда. Оточення схильне формувати і передавати під час спілкування та взаємодії норми, цінності, традиції, поведінкові практики та звички. В наш час, завдяки сучасним технологіям і, зокрема, Інтернету, соціальні мережі мають можливість поширюватися далеко за межі континенту, не кажучи вже про країну або місто, в якому проживає індивід і, у такий спосіб, збільшувати коло спілкування індивіда. В цій роботі досліджуються групи студентства, тобто молоді, яка в свою чергу є найбільш активною віковою категорією (18-29) у використанні мережі Інтернет, за даними дослідження динаміки користування Інтернет в Україні, що було проведено КМІС у 2017 році. Інтернет є джерелом різного роду інформації, зокрема, і трендів. Так, наприклад, тренд на ведення здорового способу життя, що включає піклування про себе, заняття спортом, здорове харчування тощо та ставлення до цього як до хобі продовжується вже декілька років. Таким чином індивіди завдяки користуванню Інтернетом можуть засвоювати та підтримувати тренди і надалі, впливаючи на своє оточення, поширювати їх своєю мережею.

Це дослідження взаємозв'язку мережевої взаємодії та різних аспектів стану здоров'я є актуальним в часи популяризації здорового способу життя

серед молоді, адже дає можливість перевірити чи існує різниця в тому які звички все ж є більш поширеними: ті, що мають позитивний вплив на здоров'я і пропагуються по багатьом каналам комунікації крім особистого спілкування, чи ті, що мають негативний вплив, через те, що такі звички легше засвоїти.

Об'єктом дослідження є студентство НаУКМА. *Предметом* дослідження є взаємозв'язок мережевої взаємодії та різних аспектів стану здоров'я. Визначити чи існує взаємозв'язок мережевої взаємодії та різних аспектів стану здоров'я в студентських групах НаУКМА є *метою* даного дослідження.

Відповідно до мети були сформульовані такі *завдання*:

1. Узагальнити наявні результати досліджень самооцінки стану здоров'я в Україні.
2. Виокремити теоретичні підходи до визначення соціальної мережі та мережевої взаємодії у контексті досліджень стану здоров'я.
3. Опрацювати наявні дослідження поширення поведінкових практик всередині соціальних мереж індивідів.
4. Визначити методологічні підходи до дослідження соціальних мереж.
5. Встановити чи існує взаємозв'язок мережевої взаємодії та різних аспектів стану здоров'я в студентських групах НаУКМА.

Теоретико-методологічна база роботи ґрунтується на дослідженнях самооцінки стану здоров'я населенням України КМІС, «Індекс Здоров'я» за 2018 рік і «Молодь України» за 2015 і 2017 роки. Для систематизування статистичних даних щодо вживання тютюнових виробів в Україні, було використано дослідження GATS опубліковане в 2017 році (Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну). Авторами, на праці яких спирається ця робота для розгляду соціальних груп і взаємодії всередині них, є П. Штомпка, Ч. Кулі, Т. Парсонс, Д. Форсайт, Дж. Лоулер та ін. Дослідження Л. Беркман, П. Тойтс, Дж. Фуа та книга «Зв'язані» Н. Крістакіса та Дж.

Фаулера є працями, на яких ґрунтується це дослідження, для виявлення взаємозв'язку соціальних мереж індивідів та різних аспектів їх життя.

Емпірична частина роботи базується на підході мережевого аналізу як під час збору даних, так і на етапі аналізу даних. Дані збиралися за допомогою роздаткової неанонімної анкети (див. Додаток А) серед студентства НаУКМА першого року навчання на спеціальностях Політологія і Біологія з гарантією збереження повної конфіденційності при обробці та представленні результатів дослідження. Розрахунок мережевих показників здійснено в програмі Ucinet for Windows.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ СТРУКТУРОЮ СОЦІАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ТА САМООЦІНКОЮ СТАНУ ЗДОРОВ'Я І ОКРЕМИМИ ПОВЕДІНКОВИМИ ПРАКТИКАМИ

1.1. Самооцінка стану здоров'я населенням України

Здоров'я є основною складовою життєдіяльності індивіда. Від стану здоров'я може залежати рівень інтегрованості індивіда в суспільство, доступ до матеріальних і нематеріальних благ, можливість самореалізації. Також на стан здоров'я кожного окремого індивіда може впливати існуюча ситуація в країні, в якій він або вона проживає. Це працює і в інший бік, адже чим здоровіша людина, тим вище рівень її дієздатності і продуктивності, а отже й користі для суспільства загалом. Здорове суспільство є одним з основних критеріїв для досягнення високого економічного, політичного та соціального розвитку в країні.

Київський міжнародний інститут соціології (КМІС) займається збором та аналізом даних щодо самооцінки стану здоров'я жителями України з 1995 року. У звіті за 2018 рік зазначено, що суттєвих змін в рівні самооцінки здоров'я за 23 роки в Україні не відбулося. Однак, якщо порівнювати дані за 1995 і 2018 роки, ситуація все ж помітно покращилася.

Самооцінка стану здоров'я визначається за допомогою аналізу наданих респондентами відповідей на запитання «Як би Ви оцінили своє здоров'я?» з 6 варіантами оцінки: «Дуже хороше», «Хороше», «Посереднє», «Погане», «Дуже погане» і «Важко сказати».

З 2015 по 2018 рік, 69% молоді у віці від 18 до 29 вважають себе здоровими, від 30 до 39 років – 55%, від 40 до 49 років – 40%, від 50 до 59 років – 26%, від 60 до 69 років – 13%, і серед старших 70 – 8%. Це пояснюється тим, що з віком зростає імовірність захворювань, погіршення стану здоров'я та самопочуття загалом.

Щодо розподілу самооцінки здоров'я за статтю були оприлюднені такі результати: здоровими себе відчують 45% чоловіків і 33% жінок починаючи з 18 років і старше. Такі результати можна пояснити тим, що жінки уважніше ставляться до власного здоров'я і, за даними загальнонаціонального дослідження «Індекс здоров'я. Україна», проведеному в 2018 році, частіше звертаються до лікаря з профілактичною метою порівняно з чоловіками, тому можуть гірше оцінюють власний стан здоров'я (с. 37).

Стан здоров'я залежить від багатьох факторів, таких як вік, стать, економічне становище індивіда, а також тип населеного пункту, в якому індивід проживає. У звіті КМІС (2018) зазначається про залежність стану здоров'я від рівня добробуту:

За даними опитувань 2015-2018 років, серед найменш заможних (тих, кому не вистачає грошей навіть на їжу), здоровими себе назвали лише 22%, серед людей із відносно високим рівнем матеріального добробуту (можуть дозволити собі покупку дорогих речей) - 70%. Тобто вищий рівень добробуту забезпечує кращі можливості для турботи про власне здоров'я, як профілактики захворювань, так і лікування.

Тип населеного пункту, в якому проживає індивід, за отриманими даними, також має вплив на самооцінку стану здоров'я. Краще оцінюють свій стан здоров'я ті респонденти, що проживають в містах (40%), ніж ті, хто проживає в сільській місцевості (34%). Як зазначається у звіті, це можна пояснити тим, що в містах доступ до медичних послуг є кращим, а рівень їх надання – вищим. До цього ж можна додати вищий рівень матеріального добробуту, а також умов праці в міській місцевості порівняно з сільською.

Слід також зазначити, що стан здоров'я впливає на загальне відчуття щастя індивіда. Так, серед тих, хто оцінює власне здоров'я як дуже хороше відчують себе щасливими 89%, в той час як серед респондентів, які вважають свій стан здоров'я дуже поганим, лише 19% почуваються щасливими.

За даними загальнонаціонального дослідження «Індекс здоров'я. Україна», що було проведене в 2018 році, серед українців спостерігається посередній рівень піклування про власне здоров'я. Лише 4,3% з понад десяти тисяч опитаних респондентів зазначили, що піклуються про своє здоров'я дуже добре, 37,2% - скоріше добре і 50,2%, що піклуються посередньо (с. 13).

Результати цього дослідження за 2019 рік вказують на покращення самооцінки здоров'я населенням України порівняно з минулими роками:

Частка тих, хто вважає своє здоров'я добрим або дуже добрим, неістотно зросла – до 50,0% при 48,4% у 2018 р. та 46,6% у 2017 р. Окрім того, зростає середнє значення цієї оцінки за п'ятибальною шкалою – від 3,34 бала у 2016 р. до 3,37 бала. у 2017 р., 3,41 бала у 2018 р. та 3,46 бала у 2019 р. (Індекс здоров'я. Україна, 2019, ст. 12)

В 2017 році в Україні було опубліковано звіт Глобального опитування дорослих щодо вживання тютюну (GATS). За результатами опитування щоденними курцями є 20,1% дорослого населення України, з яких 35,9% - чоловіки і 7,0% - жінки. Віковою групою, в якій тютюнокуріння є найбільш розповсюджене як для чоловіків (46,4%), так і для жінок (11,8%) – 25-44 роки. Щодо соціально демографічних характеристик, найбільший відсоток курців склали чоловіки, що проживають в сільській місцевості – 40,7%, і жінки, що мешкають у містах – 8,2% (с. 36).

Також в звіті було надане порівняння досліджень тютюнокуріння в Україні між 2010 і 2017 роками. Загалом ситуація покращилася:

Значуще зменшилася поширеність щоденного куріння: з 25,0% у 2010 році до 20,1% у 2017 році, відносне скорочення – 19,8%. Зокрема, серед чоловіків поширеність щоденного куріння скоротилася з 45,1% в 2010 році до 35,9% в 2017 році з відносним зниженням 20,0%. Серед жінок статистично значущих змін не відбулося (Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну, 2017, с. 39).

Однак, зросла поширеність щоденного куріння серед вікової групи 15-24 роки: «з 13,7 у 2010 році до 16,3 у 2017 році, хоча в інших вікових групах значущих змін не відбулося».

Також у 2017 році частка молодих людей, які повідомили про початок щоденного куріння, була меншою порівняно з 2010 роком. Значущі зміни спостерігалися щодо початку куріння до 19 років (за даними дослідження 2010 року, до цього віку почали курити щодня 33,9% молодих людей, а в 2017 році – лише 27,6%) (Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну, 2017, с. 39).

Такі зміни могли відбуватися через зменшення просування практики тютюнокуріння, яка відбувалася завдяки рекламним кампаніям тютюнових виробів, що транслювалися по багаточисленним каналам комунікації. Також могло мати вплив зростання середньої ціни за пачку сигарет.

