

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК



ИНСТИТУТ СОЦИОЛОГИИ
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО
СОЦИОЛОГОВ



ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ:
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Москва

2012

УДК 316.346.3–344.6

ББК 60.56–59

346

Рецензенты:

Доктор экономических наук В.Д. Шапиро

Доктор экономических наук И.Б. Назарова

Печатается по решению Ученого совета Института социологии РАН

346 **Здоровье студентов: социологический анализ / Отв. ред. И.В. Журавлева;**
Институт социологии РАН. – М., 2012. – С. 252.
ISBN 978-5-89697-204-4

В основе монографии лежит исследование, проведенное по единой методике в 8 городах РФ и 2 городах Белоруссии в 2009 году. Здоровье студентов изучается с точки зрения характера их самосохранительного поведения, удовлетворенности своим самочувствием, информированности об имеющихся заболеваниях и мерах их профилактики, отношения к платной и бесплатной медицине. Исследуется влияние на здоровье студенческой молодежи таких факторов, как: качество питания, физические и умственные нагрузки, соблюдение гигиенических правил, стресс, наличие вредных привычек. В работе представлен ретроспективный анализ истории изучения студенческого здоровья в отечественной науке.

Монография предназначена для специалистов, занимающихся охраной здоровья студентов в сфере здравоохранения и образования, а также для всех, интересующихся проблемами социологии здоровья.

УДК 316.346.3–344.6

ББК 60.56–59

ISBN 978-5-89697-204-4

© Коллектив авторов, 2012
© Институт социологии РАН, 2012

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	
<i>Журавлева И.В</i>	4
ГЛАВА 1. ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ КАК ПРЕДМЕТ ИЗУЧЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СОЦИОЛОГИИ	5
1.1 Ретроспективный анализ исследования здоровья студентов <i>Ивахненко Г.А., Журавлева И.В.</i>	5
1.2 Социальная политика в области охраны здоровья студентов <i>Журавлева И.В.</i>	14
1.3 Новые тенденции в отношении студентов к здоровью <i>Журавлева И.В.</i>	22
ГЛАВА 2. ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К ЗДОРОВЬЮ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА НЕГО	43
2.1 Самооценка здоровья студентов <i>Журавлева И.В.</i>	44
2.2 Ценностные ориентации в достижении жизненного успеха <i>Журавлева И.В.</i>	50
2.3 Установки на здоровье и мотивы заботы о нем <i>Журавлева И.В.</i>	53
2.4 Факторы, влияющие на здоровье студентов <i>Журавлева И.В.</i>	57
ГЛАВА 3. ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РИСКИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ	62
3.1 Вторичная занятость и здоровье студентов <i>Иванова Л.Ю.</i>	62
3.2 Питание: отношение к качеству пищевых продуктов и избирательность их потребления <i>Иванова Л.Ю.</i>	71
3.3 Употребление студентами психоактивных веществ <i>Ивахненко Г.</i>	81
3.4 Эмоциональный стресс и его профилактика у студентов <i>Иванова Л.Ю.</i>	90
3.5 Активность студентов в сфере физической культуры <i>Иванова Л.Ю.</i>	97
3.6 Репродуктивное здоровье и контрацептивное поведение <i>Резникова Т.П.</i>	101

ГЛАВА 4. ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ИНТЕРЕСЫ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ, МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ	111
4.1 Потребность в информации о здоровье и здоровый образ жизни <i>Иванова Л.Ю.</i>	111
4.2 Медицинская активность и профилактика заболеваний <i>Иванова Л.Ю.</i>	120
4.3 Удовлетворенность бесплатной медицинской помощью <i>Иванова Л.Ю.</i>	129
4.4 Отношение к платным медицинским услугам и работе различных медучреждений <i>Ивахненко Г.А.</i>	140
ГЛАВА 5. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ СТУДЕНТОВ	147
5.1 Состояние здоровья студентов Ульяновской области в контексте российских и региональных тенденций <i>Шиняева О.В.</i>	147
5.2 Различные типы поведения студентов Мурманска в сфере здоровья <i>Ковалева А.А.</i>	170
5.3 Отношение к здоровью студентов Чеченской Республики <i>Юсупова М.М.</i>	177
5.4 Ценностный ресурс самосохранительного поведения студентов Хабаровска <i>Байков Н.М., Березутский Ю.В., Халикова С.С.</i>	188
5.5 Социальная политика по формированию у студентов ценности здоровья и стремления к здоровому образу жизни в Брянске <i>Болховитина Т.С., Карпенко Е.В.</i>	196
5.6 Особенности отношения к здоровью белорусской молодежи. <i>Сурмач М.Ю., Шушунова Т.</i>	204
5.7 Сравнительный анализ отношения к здоровью столичных студентов – Москвы и Минска <i>Ивахненко Г.А.</i>	218
ЗАКЛЮЧЕНИЕ <i>Журавлева И.В.</i>	228
ПРИЛОЖЕНИЯ	230

ВВЕДЕНИЕ

В последнее время все значимее становится роль высшей школы как социального института, формирующего не только компетентного специалиста, но и полноценную личность с такими качествами и свойствами, как физическое и нравственное здоровье, социальная активность, ответственность и высокие эстетические идеалы. К сожалению, число проблем высшей школы растет пропорционально росту ее значимости. И одна из наиболее острых – здоровье молодых людей. Тенденции в этой сфере за последние десятилетия свидетельствуют не просто о снижении некоторых показателей, а о системном ухудшении, связанном как с организацией охраны здоровья студентов, так и с изменениями в их образе жизни. В то же время социально-экономические и культурные преобразования в России привели и к некоторым совершенно новым тенденциям в отношении к собственному здоровью у молодежи. Что это за изменения, какова общая картина в целом, есть ли региональные различия в ситуации со здоровьем студентов и в чем они состоят? На данные вопросы в той или иной степени мы попытались ответить, анализируя результаты масштабного социологического исследования «Здоровье студентов», проведенного в 10 городах России и Белоруссии. Программа исследования, инструментарий, выборка и все необходимые инструкции разработаны в секторе социальных проблем здоровья Института социологии РАН коллективом в составе: И.В. Журавлева (руководитель исследования), Л.Ю. Иванова, Г.А. Ивахненко, Т.П. Резникова. В регионах организовали и провели исследования: Т.С. Болховитина, Е.В. Карпенко (Брянск), М.Ю. Сурмач (Гродно), О.В. Шиняева (Ульяновск), М.М. Юсупова . (Грозный), Н.Байков, Ю.В. Березутский, С.С. Халикова (Хабаровск), А.А. Ковалева (Мурманск), Т.Н. Шушунова (Минск), С.С. Балабанов (Н.Новгород), Р.Р. Шинова (Уфа). Участники проведения исследования в регионах стали авторами данной монографии.

ГЛАВА 1. ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ КАК ПРЕДМЕТ ИЗУЧЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СОЦИОЛОГИИ

Состояние здоровья студентов как значимой социальной группы нашего общества – это не только показатель существующего социально-экономического и общественного развития страны, но и важный индикатор будущего трудового, экономического, культурного, оборонного потенциала общества. Поэтому представлять сегодня, как формируется здоровье молодых людей, от каких факторов зависит и как на эти факторы воздействовать с целью получения позитивных результатов – чрезвычайно важная государственная задача.

Традиционно состояние здоровья населения характеризуется системой демографических, статистических, комплексных (расчетных) показателей, определяющих особенности воспроизводства населения, его дееспособность, особенности адаптации к условиям окружающей среды. В последние десятилетия широко используются также социологические показатели при изучении здоровья студентов – это такие субъективные показатели, как самооценка здоровья, место здоровья в системе ценностей, особенности самосохранительного поведения.

1.1 Ретроспективный анализ исследования здоровья студентов

Студенчество как самостоятельная социальная группа возникло в Европе в XII веке одновременно с первыми университетами. С развитием капитализма растет социальная значимость студенчества. К XIX веку оно начинает играть заметную роль в общественной жизни разных стран.

В отечественной философско-социологической литературе тема студенческой молодежи активно начала разрабатываться с 60-х годов XX века. Различные аспекты этой проблемы – социальные источники пополнения студенчества, особенности различных профессиональных групп, высшая школа как канал социальной мобильности – рассматривали исследователи А.Д. Дмитриев, Д.Л. Константиновский, Ю.С. Колесников, В.Т. Лисовский, Б.К. Рубин, Л.Я. Рубина, М.Н. Руткевич, Э.А. Саар, М.Х. Титма, Ф.Р. Филлипов и др.