Так, за даними звіту, відсоток дорослих, що помічали будь-який вид реклами чи просування сигарет за останні 30 днів у 2010 (46,3%) значущо знизилось у порівнянні з 2017 (25%). Однак, на противагу цьому знизилася і частота трансляції антитютюнової інформації: в 2010 році 66,8% дорослих людей помічали дану інформацію протягом останніх 30 днів в різних місцях, тоді як у 2017 цей відсоток знизився до 52,7% (Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну, 2017, с. 54).

Щодо зростання цін на тютюнові вироби, в звіті наводяться такі дані: середня ціна, яку сплачувало доросле населення України, за пачку сигарет зросла з 10,4 гривень в 2010 році до 17,5 гривень у 2017 (Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну, 2017, с. 50).

Ще однією звичкою, що негативно впливає на здоров'я, наявною серед населення України є вживання алкоголю. Повертаючись до звіту «Індекс здоров'я. Україна» за 2018 рік, можна побачити такі статистичні дані: «30,2% дорослих українців вживали алкоголь хоча б раз на місяць протягом минулого року. При цьому середня кількість днів вживання алкоголю серед тих, хто його вживає, становила 5,1 дня» (с. 18). Також зазначається зменшення кількості

тих, хто не вживає алкоголь рідше, ніж раз на місяць або ніколи порівняно з 2017 роком на 2,1% (Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну, 2017, с. 19).

Оскільки в цій кваліфікаційній роботі об'єктом дослідження є студенти першого року навчання двох бакалаврських програм у НаУКМА, далі буде наведена інформація щодо самооцінки стану здоров'я саме молоді.

За результатами дослідження «Молодь України-2015», що було проведене соціологічною компанією GfK Ukraine у 2015 році, 58% з 2852 опитаних респондентів сказали, що є практично здоровими, лише іноді можливі застуди чи інші недовготривалі захворювання. 2% респондентів зазначили, що мають серйозні проблеми зі здоров'ям, а 1% - групу інвалідності (с. 48).

Оцінюючи рівень того, наскільки здоровий спосіб життя ведуть респонденти, 51% відповіли, що ведуть скоріше здоровий, ніж нездоровий спосіб життя, 26% ведуть повністю здоровий спосіб життя, а 20% - нездоровий (Молодь України-2015, с. 48).

Щодо активностей які ведуть респонденти, аби бути здоровими, 46% зазначили, що ходять пішки, 44% не мають шкідливих звичок і 42% слідкують за харчуванням. 24% респондентів зазначили, що займаються спортом, фітнесом та йогою для того, щоб бути здоровими, 19% - фізичними вправами 15% - бігом (Молодь України-2015, с. 49).

Протягом останніх 12 місяців 68% опитаних зазначили, що займалися спортом хоча б один раз у свій вільний час. 26% жодного разу не займалися спортом протягом останніх 12 місяців (Молодь України-2015, с. 50). Основною причиною, яка заважає займатися спортом, респонденти відзначали брак часу (40%). На другому місці по частоті згадування є брак власних коштів для відвідування секцій та придбання необхідної екіпіровки для заняття спортом (30%). 14% опитаних зазначили, що мають проблеми з організацією свого вільного часу, через що не можуть розподілити його для занять

фізичною активністю. 26% відповіли, що їм нічого не заважає (Молодь України-2015, с. 52).

Ще одним дослідженням, в якому надаються дані по самооцінці стану здоров'я молоді, є всеукраїнське дослідження «Молодь України 2017», що було проведене в 2017 році Центром «Нова Європа» та Фондом ім. Фрідріха Еберта спільно з соціологічною компанією GfK Ukraine, загалом більшість респондентів оцінюють своє здоров'я позитивно: 8% зазначають, що їх здоров'я в чудовому стані, 19% – у дуже доброму і 49% – у доброму. Серед тих респондентів, що вважають свій стан здоров'я задовільним виявилось більше жінок, ніж чоловіків: 25% проти 19% відповідно (Молодь України 2017, с.122). Однак, такі результати дещо суперечать отриманим в дослідженні самооцінки стану здоров'я населенням України КМІСу в 2018 році, що було зазначене раніше.

Щодо практики вживання тютюнових виробів були зазначені наступні дані:

55% молодих українців ніколи не курили. Щодня курить 17% молоді, і ще 17% — інколи. 8% кинули курити. Традиційно куріння більш розповсюджене серед чоловіків, ніж серед жінок. Так, в Україні 26% молодих чоловіків і 9% жінок курять щодня. Кількість курців, а особливо тих, хто курить цигарки щодня, зростає з віком: наприклад, у віці 14-17 років 5% українців курить щодня, а у віці 25-29 років їх вже 24% (Молодь України 2017, с. 122).

Алкоголь, за результатами дослідження, час від часу вживає 54% молоді. 28% зазначили, що ніколи не вживають алкогольні напої. Чверть респондентів вважають алкоголь взагалі неприйнятним. Відсоток тих, хто вважає алкоголь прийнятним збільшується з віком: «наприклад, серед респондентів у віці 14-17 років 42% вважають алкоголь неприйнятним, у віці 18-20 років — 29%, у віці 21-24 — 23%, а у віці 25-29 років — лише 19%» (Молодь України 2017, с. 122).

Щодо вживання наркотичних засобів: «92% української молоді не вживають легких наркотиків. З віком цей показник зменшується. Так, у віці 14-17 років тих, хто не вживає наркотики, — 98%, а серед молоді 25-29 років їх вже 91%» (Молодь України 2017, с. 123). Отже, загалом, можна прослідкувати тенденцію зміни ставлення молоді до куріння, вживання алкоголю та наркотиків з віком на більш позитивне. Водночас, більше половини опитаних (60%) зазначили, що заняття спортом є важливим для них. Більшість (83%), що здорове харчування має значення. Здорове харчування має значення для більшості (83%). А учасники фокус-груп зазначили, що здоровий спосіб життя – це модно та трендово (Молодь України 2017, с. 122).

Останні дані щодо куріння серед молоді України, що були опубліковані на момент написання цієї роботи, є результати репрезентативного опитування, проведеного 22-24 травня 2020 року дослідницькою агенцією Info Sapiens в Україні. Це опитування визначає зокрема, що саме вплинуло на бажання молоді почати вживати тютюнові вироби. Так, 82% респондентів віком від 18 до 24 років, за даними прес-релізу, починають курити через вплив оточення та друзів, а 19% – через вплив батьків. Також для 11% вирішаючи фактором для того, аби почати курити став смак ментолу (Українці починають палити через вплив оточення, 2020, с. 1). «Також оточення має більший вплив на паління жінок, аніж на паління чоловіків (77% проти 69% назвали цей фактор, відповідно)», - зазначено у прес-релізі (Українці починають палити через вплив оточення, 2020, с. 2).

Підсумовуючи огляд самооцінки стану здоров'я населення України загалом, а також окремо молоді, можна помітити скоріше позитивні результати того як українці оцінюють власне здоров'я та як до нього ставляться. Однак, шкідливі для здоров'я звички, такі як куріння, алкоголь та наркотики також присутні в повсякденному житті українців.

1.2. Вплив взаємодії в соціальних групах і мережах на різні аспекти життя індивідів

Терміни зазвичай мають низку по-різному сформульованих визначень, які в кінцевому випадку все ж несуть один і той самий сенс. В цій роботі *соціальні групи* складаються з двох або більше осіб, що ідентифікують себе одна з одною та взаємодіють між собою (Масіоніс, 2004, с.224).

П. Штомпка в книзі «Соціологія. Аналіз сучасного суспільства» (2005) писав, що суспільство складається з багатьох одиниць, тобто індивідів. Індивіди, в свою чергу, входять у склад різного виду соціальних груп (с. 188). Далі автор навів класифікацію соціальних груп за наступними критеріями: чисельність, тривалість діяльності, стійкість, строгість і міра контролю, що існує в групі, вигода, що отримує індивід від знаходження в групі, а також організованість групи (сс. 209-222). Пишучи про такий критерій як чисельність групи, Штомпка (2005) поділяв їх на малі та великі. До *малих груп* він відносив сім'ю, коло друзів, сусідів, знайомих, молодіжні угруповання, а також невеликі селище, спортивні команди і в'язнів, що знаходяться в одній камері. Це ті групи, в яких її учасники скоріше знайомі між собою і можуть впізнати один одного. Стосунки в середині таких груп є частіше неформальними, а її учасники знаходяться в безпосередній просторовій близькості. До *великих груп* Штомпка відносив цілі нації, політичні партії, церкву, в сенсі сповідання однієї релігії індивідами, тюрму, армію, а також парламент. В таких групах взаємодія відбувається анонімно, тобто її учасники розпорошені у просторі, а їх точна кількість може бути невідома (с. 209). В цьому дослідженні концентрується увага на взаємодії всередині студентських груп, тобто малих.

За типом групи також поділяються на первинні і вторинні. Первинні групи зазвичай характеризуються тісними, постійними зв'язками. Прикладом такої групи може бути сім'я. Вторинні, в свою чергу, складаються з членів, взаємодія яких має на меті досягнення певної спільної цілі або ж заняття

спільною справою, в той час як зв'язки є більш опосередковані та слабкі. Однак, потрібно зазначити, що таке розмежування потрібно для легшого аналізу та опису груп, в той час як в реальності обидва типи груп можуть мати характеристики одна одної (Масіоніс, 2004, с. 226). Студентські групи відносяться до другого типу, а саме вторинних, проте зв'язки всередині такої групи можуть бути сильніші, ніж про це зазначає Масіоніс, і не обмежуватися лише знеособленою взаємодією під час занять в університеті, а й переходити у дружні стосунки та продовжуватися поза стінами навчального закладу.

Д. Левін та Р. Морленд (1994) запропонували модель соціалізації групи, яка пояснює як індивіди потрапляють та виходять з малих груп. Мета цієї моделі, за словами авторів, це виявлення змін, що продукуються індивідами і групами під час їх взаємодії. Також передбачається, що відносини між групою та індивідом систематично змінюються з часом, а агентами впливу потенційно є обидві сторони. Насамперед модель соціалізації груп була розроблена для розгляду малих, автономних груп, члени яких взаємодіють регулярно, мають афективні зв'язки між собою та є поведінково незалежними. Таким чином модель стосується багатьох різних видів груп, включаючи спортивні команди, робочі підрозділи, соціальні клуби тощо (с. 306).