Но, несмотря на достаточно большое количество работ по этой теме, до настоящего времени в научной литературе нет единой точки зрения по поводу социологического определения студенчества. Его называют то «социально-демографической», то «самостоятельной социальной группой», «общественной группой», а иногда представляют как «слой интеллигенции» или «прослойку». Так, Л.Я. Рубина определяет студенчество как мобильную социальную группу, целью существования которой является организованная по определенной программе подготовка к выполнению высоких профессиональных и социальных ролей в материальном и духовном производстве [1, с. 27]. Т.В. Ищенко акцентирует свое внимание на том, что студенчество является составной частью такой социально-демографической общности, как молодежь: «Студенчество – особая группа общества, резерв интеллигенции – объединяет в своих рядах молодых ученых примерно одинакового возраста, образовательного уровня – представителей всех классов, социальных слоев и групп населения» [2, с. 43]. А.Н. Семашко подчеркивает, что студенчество обладает всеми необходимыми

характеристиками, достаточными для отнесения его к особой социальной группе, которая выполняет в обществе определенные функции, объективно существует, детерминирует поведение членов группы, обладает определенной целостностью и самостоятельностью по отношению к другим социальным группам, специфическими социально-психологическими чертами и системой ценностей [3]. Как особую социальную группу студенчество рассматривают также Н.А. Агаджанян, А.С. Власенко, А.В. Жарова [4; 5; 6]. В.А. Медик и А.М. Осипов, выделяя студенчество как социальную группу, говорят о ее специфической позиции в обществе, которая «сегодня особенно противоречива: в ней высокий образовательный статус нередко сочетается с позицией лишнего человека» [7, с. 7]. Н.А. Безруких рассматривает студенчество с точки зрения профессионального будущего и придерживается мнения, что студенчество – это «специфическая общность людей, организационно объединенных институтом профессионального образования и характеризующаяся сформированностью отношения к будущей профессии» [8, с. 48].

Одна из наиболее значимых особенностей рассматриваемой группы, на которой исследователи часто останавливают свое внимание, – это студенческий возраст. Ученые рассматривают его как наиболее важный период для становления личностной позиции, включения в различные сферы социальной среды, выработки устойчивых способов поведения, овладения структурой будущей деятельности, усвоения новых для себя предписаний и норм, приобретения желаемой социальной роли [8, с. 47].

Однако единый взгляд на сущность понятия «студенческий возраст» у исследователей отсутствует. Так, И.С. Кон при анализе студенческого возраста выделяет, прежде всего, социальный аспект. Он считает, что временные границы студенческого возраста совпадают со вторым периодом зрелости, который отличается сложностью становления личностных черт [9]. Такого же мнения придерживаются Б.Г. Ананьев, А.В. Дмитриев, В.Т. Лисовский.

М.И. Дьяченко и Л.А. Кандыбович, рассуждая о студенчестве и студенческом возрасте, выделяют в качестве основного психологический аспект. Согласно этим исследователям, его значение обусловлено тем фактом, что на развитие данной возрастной группы (студенчества) постоянное и устойчивое влияние оказывают познавательные мотивы, наличие которых значительно повышает активность студентов и эффективность процесса обучения [10, с. 32].

Приоритетность психофизиологического аспекта при анализе студенческого возраста утверждают М.Я. Виленский и С.О. Авчинникова. Их мнение основывается на характеристике студенческой демографической группы как возраста «пиков» физиологических потенциалов организма [11].

Ряд исследователей выделяют и педагогический аспект, в связи с тем, что обучение в профессиональной школе – это сложный этап в жизни молодого человека, имеющий свою ярко выраженную специфику и определенные организационные и психофизиологические сложности (Г.Н. Александров, С.М. Годник, Н.С. Козлов, Т.А. Нечаева, Г.М. Сентова и др.).

В России систематически ведутся социологические исследования студенчества, которые охватывают широкий круг проблем, таких как социальная эффективность высшего образования, совершенствование воспитательной деятельности высшей школы, жизненные планы ее выпускников, социальная активность молодых специалистов, образ

жизни студентов, модернизация и реформирование высшей школы, вторичная занятость студентов. Изучают социологи и здоровье студенческой молодежи.

Первые попытки изучения здоровья студентов были предприняты в конце XIX–начале XX веков, когда Ф.Ф. Эрисман, А.В. Мольков, Э.К. Розенталь исследовали состояние здоровья студентов и указывали на необходимость усиления внимания к вопросам гигиены в учебных заведениях [12].

Система медицинского диспансерного наблюдения студентов появилась в России в 1927 году, тогда же были сформулированы требования к медицинскому отбору абитуриентов. В созданном в 1933 году на Украине Институте здравоохранения студенчества и ученых началось изучение проблем рационализации учебного процесса в высших учебных заведениях с гигиенических позиций, организации медицинского обслуживания студентов.