Левін і Морленд виділили наступні три основні процеси групової соціалізації – оцінка, внесок і рольовий перехід. Оцінка включає в себе дії групи й індивіда, що мають на меті оцінити та максимізувати корисність одне одного. Внесок, який залежить від результату процесу оцінки, заснований на уявленнях групи й індивіда про корисність їх власних чи інших відносин. Рольові переходи, які відбуваються, коли внесок досягає критичного рівня, включають у себе перепризначення відношення індивіда до групи та відповідно зміну того, як обидві сторони оцінюють одне одного (Левін, Морленд, 1994, с. 307). Оскільки рівні внеску групи й індивіда змінюються з часом, природа їх стосунків також змінюється. Ці зміни регулюються критерієм прийняття рішення, або специфічними рівнями внеску, які показують, що якісна зміна відносин між двома сторонами гарантована. Коли

внесок групи до індивіда досягає свого критерія прийняття рішення, група ініціює рольовий перехід. Індивід, внесок якого у групу досягає особистого критерія прийняття рішення, зробить те саме. Коли відбувається рольовий перехід, стосунки індивіда з групою спільно переглядаються, і сторони змінюють свої очікування від поведінки одна одної.

Підбиваючи підсумки даної роботи, Левін і Морленд зазначали, що для вивчення малих груп дослідникам необхідно розробити більш динамічні теорії, які можуть враховувати тимчасові зміни у відносинах між групами та їх членами, адже взаємодія в реальних групах сильно відрізняється від створених штучно.

Ще одним важливим аспектом знаходження індивідів в групі є *згуртованість* (cohesion). Привабливість (attraction) (наскільки приваблива людина для групи), симпатія (liking) (наскільки людині подобається група) та перебування (staying) (наскільки люди хочуть залишитися в групі) - це три речі, які визначають згуртованість групи (Форсайт, 2006, с.10). Низка теорій пояснюють, як групи стають згуртованими. Теорія обміну Дж. Лоулера (2000) описує, як емоції можуть впливати на згуртованість групи. Ця теорія дозволяє припустити, що численні позитивні взаємодії призводять до позитивних емоцій, які в підсумку призведуть до згуртованості групи (с. 623). Групи, що мають високий рівень згуртованості можуть заохочувати її членів відповідати груповим нормам та ідеям, і знеохочувати інакодумство. Це може стати причиною для погіршення процесу прийняття групового рішення. Однак, дослідження на цю тему навпаки вказують на наявність зв'язку між згуртованістю і кращими результатами групової взаємодії (Мюллен, Коппер, 1994, с. 221).

Ч. Кулі (2012) писав, що люди формують та засвоюють у групах цінності, навички та принципи і навчаються підлаштовувати та змінювати власну поведінку, аби відповідати соціальним нормам та вимогам.

Д. Форсайт в книзі «Групова динаміка» (2006) писав, що, коли люди пов'язані між собою відносинами, вони стають взаємозалежні, а тому

впливають на дії, почуття, думки один на одного. Такі соціальні стосунки відбуваються не просто через просторову близькість і доступність іншої людини, а через усвідомлений вибір (с. 5).

Т. Парсонс (1951), в свою чергу, проводив різке розмежування між відносинами людини з людиною і людини з групою, стверджуючи, що останній тип взаємодії має вирішальне значення для соціального порядку, оскільки особи обмежені в кількості соціальних відносин, які вони можуть мати та підтримувати. Навіть у відносно невеликих групах кожен діадичний зв'язок не обов'язково взагалі будуть сформовані або однаково сильним.

За Форсайтом (2006) відносини пов'язують членів один з одним і включають їх у групу. Група в свою чергу має психологічні межі, які визначаються тими, хто входить до складу групи, тобто визнаними членами, та тими, хто до неї не входить – виключених з групи як не членів. Навіть за умови, що такі обмеження є нестійкими та мають високий рівень проникнення, вони відрізняють соціальні групи від *соціальних мереж*. Форсайт вважав, що для того, аби стати частиною соціальної мережі, потрібно лише встановити певні стосунки з індивідом, який вже є її частиною (с. 6). Для подальшого розгляду праць щодо впливу соціальних мереж на різні аспекти життя індивідів потрібно визначити що таке соціальні мережі. *Соціальні мережі* представляють собою взаємодію між індивідами всередині груп, суспільств. (Кліфтон, Вебстер, 2017, с.1)

Л. Беркман (1986) писала, що соціальні умови і соціальні мережі можуть спричиняти захворювання шляхом впливу на такі біологічні фактори ризику як, наприклад, артеріальний тиск або рівень холестерину в крові, а також на поведінкові практики пов'язані зі здоров'ям, які включають у себе куріння сигарет та вживання алкоголю.

В 2000 році Л. Беркман з колегами опублікували статтю, в якій розробили концептуальну модель впливу соціальних мереж на здоров'я. На думку дослідників/-ць, це є каскадний причинно-наслідковий процес, що починається з макросоціальних і рухається до психобіологічних процесів, які

динамічно пов'язані між собою та утворюють процеси, за допомогою яких соціальна інтеграція впливає на здоров'я (див. Додаток Б). За словами авторів/-ок, соціальні мережі працюють за, описаною в схемі, серією з п'яти принципових механізмів у формуванні здоров'я людей. В свою чергу, ці механізми впливають на інші фактори через біологічні та психологічні шляхи, що мають безпосередній вплив на здоров'я. Таких шляхів в схемі наведено три (див. Додаток Б), однак Беркман з колегами підкреслює, що зазвичай вплив може відбуватися декількома шляхами одночасно (Беркман та колеги, 2000, сс. 846-847).

Отже, по-перше, соціальні мережі за допомогою соціального впливу чи соціальної підтримки впливають на поведінку людини, що сприяє її здоров'ю, чи пошкоджує його. Автори/-ки наводять такі приклади такої поведінки: вживання тютюну та алкоголю, фізичні навантаження, здорове чи нездорове харчування, сексуальні практики, вживання наркотиків. По-друге, соціальні мережі за допомогою будь-якої кількості шляхів впливають на когнітивні та емоційні стани, такі як самооцінка, соціальна компетентність, самоефективність, а також депресія. По-третє, мережі можуть мати прямий вплив на стан здоров'я, впливаючи на ряд фізіологічних шляхів, які багато в чому пов'язані з реакціями на стрес.

П. Тойтс (2011) також описала декілька шляхів завдяки яким соціальні мережі впливають на здоров'я та поведінкові практики, що з ним пов'язані. Одним з таких шляхів є соціальний вплив та соціальне порівняння. В цьому випадку грає роль порівняння власних звичок і поведінки індивіда з поведінкою і звичками інших членів його групи, аби підлаштуватися під загальноприйняті норми та краще інтегруватися. Це відбувається через спостереження та наслідування. Таке перейняття норм може мати як позитивний вплив на здоров'я індивіда, так і негативний, адже передаватися можуть такі звички як заняття спортом, дотримання здорового харчування, профілактичні візити до лікарів, так і вживання алкоголю, наркотиків чи тютюнових виробів.

Іншою формою соціального впливу є соціальний контроль. Тойтс зазначала, що соціальний контроль є ключовим механізмом, завдяки якому мережеві зв'язки впливають на здоров'я та довголіття, насамперед через його вплив на поведінкові практики пов'язані зі здоров'ям. Соціальний контроль також може бути корисним або шкідливим для здоров'я, залежно від стратегій, які використовуються для регулювання поведінки людини зі сторони інших учасників мережі.

Соціальні зв'язки зокрема впливають на здоров'я через дружні стосунки та приналежність до групи. Так, приналежність позитивно впливає на психологічне та фізичне здоров'я, а її відсутність, навпаки, пов'язана з депресією, тривожністю, а також шкідливими звичками. Прикладом утворення груп в залежності від поведінкових практик є дослідження Дж. Фуа «Вплив колективних норм та популярності на звички куріння та вживання алкоголю серед членів братства коледжу: аналіз соціальних мереж» (2011). Результати цього дослідження показали, що звичка куріння прогнозує те, з ким члени групи будуть спілкуватися ближче та частіше: курці, як правило, спілкуються з іншими курцями, а некурці - як правило, спілкуються з некурцями. Однак, центральні позиції у мережі займали індивіди, що вживали тютюнові вироби найчастіше, тобто було виявлено взаємозв'язок між популярністю та частотою курінням.

Однією з основних робіт, в якій було описано як взаємодія в соціальній мережі може впливати на здоров'я людини є книга «Зв'язані» Н. Крістакіса та Дж. Фаулера. Так, автори провели докладний аналіз того, як соціальна мережа впливає на поширення всередині неї ожиріння. Це пояснюється тим, що люди схильні переймати чужу поведінку та норми як свідомо, так і несвідомо. Крім розповсюдження звичок, що несуть за собою шкоду для здоров'я людини, Крістакіс і Фаулер виявили і позитивну тенденцію припинення куріння тютюнових виробів серед учасників мережі. Дослідники пишуть, що таке рішення приймає не людина окремо, а це є скоріше відображенням вибору, що був зроблений цілою групою людей пов'язаних між собою напряду чи

опосередковано. Тобто велику роль в цьому процесі також грають групові норми, що починають поширюватися по соціальній мережі і призводять до появи схожих поглядів і дій. Така тенденція стала причиною поділу людей на групи тих, хто продовжує курити і тих, хто вже позбувся цієї звички. На думку авторів, такий поділ стає причиною для формування в кожній групі власної ідентичності, яка в подальшому заважає їм змішуватися (Крістакіс, Фаулер, 2011, с. 117-124). Про це також писав Т. Валенте (2015). Автор зазначає, що коли людина узгоджує свою поведінку зі своєю мережею, виникає соціальний вплив, а коли людина змінює свою мережу, аби вона відповідала її поведінці – соціальний відбір (с. 214).

Крістакіс і Фаулер (2011) визначили соціально-мережеву групу як групу людей всередині мережі, зв'язки між якими сильніші, ніж з іншими групами в цій мережі. Найголовніше, на думку, авторів, для визначення групи не спільні риси між її елементами, а структура зв'язків. Отже, соціальна мережа – це організований набір людей, який складається з двох видів елементів: людей та зв'язків між ними. Однак, автори зазначають, що природно організація мереж не відбувається за наказом, а складається сама по собі, завдяки схильності людини мати ту чи іншу кількість дружніх зв'язків, сім'ю, а також обирати певний вид роботи (Крістакіс, Фаулер, 2011, с.22).

В будь-якій мережі можна виділити два основних аспекти – *зв'язок і вплив*. Перший аспект є важливим з боку того хто з ким пов'язаний. Адже, коли група утворює соціальну мережу, стосунки всередині неї утворюють відповідну структуру, яка визначається як *топология* – форма соціальної мережі. Вплив означає передачу ресурсів – матеріальних або нематеріальних. В цьому аспекті важливо хто передає, кому і що саме, завдяки своїм зв'язкам у мережі (Крістакіс, Фаулер, 2011, с. 26).

Крістакіс і Фаулер (2011) виділили 5 правил, що регулюють зв'язки і вплив соціальних мереж. Першим правилом є те, що люди самі визначають структуру своєї соціальної мережі. Існує три основні шляхи її формування: визначення кількості людей, з якими індивід готовий підтримувати зв'язки,

визначення наскільки тісними будуть зв'язки між друзями та родичами, визначення поведінки індивіда, завдяки якій встановлюється положення індивіда відносно центру соціальної мережі (Крістакіс, Фаулер, 2011, сс. 27-28). Правило друге: люди такі, якими їх робить їх соціальна мережа. До цього правила автори навели приклад дослідження норвезьких призовників, в якому розглядався вплив кількості соціальних контактів на рівень інтелекту. Було виявлено, що різниця в рівні інтелектуального розвитку була спричинена такими характеристиками соціальних мереж, як розмір та склад родини (Крістакіс, Фаулер, 2011, с. 30).

Важливою умовою також є кількість друзів, знайомих у друзів і членів родини індивіда, адже чим їх більше, тим менша відстань від індивіда до інших учасників мережі, а отже, індивід є ближче до її центру, що дозволяє йому бути більш включеним у процес розповсюдження різного виду ресурсів цією мережею (Крістакіс, Фаулер, 2011, с. 32). З цього випливає третє правило: на людей впливають їх друзі. Властивість людей впливати один на одного є основним фактором, що визначає передачу ресурсів всередині мережі.

Наявність впливу друзів друзів друзів людини – правило четверте. Люди мають вплив один на одного навіть при відсутності безпосередньої взаємодії. Такий зв'язок є *гіпердіадичним*. Аби зрозуміти принцип існування та роботи таких зв'язків Крістакіс і Фаулер зазначали, що потрібно аналізувати всю систему цілком (Крістакіс, Фаулер, 2011, с. 33).

Останнім правилом є те, що соціальна мережа існує незалежно. Це відбувається через властивості та функції мережі які є неконтрольованими і можуть не усвідомлюватися її учасниками. Це означає, що соціальна мережа має *емерджентні властивості*, тобто властивості цілого, що з'являються завдяки взаємодії і взаємозв'язку його частин (Крістакіс, Фаулер, 2011, с. 36).

Підсумовуючи, Крістакіс і Фаулер (2011) вважають, що здоров'я залежить не тільки від поведінки людини, а й від поведінки тих, хто її оточує: «ключовий фактор, що визначає наше здоров'я, - це здоров'я оточення»

(с.138). Тому програми по припиненню куріння, споживання алкоголю та зниженню ваги краще працюють саме в групах.

В подальшому інші дослідження почали посилалися на роботу Крістакіса і Фаулера. Одним з таких є дослідження впливу соціальних мереж на проблеми зі шкірою і головні болі І. Коен-Кола і Дж. Флетчера (2009). За отриманими результатами вірогідність людини мати головні болі та проблемну шкіру підвищується від наявності друзів в соціальній мережі, що вже мають ці проблеми зі здоров'ям (с. 30).

Отже, взаємодія в соціальних групах і соціальних мережах або її відсутність, за даними з наведених вище джерел, має сильний вплив на життя кожного окремого індивіда, його поведінку, цінності, думки, звички, на його соціальне, економічне становище та стан здоров'я.

1.3 Методологічні засади дослідження соціальних мереж

Термін соціальна мережа означає артикуляцію соціальних відносин, приписаних або досягнутих серед людей, сімей, громад, регіонів тощо. Кожен з цих прикладів може виступати як одиницею або вузлом соціальної мережі, так і актором.

Теорії соціальних мереж розглядають людей не як сформовану механічно сукупність, а як органічне ціле, де складові елементи пов'язані між собою зв'язками на основі взаємодій, прямих чи опосередкованих, у різних сферах, таких як соціальна, економічна, політична тощо. Це дає змогу соціальній мережі бути досить гнучкою та включати у себе зв'язки взаємовідносин соціального актора, навіть якщо вони виходять за межі традиційних соціальних категорій. Таким чином, основна відмінність між традиційними підходами та аналізом соціальних мереж є те, що перші засоби орієнтуються на акторів і атрибути, а другий – на акторів і зв'язки. (Ханнеман, 2005, с.3)

Крім того, аналіз соціальних мереж є потужним інструментом для ідентифікації змін у структурі різного типу груп. Так, наприклад, він дозволяє

аналізувати отримані дані про взаємодію у малій групі, опитування великих громад, а також досліджувати міграцію населення, сфери торгівлі, логістики тощо (Бандіопадх'яй, Рао & Сінха, 2011, сс. 4-5).

Аналізувати можна цілі соціальні мережі (complete networks) або мережі окремого актора (ego networks). В цій роботі, для виявлення поширення поведінкових практик, аналізуються саме цілі соціальні мережі студентства. Також важливою частиною дослідження соціальних мереж є визначення вибірки і її меж. Основними трьома способами визначення меж вибірки є: повносітковий метод, метод «снігової кулі» та егоцентричний метод (Ханнеман, 2005, с. 7-9). Для аналізу соціальних мереж в цій роботі було використано повносітковий метод визначення вибірки і її меж. Для вимірювання зв'язків всередині мережі існують п'ять шкал: бінарні, шкали множинного вибору, групові порядкові, повнопорядкові та інтервальні шкали (Ханнеман, 2005, с. 11-14).

Для систематизації та візуалізації отриманих даних в ході дослідження соціальних мереж були використані матриці, графи та таблиці. «За допомогою графів можна відобразити зв'язки між акторами: показати напрямок зв'язків (направлений граф, directed graph), при використанні бінарного методу обробки, або показати різноманіття та інтенсивність зв'язків на графі завдяки кольору, товщини і структурі ліній» (Костюченко, Розискул, 2012, с.36) .

Ряд дослідників розробили засоби вимірювання розміру (network size) та щільності (density) мережі. Їх використання може бути особливо корисно, якщо вони застосовуються разом зі стандартними засобами вимірювання соціальної інтеграції. Це дає можливість перевірити, позитивний чи негативний вплив має соціальна інтеграція для здоров'я після контролю таких мережових характеристик, як щільність особистих мереж учасників. Також соціальні мережі характеризуються за рангом (degree centrality), близькістю (closeness centrality) і серединністю (betweenness centrality). Розмір соціальної мережі визначається за кількістю унікальних зв'язків, яка в свою чергу визначається формулою $(K \times (K - 1))$, де K – це кількість респондентів.

Щільність – це відношення наявних зв'язків до всіх можливих. *Ранг* відповідає за кількість зв'язків. Суму найкоротших відстаней від актора до всіх учасників мережі показує *близькість*. А *серединність* – це пропускна здатність актора. (Костюченко, Розискул, 2012, с.36)

Отже, узагальнюючи результати наявних досліджень про самооцінку стану здоров'я населенням України, більшість людей оцінює своє здоров'я скоріше позитивно. Також, за отриманими результатами наведених раніше досліджень, на самооцінку стану здоров'я впливають вік, стать, економічне становище індивіда, а також тип населеного пункту, в якому він проживає. Стан здоров'я зі свого боку впливає на рівень щастя та загального задоволення життям. Також в одному з досліджень було виявлена залежність між віком та ставленням до звичок, що можуть мати негативний вплив на здоров'я індивіда. Так, чим старша людина, тим менш негативно вона ставиться до вживання алкогольних напоїв, тютюнових виробів або наркотичних засобів. Таку тенденцію можна пояснити впливом оточення та взаємодії всередині соціальних груп та мереж. Під час цієї взаємодії передаються та засвоюються норми та звички, що існують у цих групах. Наявні дослідження на цю тему визначають, що вплив на життя окремого індивіда можуть мати не тільки його близьке оточення, а й ширше коло спілкування. Ця взаємодія та вплив, що вона за собою несе, може вивчатися і вимірюватися завдяки аналізу соціальних мереж. Аналіз соціальних мереж дозволяє виявити положення індивіда в соціальній мережі та прослідкувати хто та як з її учасників впливає на нього.

РОЗДІЛ 2

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ СТРУКТУРОЮ СОЦІАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ТА САМООЦІНКОЮ СТАНУ ЗДОРОВ'Я І ОКРЕМИМИ ПОВЕДІНКОВИМИ ПРАКТИКАМИ

2.1. Методологія дослідження взаємозв'язку самооцінки стану здоров'я та взаємодії всередині студентської групи

Для виявлення наявності чи відсутності зв'язку між взаємодією всередині соціальних мереж студентства першого року навчання на спеціальностях «Політологія» та «Біологія» і самооцінки стану їх здоров'я була використана друкована роздаткова анкета (див. Додаток А), яка була розроблена в рамках проекту «Дослідження соціального капіталу в Україні» (Research on Social Capital in Ukraine, RESCUE). Анкета є неанонімною, оскільки мережевий аналіз передбачає створення файлу даних, де наявні зв'язки між особами, тому без зазначення імен дослідження соціальних мереж є неможливим. В подальшому імена респондентів були перекодовані у номери, а спеціальності в подальшому будуть зазначатися як «Спеціальність 1» і «Спеціальність 2» для забезпечення конфіденційності даних респондентів при аналізі та представленні результатів дослідження. Анкета включає у себе відкриті, закриті та запитання множинного вибору.

Анкета роздавалась респондентам та заповнювалась ними самостійно безпосередньо на місці. *Вибірка* була суцільною: з 40 студентів/-ок, що навчалися на першому курсі спеціальності «Біологія» було опитано 35, на спеціальності «Політологія» було опитано всіх 46 студентів/-ок. Дані були зібрані в травні 2019 року. Зібрані дані кодувалися за допомогою Excel.