С целью развития международного сотрудничества в области медицины, школьной и университетской гигиены в 1959 году был создан Международный союз школьной и университетской гигиены [13].

Систематичность подобных исследований обеспечивала также созданная в 1–м Московском медицинском институте им. И.М. Сеченова в 1963 году Лаборатория проблем университетской гигиены, где началось планомерное изучение влияния условий обучения, питания и физического воспитания на здоровье и качество профессиональной подготовки лиц, обучающихся в высших и средних специальных учебных заведениях.

По данным Д.И. Кича и М.И. Паначиной, в социально-гигиенических исследованиях проблем студенческих коллективов в советский период выделяют три этапа. Первый относится к 20-30-м годам XX века и характеризуется созданием методических и организационных основ для исследований. Получен ряд данных о санитарно-бытовых условиях проживания студентов и разработаны определенные санитарно-оздоровительные мероприятия. В течение второго этапа (40-50-е годы) проводились исследования, направленные на установление стандартов физического развития студентов, бюджета их времени. Большинство работ, посвященных социально-гигиеническим исследованиям образа жизни, проблемам питания, заболеваемости студентов, приходится на 60–е - первую половину 80–х годов (третий этап). Тогда были заложены методические основы изучения студенческих коллективов и разработаны предложения по рациональной организации учебного процесса, оптимизации условий труда и быта студентов [14].

С начала 90–х годов начался четвертый этап исследований, который продолжается по настоящее время. Возрастает количество работ, посвященных изучению здоровья студентов, обучающихся по различным специальностям, факторов, обуславливающих то или иное состояние здоровья.

Все значимые для здоровья факторы обычно делят на социально-гигиенические, медико-биологические и психологические. Основными по негативному воздействию из них являются: нарушение режима дня, гигиенических требований к учебной и трудовой деятельности; недостатки в организации питания; недостаточная двигательная активность; наличие вредных привычек; неблагоприятный психологический климат в коллективах и семьях.

Для студентов особое значение имеет процесс адаптации к студенческой жизни. Проведенными исследованиями (Т.Г. Малкова, С.В. Емельяненко) доказана значимость для успешности этого процесса таких условий, как: регулярные занятия физической культурой; соответствие организации труда и режима дня гигиеническим требованиям; психологический комфорт во взаимоотношениях в коллективе и семье; следование принципам рационального питания.

Процесс адаптации, в частности, взаимосвязан с частотой заболеваний студентов. У студентов младших курсов по сравнению со старшекурсниками обнаружен более высокий уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Установлено влияние даже формы контроля над знаниями на здоровье студентов: наиболее приемлемой для здоровья признана традиционная форма в виде устного экзамена с использованием билетов.

Изучение образа жизни студентов и его влияния на функциональное состояние организма (Т.Ш. Миннибаев) привело к разработке мероприятий по оптимизации условий обучения и увеличению работоспособности студентов. Так, была обоснована гигиеническая модель среднесуточного бюджета времени студента, направленная на формирование здорового образа жизни и улучшение организации учебной деятельности. Были разработаны оптимальные функциональные размеры аудиторной мебели, обеспечивающие комфортные условия обучения студентов и, тем самым, повышающие их работоспособность.

Одним из наиболее объективных критериев оценки состояния здоровья человека является уровень его физического развития. Поэтому актуальное направление в профилактической медицине - изучение физического развития различных групп населения. Первые отечественные классические статистические исследования такого рода были проведены под руководством Ф.Ф. Эрисмана. В 1887 году началось изучение того, как влияет обучение в учебных заведениях на физическое развитие учащихся.

Первые стандарты физического развития студентов, разработанные сотрудниками лаборатории по научному контролю за физическим развитием при Государственном центральном институте физической культуры показали, что к окончанию института уменьшается количество студентов со средним уровнем физического развития, что более двух третей имеют дисгармоничное физическое развитие. Обнаружен более высокий уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Данные современных исследований подтверждают эти тенденции (Ж. П. Лабодаева).

Вопросы питания студентов также были предметом пристального исследования. Примечательно, что еще в 80-годах XIX века Русское общество охранения народного здоровья выступило инициатором организации в Петербурге и Москве так называемых «нормальных столовых» для учащейся молодежи, в которых питание было основано на физиологических нормах [15]. Исследования продолжились и в последующие годы, вплоть до настоящего времени (И.П. Барченко, В.Г. Цуцкова, Г.А. Абелян, О.В. Баранова и др.).