На основі попередніх досліджень з тематики самооцінки здоров'я з фокусом на молоді як соціальній категорії були сформульовані такі гіпотези:

1. Більшість студентства веде здоровий спосіб життя (Молодь України, 2015, 2017).
2. Частка студентства, що вживає тютюнові вироби і та, що не вживає, утворюють окремі підгрупи у мережі. (Н. Крістакіс і Дж. Фаулер, 2011)

3. Студентство, що займається спортом має сильніші дружні зв'язки всередині групи, ніж зі студентством, що не займається спортом (Дж. Фуа, 2011).
4. Групи студентства, що регулярно вживають тютюнові вироби є популярнішими за групи студентства, що вживають час від часу чи не вживають зовсім (Дж. Фуа, 2011).
5. Студентство, яке є більш популярне всередині своїх мереж, краще оцінюють стан свого здоров'я (П. Тойтс, 2011)

2.2. Поширеність здорового способу життя у студентських групах

Аби перейти до перевірки гіпотези, що була сформульована на основі опитувань Молодь України – 2015 і Молодь України 2017, результати яких вказують, що більшість молоді зазначає, що веде здоровий спосіб життя і вважає це модним, потрібно навести визначення поняття здорового способу життя, зокрема які запитання з анкети RESCUE стосувалися такої поведінкової практики.

Ведення здорового способу життя визначається за допомогою питань «Ви займаєтеся спортом чи ні (крім фізвиховання в НаУКМА)?» і «Ви курите чи ні?» з варіантами відповіді для обох питань: «Так, регулярно», «Так, час від часу/інколи» і «Ні». Відповіді студентства на ці питання в подальшому були закодовані у файл атрибутів під назвами «спорт» (sport) та «куріння» (smoking). Якщо респондент/-ка обрав/-ла один з перших двох варіантів відповіді в першому питанні і останній варіант в другому, це означає, що він або вона займається спортом регулярно чи принаймні час від часу, а також не вживає тютюнові вироби, а отже піклується про власне здоров'я і веде здоровий спосіб життя.

Так, аби перевірити цю гіпотезу 1, було використано процедуру визначення щільності за підгрупами (density by group) в програмному забезпеченні UCINET для обох спеціальностей. Розрахунок матриці дружніх зв'язків у підгрупах за атрибутом «спорт» дозволяє розподілити акторів за групами: визначити акторів, що увійшли у групи тих, хто займається спортом

регулярно, час від часу або не займається взагалі і їх чисельність в кожній із груп (табл. В1, табл. В2). Цю ж процедуру з використанням атрибуту «куріння» було застосовано, аби визначити акторів, що є постійними курцями, тими, хто курить час від часу, а також некурців (табл. В3, табл. В4). Далі отримані дані були перенесені для аналізу в Excel. Спершу було об'єднано групи акторів, що займаються спортом регулярно та час від часу, далі за допомогою використання функції, яка порівнює списки акторів некурців та акторів, що займаються спортом, було відібрано тих, хто входить в обидва списки, а отже вважаються такими, що піклуються про стан свого здоров'я. На Спеціальності 1 кількість таких акторів склала 22, на Спеціальності 2 – 18. Такі дані вказують на те, що гіпотеза не підтвердилася, адже загалом на Спеціальності 1 було опитано 46 студентів/-ок, а на Спеціальності 2 – 35, тобто в першому випадку кількість студентства, що веде здоровий спосіб життя склала, дещо менше половини (48%) від загальної кількості, а в другому – половину (51%).

2.3. Взаємозв'язок між поширенням поведінкових практик вживання тютюнових виробів і заняття спортом та сили дружніх зв'язків у соціальних мережах студентства

Для перевірки гіпотези, про поділ студентства на окремі групи тих, хто курить та тих, хто ні, було використано програмне забезпечення UCINET та NetDraw. Для початку аналізу файли з мережами двох опитаних спеціальностей були розділені на окремі матриці за допомогою процедури розпакування (unpack). Завдяки цьому була отримана матриця дружніх стосунків, які визначаються за шкалою від 0 до 4, де 0 – не знаю цю людину, 1 – знаю ім'я людини, але не спілкуємося, 2 – просто однокласник/-ця, 3 – приятельські стосунки, 4 – дуже близькі дружні стосунки. Далі, аби зосередити увагу лише на сильних зв'язках, а саме приятельських та дуже близьких дружніх стосунках, була використана процедура дихотомізації (dichotomize) після чого всі зв'язки з силою, що дорівнює або більше 3 були закодовані в 1,

а зв'язки з силою менше 3 – в 0. Також, аби залишити тільки взаємні, двонаправлені зв'язки була використана процедура симетризації (symmetrize) з методом мінімальних значень (symmetrizing method: minimum). Атрибут «куріння», як вже було зазначено вище, було отримано через кодування відповідей респондентів на питання множинного вибору «Ви курите?» та варіантами відповідей «Так, регулярно», «Так, час від часу/інколи» і «Ні». Для візуалізації отриманих даних було використано програмне забезпечення NetDraw.

Отримані графи (рис. 2.1, рис. 2.2) дружніх стосунків двох спеціальностей з атрибутом «куріння» вказують, що більшість акторів, які дали відповіді «Так, курю регулярно» та «Так, курю час від часу» знаходяться ближче один до одного всередині мережі, що означає, що сила зв'язку між ними є сильнішою, порівняно з іншими акторами. Однак, на рисунку 2.1 можна побачити, що в мережі Спеціальності 1 наявні декілька акторів, що вибиваються з групи курців (рис. 2.1). Так, актор P22 віддає перевагу спілкуванню з групою некурців, а актор P7 займає позицію на периферії мережі, маючи лише один взаємний зв'язок з актором P2, що зазначив, що він курить лише іноді. В той час як в мережі Спеціальності 2 (рис. 2.2) сформувалися дві окремі групи акторів, що курять регулярно та час від часу (B5, B14, B26, B28, B38 і B4, B21, B40). В одну з них є сильно інтегрований актор, що є некурцем (B23). Такі результати розходяться з думкою Крістакіса і Фаулера (2011) про те, що через групову ідентичність люди, що курять та ті, що ні не змішуються між собою.

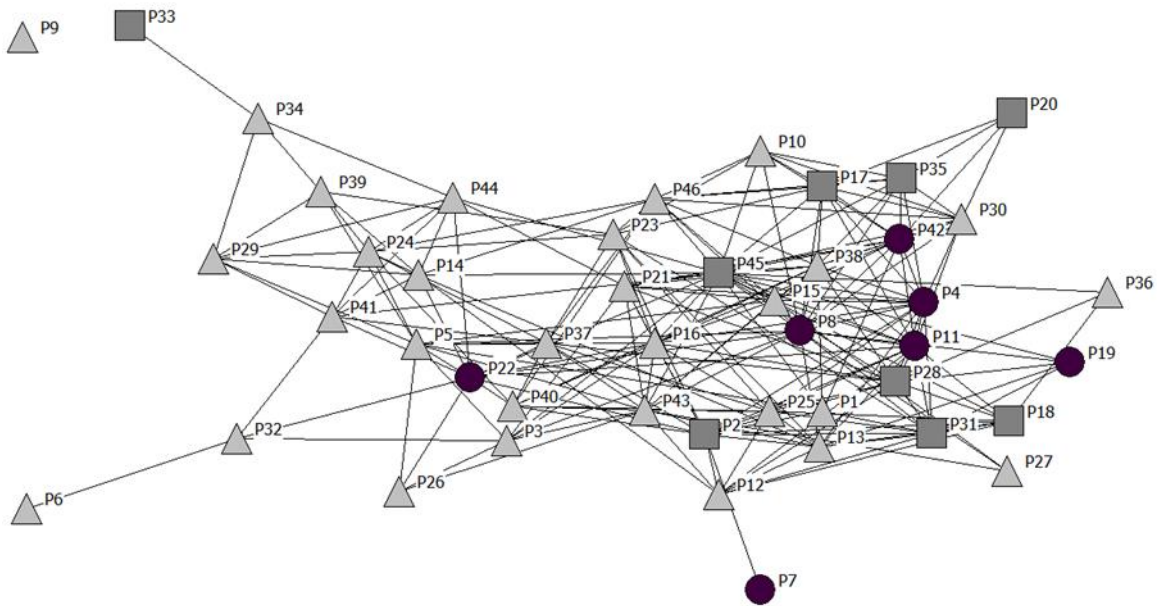


Рис. 2.1. Граф взаємних дружніх стосунків у групі Спеціальності 1 за атрибутом куріння.
Примітка: коло – курять регулярно, квадрат – курять час від часу, трикутник – не курять.

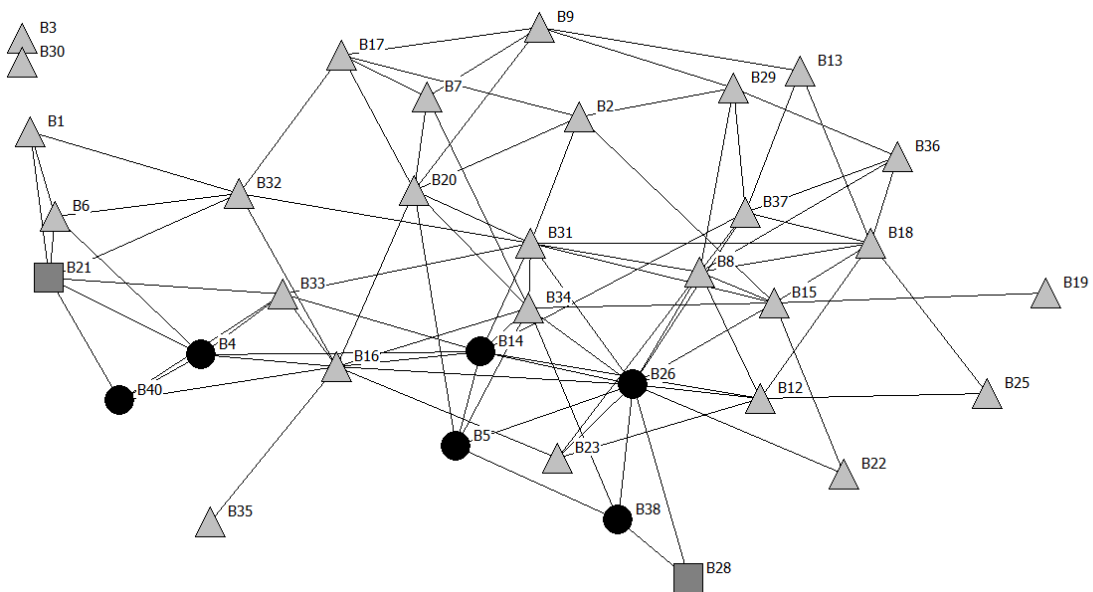


Рис. 2.2. Граф взаємних дружніх стосунків у групі Спеціальності 2 за атрибутом куріння.
Примітка: Коло – курять регулярно, квадрат – курять час від часу, трикутник – не курять.