Изучение заболеваемости студентов (Мальковец М.В.) показало, что первое место в структуре заболеваемости занимают болезни органов дыхания, второе – заболевания нервной системы и органов чувств, третье – мочеполовой системы. На долю болезней органов пищеварения, костно-мышечной системы и соединительной ткани приходится

приблизительно по 5%. Представленные данные согласуются с результатами исследований по изучению уровня заболеваемости студентов в других регионах страны (О.Л.Васильева, С.В.Емельяненко, Н.А.Агаджанян).

В последние годы появились определенные наработки, связанные с изучением проблем здоровья и здорового образа жизни в рамках образовательного процесса в вузах:

– обсуждаются общие вопросы здоровья студенческой молодежи (Н.Б. Абаскалова, Н.А. Агаджанян, О.П. Добромыслова, Г.А. Кураев, В.П. Лавриненко и др.);

– разрабатываются методические подходы к оценке уровня здоровья студентов (Л.А. Дартау, С.Г. Крупская, Р.В. Майоров, Р.С. Низамутдинова, Е.Н. Чуян и др.);

– исследуется влияние различных факторов на формирование здоровья и здорового образа жизни студентов (Э.А. Дисси, Т.А. Иванова, В.Г. Николаев, А.Н. Пивоваров, Э.Н. Полякова, В.В. Пономарев, Н.А. Русина, А.Г. Щедрина и др.);

– ведется анализ распространения алкоголизма, наркомании, табакокурения в студенческой среде (Е.В. Аверина, А.А. Александров, В.Ю. Александрова, А.В. Прохоров и др.);

- изучаются характер и уровень валеологических знаний студентов (Ю.М. Политов, Ю.И. Ротанева, А.С. Свердлина, Г.С. Совенко и др.);

- анализируются особенности самосохранительного поведения студентов (И.В. Журавлева, Г.А. Ивахненко, О.Ю. Малоземов, И.Б. Назарова).

Новым направлением в исследовании здоровья студентов является изучение самосохранительного поведения. Начало ему было положено на Западе в 1970-х годах. В нашей стране термин «самосохранительное поведение» впервые стал употреблять А.И. Антонов в конце 1970–х годов «для описания готовности личности к сохранению собственной жизни и здоровья» [16]. Комплексные теоретические и прикладные исследования самосохранительного поведения населения, осуществленные в 1980 году в МГУ и продолженные в Институте социологии РАН, позволили разработать концепцию и структуру самосохранительного поведения и сделать вывод о его универсальном характере, который проявляется в соотношении со всеми сферами жизни: данное поведение является компонентом репродуктивного, потребительского, курительного, алкогольного и прочих видов поведения. Самосохранительное поведение может быть позитивным, если оно направлено на сохранение и укрепление здоровья, и негативным, если разрушает здоровье личности [17].

Некоторые авторы для описания деятельности, направленной на поддержание, достижение и приумножение здоровья, используют такие синонимы термина «самосохранительное поведение», как «здравоохранительное поведение» (М.Б. Волкова) [18] и «медицинская активность» (Ю.П. Лисицын) [19]. Похожие социальные феномены (рисковое и антирисковое поведение) изучены А.В. Решетниковым, С.А. Ефименко [20]. Самосохранительное поведение и отношение к здоровью подробно анализируются в работах И.В. Журавлевой [21].

Немногочисленные исследования самосохранительного поведения студентов дают неутешительные результаты. Так, социологическое исследование «Здоровье

московских студентов», проводимое в режиме мониторинга с 2001 года сектором социальных проблем здоровья ИС РАН, выявило, что самосохранительное поведение опрошенных респондентов имеет пассивный характер, так как в сознании большинства студентов основными факторами, определяющими состояние их здоровья, являются внешние, т.е. объективные факторы – условия жизни, наследственность. Пагубная же роль в ухудшении здоровья человека субъективных факторов, таких как табакокурение, чрезмерное употребление алкоголя, наркомания, учащимися высшей школы недооценивается [22].

Анализ научных источников за последние 10–15 лет показал, что здоровье студентов – это недостаточно изученный аспект их жизни. И если исследования социальных факторов здоровья детей и подростков становятся более основательными и продуктивными, то в отношении здоровья молодежи и студенчества сохраняется дефицит информации, связанный с недостаточностью принятых в системе медицинской и ведомственной статистики показателей и ограниченностью исследовательских возможностей [7, с. 8–9]. Более того, заболеваемость молодых людей вообще и студенческой молодежи в частности имеет латентный характер и не поддается достоверному анализу, отсутствует единая система учета этого показателя. Помимо этого, сложно оценить истинное состояние здоровья абитуриентов потому, что существует проблема формального заполнения типовых медицинских справок [6, с. 9].