Висновок про те що курці тісніше взаємодіють між собою підкріплюється даними отриманими при аналізі дихотомізованої матриці дозвілля, яка була отримана через кодування відповідей на запитання «Позначте осіб, з якими Ви безпосередньо проводили разом дозвілля», де респонденти повинні були відмітити всіх людей із списку одногрупників/-ць з якими вони спілкувалися у вільний від занять час. Застосувавши процедуру визначення щільності у підгрупах двох спеціальностей (density by group) з

атрибутом «куріння» були отримані таблиці 2.1 і 2.2, в яких найбільший показник щільності існує всередині підгрупи курців в мережах обох спеціальностей. Також треба зазначити, що показник щільності у дихотомізованій матриці тотожний відсотку наявних зв'язків до всіх можливих. Отже, отримані дані вказують, що гіпотеза 1 підтвердилася.

Таблиця 2.1

Щільність зв'язків у підгрупах регулярних курців, нерегулярних, та некурців на Спеціальності 1 за дозвіллям

	1. Курять регулярно	2. Курять час від часу	3. Не курять
1. Курять регулярно	0.100	0.043	0.045
2. Курять час від часу	0.029	0.077	0.045
3. Не курять	0.027	0.032	0.027

Таблиця 2.2

Щільність зв'язків у підгрупах регулярних курців, нерегулярних, та некурців на Спеціальності 2 за дозвіллям

	1. Курять регулярно	2. Курять час від часу	3. Не курять
1. Курять регулярно	0.167	0.083	0.031
2. Курять час від часу	0.083	0.000	0.056
3. Не курять	0.031	0.056	0.047

Аби перевірити чи групи акторів, що вживають тютюнові вироби регулярно, є популярнішими всередині мереж, порівняно з іншими, було проаналізовано виміряну матрицю дружби з різною силою зв'язків, використавши процедуру визначення щільності за групами (density by group), де щільність тотожна середній силі зв'язку (average tie strength). Отже, за отриманими результатами (табл. 2.3, табл. 2.4), як на Спеціальності 1, так і на Спеціальності 2 показники середньої сили зв'язків у всіх трьох груп є найвищими саме з групою курців. Хоча, загалом, показники не перевищують

значення 2, що означає, що приятельських чи дружніх зв'язків всередині груп чи між ними є доволі мало.

Таблиця 2.3

Середня сила зв'язків за атрибутом куріння на Спеціальності 1

	1. Курять регулярно	2. Курять час від часу	3. Не курять
1. Курять регулярно	2.690	2.603	2.238
2. Курять час від часу	2.825	2.694	2.411
3. Не курять	2.324	2.207	2.287

Таблиця 2.4

Середня сила зв'язків за атрибутом куріння на Спеціальності 2

	1. Курять регулярно	2. Курять час від часу	3. Не курять
1. Курять регулярно	2.533	2.250	1.914
2. Курять час від часу	2.500	2.000	1.815
3. Не курять	2.031	1.852	1.994

Також в мережах обох спеціальностей середня сила зв'язків з постійними курцями в підгруп акторів, що курять нерегулярно та підгруп некурців є вищою, ніж у постійних курців з цими підгрупами. Такі результати можуть вказувати на те, що куріння це «мережеутворювальна» поведінкова практика. Цей висновок також впливає з результатів отриманих при аналізі дихотомізованої матриці сильних дружніх взаємних зв'язків з використанням процедури визначення щільності за групами (density by group) (табл. 2.5, табл. 2.6).

На отриманих таблицях (табл. 2.5, табл. 2.6) можна побачити, що сильні дружні зв'язки існують у всіх груп з групою постійних курців. Найбільший показник щільності існує між підгрупами регулярних курців та тих, хто курить

час від часу (Спеціальність 1 - 0,651, Спеціальність 2 - 0,583). Тоді як на Спеціальності 1 щільність всередині підгрупи студентства, що курить час від часу становить 0, що означає повну відсутність дружніх та приятельських зв'язків. Також потрібно зазначити, що показники щільності дружніх зв'язків курців з іншими підгрупами та інших підгруп с курцями в середньому відрізняються на 10%.

Таблиця 2.5

Щільність дружніх зв'язків у підгрупах регулярних курців, нерегулярних, та некурців на Спеціальності 1

	1. Курять регулярно	2. Курять час від часу	3. Не курять
1. Курять регулярно	0,595	0,476	0,310
2. Курять час від часу	0,651	0,597	0,441
3. Не курять	0,348	0,289	0,334

Таблиця 2.6

Щільність дружніх зв'язків у підгрупах регулярних курців, нерегулярних, та некурців на Спеціальності 2

	1. Курять регулярно	2. Курять час від часу	3. Не курять
1. Курять регулярно	0,533	0,417	0,198
2. Курять час від часу	0,583	0,000	0,185
3. Не курять	0,259	0,130	0,252

Отже, гіпотеза про те, що підгрупа постійних курців є популярнішою всередині мереж обох спеціальностей підтвердилася. Такі результати збігаються з результатами дослідження Дж. Фуа (2011), які вказували на зв'язок між частотою куріння та популярністю в соціальній мережі.

Також Дж. Фуа (2011) зазначав, що люди схильні утворювати групи за інтересами або звичками, тому, аби перевірити чи студентство, що займається спортом мають більше дружніх зв'язків між собою, ніж зі студентством, що спортом не займається, було також застосовано процедуру перевірки

щільності за групами (density by group) дихотомізованих матриць сильних дружніх зв'язків двох спеціальностей з підключенням атрибуту «спорт». На отриманих таблицях 2.7 і 2.8 можна побачити, що найвищий показник щільності у підгруп акторів, що займаються спортом регулярно, в мережах обох спеціальностей є найвищим саме всередині підгрупи і становить 0.528 на Спеціальності 1 і 0.356 на Спеціальності 2. Це означає, що 53% зв'язків всередині підгрупи, що займається регулярно спортом на Спеціальності 1 і 37% на Спеціальності 2, є дружніми.

Таблиця 2.7

Щільність дружніх зв'язків у підгрупах в залежності від частоти занять спортом на Спеціальності 1

	1. Займаються спортом регулярно	2. Займаються спортом час від часу	3. Не займаються спортом
1. Займаються спортом регулярно	0.528	0.416	0.500
2. Займаються спортом час від часу	0.379	0.349	0.363
3. Не займаються спортом	0.411	0.304	0.300

Таблиця 2.8

Щільність дружніх зв'язків у підгрупах в залежності від частоти занять спортом на Спеціальності 2

	1. Займаються спортом регулярно	2. Займаються спортом час від часу	3. Не займаються спортом
1. Займаються спортом регулярно	0.356	0.164	0.200
2. Займаються спортом час від часу	0.243	0.335	0.227
3. Не займаються спортом	0.236	0.253	0.218

Результати, що були отримані завдяки аналізу матриці дозвілля з атрибутом «спорт» вказують на те, що студентство, які регулярно займаються спортом надають перевагу проведенню дозвілля саме всередині своєї підгрупи (табл. 2.9, табл. 2.10). Отже, гіпотеза 3 підтвердилася.

Таблиця 2.9

Щільність дружніх зв'язків у підгрупах в залежності від частоти занять спортом на Спеціальності 1

	1. Займаються спортом регулярно	2. Займаються спортом час від часу	3. Не займаються спортом
1. Займаються спортом регулярно	0.222	0.165	0.122
2. Займаються спортом час від часу	0.152	0.111	0.115
3. Не займаються спортом	0.189	0.178	0.144

Таблиця 2.10

Щільність дружніх зв'язків у підгрупах в залежності від частоти занять спортом на Спеціальності 2

	1. Займаються спортом регулярно	2. Займаються спортом час від часу	3. Не займаються спортом
1. Займаються спортом регулярно	0.262	0.190	0.129
2. Займаються спортом час від часу	0.206	0.139	0.096
3. Не займаються спортом	0.176	0.130	0.138

Такі результати перевірки двох гіпотез вказують, що студентство все ж віддає перевагу спілкуванню з людьми, що мають схожі інтереси та звички, незалежно від того корисні вони для здоров'я чи ні.

2.4. Взаємозв'язок між популярністю всередині студентських мереж та самооцінкою стану здоров'я

П. Тойтс (2011) зазначала, що наявність дружніх зв'язків та приналежність до групи позитивно впливає на здоров'я людини. Аби перевірити третю гіпотезу, щодо зв'язку між популярністю та кращою самооцінкою стану здоров'я студентством, було проаналізовано дихотомізовані матриці приятельських і дружніх напружених зв'язків всередині мереж Спеціальностей 1 і 2, і визначенням ступені центральності (degree centrality) кожного окремого актора в цих мережах з використанням

атрибуту «здоров'я», який був отриманий через кодування відповідей студентства на питання «Загалом, як ви зараз оцінюєте своє здоров'я? Воно...» з варіантами відповіді «1) дуже хороше», «2) хороше», «3) задовільне», «4) погане», «99) складно сказати».

За отриманими результатами, у мережі Спеціальності 2 (табл. 2.11) 8 найпопулярніших студентів/-ок, за нормалізованим показником вхідних (normalized indegree) дружніх і приятельських зв'язків, оцінюють своє здоров'я як хороше (B5, B8, B7, B20, B31, B17, B2) і 2 – задовільне (B26, B40), в той час як ні один/-а студент/-ка, що оцінює своє здоров'я як дуже хороше (B37, B18, B13, B9, B1, B22), не ввійшли у цей список, а рівень їх центральності за нормалізованим показником вхідних зв'язків можна вважати середнім чи низьким (табл. 2.12).

Таблиця 2.11

Ступінь центральності та самооцінка стану здоров'я на Спеціальності 2.

Актори з найвищими показниками вхідних зв'язків

Актор	Нормалізований показник Ступеня центральності за вхідними зв'язками (Nrm InDegree)	Самооцінка стану здоров'я
B5	0,441	Хороше
B26	0,441	Задовільне
B8	0,441	Хороше
B7	0,412	Хороше
B20	0,412	Хороше
B31	0,412	Хороше
B17	0,382	Хороше
B2	0,382	Хороше
B40	0,382	Задовільне
B34	0,353	Хороше

Таблиця 2.12

Ступінь центральності та самооцінка стану здоров'я на Спеціальності 2.

Актори, що оцінили своє здоров'я як дуже хороше

Актор	Нормалізований показник Ступеня центральності за вхідними зв'язками (Nrm InDegree)	Самооцінка стану здоров'я
B37	0,294	Дуже хороше
B18	0,294	Дуже хороше
B13	0,235	Дуже хороше
B9	0,235	Дуже хороше
B1	0,147	Дуже хороше
B22	0,059	Дуже хороше

На Спеціальності 1 в список 10 найпопулярніших студентів/-ок увійшли 3 актори (P28, P43, P2) з 5, що мають дуже хороший стан здоров'я, за власною оцінкою (табл. 2.13). Тоді як інші два актори в мережі, що дають найвищу оцінку стану свого здоров'я, мають доволі низькі показники вхідних зв'язків, що означає наявність слабкої інтеграції у соціальну мережу (табл. 2.14). Загалом група з найвищими показниками центральності (degree centrality) складається в більшості з акторів, що оцінили своє здоров'я як хороше (P45, P25, P9, P16, P38) і декількох акторів, які вважають, що мають задовільний стан здоров'я (P11, P8).

Таблиця 2.13

**Взаємозв'язок між ступенем центральності та самооцінкою стану здоров'я.
Спеціальність 1**

Актор	Нормалізований показник Ступеня центральності за вхідними зв'язками (Nrm InDegree)	Самооцінка стану здоров'я
P45	0,622	Хороше
P25	0,600	Хороше
P9	0,578	Хороше
P11	0,533	Задовільне
P8	0,533	Задовільне
P28	0,511	Дуже хороше
P16	0,489	Хороше
P38	0,489	Хороше
P43	0,489	Дуже хороше
P2	0,467	Дуже хороше

Таблиця 2.14

**Ступінь центральності та самооцінка стану здоров'я на Спеціальності 2.
Актори, що оцінили своє здоров'я як дуже хороше**

Актор	Нормалізований показник Ступеня центральності за вхідними зв'язками (Nrm InDegree)	Самооцінка стану здоров'я
P1	0,289	Дуже хороше
P35	0,244	Дуже хороше

Такі результати вказують, що популярність має слабкий взаємозв'язок з самооцінкою стану здоров'я як хорошого або дуже хорошого в мережі Спеціальності 1, а в мережі Спеціальності 2 він практично відсутній. Отже,

гіпотеза 5 не підтвердилася. Однак, потрібно зазначити, що обмеження дослідження лише мережею спеціальності може бути причиною відсутності зв'язку між самооцінкою стану здоров'я і популярністю. Адже студентство, що дає найвищу оцінку стану свого здоров'я може бути популярним поза своєю спеціальністю чи поза НаУКМА. Для подальшої перевірки взаємозв'язку цих двох характеристик було би доцільно провести аналогічне опитування із атрибутивними (щодо поведінкових практик і самооцінки стану здоров'я) та мережевими (щодо взаємодії з іншими в групі) запитаннями всередині спортивних секцій чи в студентських організаціях, які поєднують людей з різних спеціальностей.

ВИСНОВКИ

Результати досліджень впливу мережевої взаємодії на стан здоров'я та поширення поведінкових практик, пов'язаних із ним, наведені в першому розділі цієї роботи, вказують на існування взаємозв'язку між взаємодією всередині мереж та різними аспектами стану здоров'я: самооцінкою стану здоров'я, перейняттям звичок корисних та таких, що несуть шкоду здоров'ю, а також схильністю індивідів утворювати групи в залежності від цих звичок з тими, хто має подібні звички.

Так, Л. Беркман і П. Тойтс виявили, що існують шляхи впливу, завдяки яким соціальні умови і соціальні мережі впливають, як позитивно, так і негативно, на стан здоров'я індивідів а саме через соціальний вплив, підтримку, порівняння та контроль. Позитивний вплив на здоров'я було виявлено у приналежності до груп та наявності дружніх зв'язків у індивідів. Однак, результати дослідження Дж. Фуа показали, що курці мають більшу популярність всередині мереж, порівняно з некурцями, що може мати негативний вплив на стан здоров'я, адже, як зазначали Н. Крістакіс та Дж Фаулер, поведінкові практики можуть наслідуватися навіть опосередковано, не кажучи про прямий вплив близького оточення.

У цьому дослідженні, на прикладі двох студентських груп, виявлено схильність студентства обирати коло свого спілкування за спільними звичками, такими як куріння та заняття спортом, однак групи курців виявилися популярнішими за групи тих, хто не вживає тютюнові вироби, хоча й чисельність останніх є більшою. Ці результати збігаються з результатами опрацьованих наявних досліджень. Однак кількість студентів, що слідкують за своїм здоров'ям, а саме не курять та займаються спортом, склала половину від загальної кількості опитаних на обох спеціальностях, а існування зв'язку між популярністю та самооцінкою стану здоров'я не було підтверджено. Причиною можуть бути обмеження, що існують в цій роботі: зміст анкети, а також дослідження мережі студентства лише в межах спеціальності. Отже, це

дослідження підтвердило часткову наявність взаємозв'язку мережевої взаємодії в студентських групах та різних аспектів стану здоров'я частково.

Подальшим напрямком може бути розширення дослідження на лонгітюдне, під час якого дані збиралися б впродовж чотирьох років у тих самих студентських групах, з замірами раз у півроку, для спостереження зміни структури мереж дружніх зв'язків і її впливу на поширення поведінкових практик.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- Барська, Ю., Захожа, В., Сахно, Ю., Семигіна, Т., Степурко, Т., Харченко Н. (2020). *Індекс здоров'я. Україна – 2019: Результати загальнонаціонального дослідження*. Київ. Взято з: http://health-index.com.ua/HI_Report_2019_Preview.pdf
- Волосевич, І.В., Герасимчук, С. & Костюченко, Т.С. (2015). *Молодь України-2015*. Київ. Взято з: http://dsmsu.gov.ua/media/2015/12/09/5/Molod_Ukraine_block.pdf
- Гайдай, Д., Зарембо, К., Літра, Л., Лимар, О. & Солодкий С. (2017). *Молодь України 2017*. Київ. Взято з: http://neweurope.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Ukr_Generation_ukr_inet-2.pdf
- Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (*Global Adult Tobacco Survey – GATS*). (2017). Київ. Взято з: https://kiis.com.ua/materials/pr/20180214_GATS/Full%20Report%20GATS%20Ukraine%202017%20UKR.pdf
- Київський міжнародний інститут соціології. (2017). *Динаміка користування інтернет в Україні: травень 2017*. Прес-реліз. Взято з: <http://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=705&page=2>
- Київський міжнародний інститут соціології. (2018). *Самооцінка стану здоров'я населенням України*. Прес-реліз. Взято з: <https://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=768&page=4&t=7>
- Костюченко Т. С., Розискул М. М. (2012). *Соціальний капітал як чинник входження до Студентської колегії НаУКМА в Наукових записках НаУКМА. Соціологічні науки* (Т. 135, сс. 33-44). Взято з: http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/2121/Kostiuchenko_Sotsialnyi_kapital.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Кристакис, Н., Фаулер, Дж. (2011). *Связанные одной сетью: Как на нас влияют люди, которых мы никогда не видели*. Пер. с англ. Н. Сашиной. Москва: ООО «Юнайтед Пресс».
- Масионис, Дж. (2004). *Социология*. СПб: Питер.
- Степурко, Т.Г., Семигіна, Т.В., Барська, Ю.Г., Захожа, В. & Харченко Н. (2018). *Індекс здоров'я. Україна–2018: Результати загальнонаціонального дослідження*. Київ. Взято з: http://health-index.com.ua/zvit_index_2018_ukr.pdf
- Штомпка, П. (2005). *Социология. Анализ современного общества*. Москва: Логос.
- Bandyopadhyay, S., Rao, A. R. & Sinha, B. K. (2011). One introduction to social network analysis. In Bandyopadhyay, S., Rao, A. R., & Sinha, B. K. *Advanced Quantitative Technology in the Social Sciences: Models for social networks with statistical applications* (Vol. 13, pp. 1-29). Thousand Oaks, CA: SAGE. Retrieved from: <https://dx.doi.org/10.4135/9781452226538.n1>
- Berkman, L. (1986). Social networks, support and health: Taking the next step forward. *AJE*, 123(4), 559-562. Retrieved from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.826.6728&rep=rep1&type=pdf>
- Berkman, L., Glass, T., Brissette, I., Seeman, T. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857. Retrieved from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953600000654>
- Clifton, Allan & Webster, Gregory. (2017). An Introduction to Social Network Analysis for Personality and Social Psychologists. *Social Psychological and*

- Personality Science* 8(4). Retrieved from:
<https://doi.org/10.1177/1948550617709114>
- Cohen-Cole, E., Fletcher, J., Steptoe, & Diez Roux. (2009). Detecting Implausible Social Network Effects in Acne, Height, and Headaches: Longitudinal Analysis. *BMJ: British Medical Journal* (Vol. 338 pp. 28-31). Retrieved from:
www.jstor.org/stable/20511688.
- Cooley, C. H. (2012). *Social organization a study of the larger mind*. Forgotten Books. Retrieved from:
https://brocku.ca/MeadProject/Cooley/Cooley_1909/Cooley_1909_toc.html.
- Forsyth, D. R. (2006). *Group dynamics (6th ed.)*. Belmont, CA: Thomson Higher Education.
- Hanneman, R.M. (2005). *Introduction to social network methods*. Riverside, CA: University of California.
- Info Sapiens. (2020). *Українці починають палити через вплив оточення*. Київ. Прес-реліз. Взято з: https://sapiens.com.ua/publications/socpol-research/125/Press_Release_IS_2020-27_05_ukr.pdf
- Lawler, E. J., Thye, S. R., & Yoon, J. (2000). Emotion and group cohesion in productive exchange. *American Journal of Sociology* 106(3). 616-657. Retrieved from:
<https://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1663&context=articles>
- Levine, J.M., Moreland, R.L. (1994). Group Socialization: Theory and Research. *European Review of Social Psychology*, 5(1). 305-336. Retrieved from:
<https://doi.org/10.1080/14792779543000093>
- Mullen, B., Copper, C. (1994). The relation between group cohesiveness and performance: An integration. *Psychological Bulletin*. (Vol. 115, pp. 210–227).

Retrieved from:
https://www.academia.edu/7459091/Mullen_and_Copper_1994_PB_Group_cohesiveness_and_performance

Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: Free Press. Retrieved from:
<https://archive.org/details/socialsystem00pars/page/n593/mode/2up>.

Phua, J. (2011). The influence of peer norms and popularity on smoking and drinking behavior among college fraternity members: A social network analysis. *Social Influence*, 6, 153-168. Retrieved from:
https://www.researchgate.net/publication/233086017_The_influence_of_peer_norms_and_popularity_on_smoking_and_drinking_behavior_among_college_fraternity_members_A_social_network_analysis

Thoits, P. A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21673143>

Valente, T. W. (2015). Social networks and health behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. "V." Viswanath (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (pp. 205–222). Jossey-Bass. C.

ДОДАТОК А

Анкета (вибрані запитання)

Доброго дня! Це опитування проводять студенти і студентки 3 р.н. спеціальності «Соціологія» в рамках проекту «Дослідження соціального капіталу в Україні» (Research on Social Capital in Ukraine, RESCUE). Для цього дослідження ми використовуємо метод мережевого аналізу. Ми просимо вас зазначити ваші ім'я та прізвище, оскільки мережевий аналіз передбачає створення файлу даних, де наявні зв'язки між особами, тож без цієї інформації ми не зможемо включити ваші відповіді до файлу даних.

Щодо всіх ваших відповідей ми **ГАРАНТУЄМО КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ** – вони не будуть поширені у будь-якій іншій формі крім анонімізованого графу (як на прикладі справа) та узагальнених мережевих показників, без зазначення конкретного прізвища.

ВАШІ ВІДПОВІДІ МИ НЕ ПЕРЕДАЄМО АДМІНІСТРАЦІЇ НАУКМА АБО ВАШИМ ВИКЛАДАЧАМ!

Ми з радістю надішлемо вам на електронну адресу візуалізацію вашої еґо-мережі та розраховані еґомережеві показники. Для цього вкажіть, будь ласка, електронну адресу у відповідному полі нижче.

Зазначте ваші ПРІЗВИЩЕ						
та ІМ'Я, будь ласка: _____						
ел.адреса (за бажанням) _____						
Стать	1. жіноча	2. чоловіча				
Вік (повних років):	_____					
	ФГН	ФСНСТ	ФІ	ФЕН	ФПрН	ФПвН
Факультет, спеціальність, рік навчання _____						

БЛОК В. Навчання та позанавчальна активність

В1. Загалом, як ви зараз оцінюєте своє здоров'я? Воно...

1) дуже хороше 2) хороше 3) задовільне 4) погане 99) складно сказати

В2. Ви займаєтеся спортом чи ні (крім фізвиховання в НаУКМА)? Позначте 1 відповідь

- 1) Так, регулярно (3-4 рази на тиждень або частіше)
- 2) Так, час від часу / інколи (1-2 рази на тиждень або рідше)
- 3) Ні

В3. Ви курите чи ні? Позначте 1 відповідь

- 1) Так, регулярно (щодня або майже щодня)

16		4..3..2..1..0									
17		4..3..2..1..0									
18		4..3..2..1..0									
19		4..3..2..1..0									
20		4..3..2..1..0									
21		4..3..2..1..0									
22		4..3..2..1..0									
23		4..3..2..1..0									
24		4..3..2..1..0									
25		4..3..2..1..0									
26		4..3..2..1..0									
27		4..3..2..1..0									
28		4..3..2..1..0									
29		4..3..2..1..0									
30		4..3..2..1..0									
31		4..3..2..1..0									
32		4..3..2..1..0									
33		4..3..2..1..0									
34		4..3..2..1..0									
35		4..3..2..1..0									
36		4..3..2..1..0									
37		4..3..2..1..0									
38		4..3..2..1..0									
39		4..3..2..1..0									
40		4..3..2..1..0									
41		4..3..2..1..0									
42		4..3..2..1..0									
43		4..3..2..1..0									
44		4..3..2..1..0									
45		4..3..2..1..0									
46		4..3..2..1..0									

ДЯКУЄМО ВАМ ЗА УЧАСТЬ В ОПИТУВАННІ

ДОДАТОК Б

Концептуальна модель впливу соціальних мереж на здоров'я

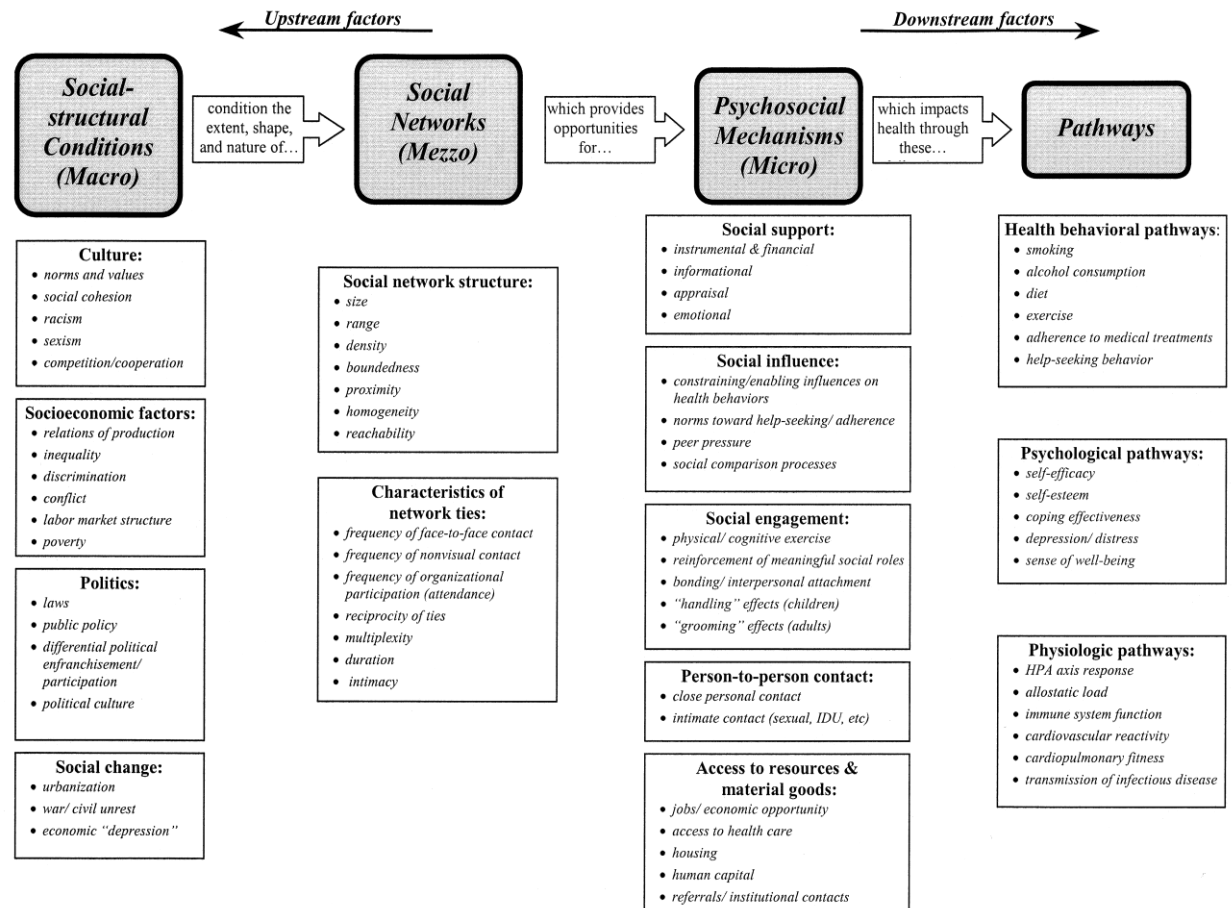


Рис. Б.1.1. Концептуальна модель того, як соціальні мережі впливають на здоров'я (Л. Беркман та колеги, 2000, с. 847)

ДОДАТОК В

Розподіл акторів по групах за поведінковими практиками заняття спортом і куріння

Таблиця В.1

Групи акторів за поведінковою практикою заняття спорту на Спеціальності 1

Група	К-ть	Актори
Займаються спортом регулярно	9	P25 P35 P20 P21 P9 P22 P37 P38 P43
Займаються спортом час від часу	27	P13 P7 P17 P31 P30 P23 P39 P34 P8 P15 P19 P10 P14 P27 P5 P1 P44 P12 P32 P45 P6 P24 P28 P33 P3 P42 P4
Не займаються спортом	10	P29 P36 P18 P11 P16 P46 P2 P26 P41 P40

Таблиця В.2

Групи акторів за поведінковою практикою заняття спортом на Спеціальності 2

Група	К-ть	Актори
Займаються спортом регулярно	10	B13 B29 B18 B9 B8 B36 B1 B17 B20 B35
Займаються спортом час від часу	14	B5 B28 B30 B38 B22 B7 B16 B21 B4 B40 B31 B15 B34 B33
Не займаються спортом	11	B37 B14 B25 B23 B3 B26 B12 B32 B6 B2 B19

Таблиця В.3

Групи акторів за поведінковою практикою куріння на Спеціальності 1

Група	К-ть	Актори
Курять регулярно	7	P7 P11 P8 P19 P22 P42 P4
Курять час від часу	9	P17 P31 P18 P35 P20 P45 P2 P28 P33
Не курять	30	P29 P13 P36 P25 P30 P23 P39 P34 P16 P46 P15 P10 P14 P27 P5 P1 P44 P21 P12 P9 P32 P6 P24 P37 P26 P38 P41 P43 P40 P3

Таблиця В.4

Групи акторів за поведінковою практикою куріння на Спеціальності 2

Група	К-ть	Актори
Курять регулярно	6	В14 В5 В26 В38 В4 В40
Курять час від часу	2	В28 В21
Не курять	27	В37 В25 В13 В29 В18 В9 В23 В3 В12 В8 В36 В30 В22 В32 В1 В6 В17 В7 В16 В20 В35 В2 В31 В19 В15 В34 В33