По мнению исследователей Н.А. Горбача, С.К. Крупской, Л.Д. Олифера, Т.М. Резера, А.О. Шепилова, исследования здоровья студентов носят фрагментарный характер, а данные официальной статистики по этой проблеме труднодоступны в силу организационных причин и не отражают реальной картины [6, с. 4]. Можно еще добавить, что исследования здоровья студентов зачастую проводятся на базе одного региона или даже вуза и редко носят масштабный, репрезентативный характер. Подобная ситуация объясняется отсутствием у ученых, занимающихся этими вопросами, достаточных финансовых и исследовательских возможностей.

Вместе с тем в последнее время тема студенческого здоровья приобретает особую актуальность. Современная молодежь живет и развивается в эпоху социально-экономических перемен и кризисных условий XXI века. Неблагополучное экономическое состояние нашей страны и ее политическая нестабильность спровоцировали рост асоциальных явлений в студенческой среде, таких как наркомания, курение, чрезмерное употребление алкоголя, заболеваемость СПИДом. Результаты исследований также показывают, что еще до поступления в вуз здоровье молодых людей ослаблено воздействием различных неблагоприятных факторов, а у 60–70% имеются хронические заболевания [6, с. 9].

О быстром темпе опасных изменений в состоянии здоровья студенческой молодежи за период с 1970–го по 1990 год свидетельствует и длительный мониторинг, проведенный под руководством И.Н. Полунина, И.В. Филимонова, Т.Ю. Щуровой (почти 20 тыс. единиц наблюдения). Он выявил неблагоприятную динамику: число здоровых и практически здоровых уменьшилось за годы обучения на 25,9%, а хронически больных увеличилось на 12,7% [5, с. 85]. Исследованиями 80–х годов зафиксирован особенно высокий уровень заболеваемости у студентов младших курсов. Показатель заболеваемости в различных вузах в этот период колебался от 650 до 1750 случаев в год

на 1000 студентов. В начале 90-х годов существенных изменений в этой сфере не произошло. В структуре заболеваемости студентов на первом месте стояли болезни органов дыхания – 50–70%, последующие места занимали болезни нервной системы – органов чувств, желудочно-кишечного тракта и др. [5].

В конце 90-х годов заболеваемость среди учащихся вузов колебалась от 200-700 до 1400 случаев в год на 1000 студентов. По данным Научного центра охраны здоровья детей и подростков РАМН, этот показатель у студентов первого курса МИФИ был еще выше и составлял 3063,2 случая в год на 1000 студентов. В результате на одного практически здорового студента 1-го курса приходилось хронически больных среди юношей–0,89 и 1,01 среди девушек; на 5-ом курсе – соответственно 1,87 и 4,68 [23]. Аналогичные показатели были получены и при обследовании здоровья студентов в других регионах страны. Например, данные многочисленных обследований студентов Новгородского государственного университета, проведенные Центром профилактики медицины (руководитель – профессор Б.Б. Фишман), позволили утверждать, что на протяжении второй половины 1990-х годов происходило ухудшение показателей здоровья зачисленных в университет первокурсников. Повторные обследования студентов этого вуза, проведенные с интервалом в 2 года, подтвердили факт ухудшения здоровья в процессе обучения. На 13 факультетах НовГУ не оказалось ни одного студента с высоким уровнем здоровья. В среднем наличие хронических болезней среди студентов НовГУ отмечено у 46,7% девушек и у 35,7% юношей [7, с. 8–9].

В результате изучения динамики заболеваемости студентов, проведенного в 2004 году НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков РАМН, было выявлено, что снижение уровня здоровья студентов от младших курсов к старшим происходит за счет увеличения числа лиц с хроническими заболеваниями. Особенно это касается девушек-студенток: неблагоприятные тенденции связаны с дефицитом ночного сна, чрезмерной продолжительностью самоподготовки, низким уровнем двигательной активности, нарушениями режима питания [27, с. 217–219].

Специалисты отмечают также ежегодный рост числа учащихся вузов, занимающихся в специальных медицинских группах из-за ослабленного здоровья.

Мониторинг «Здоровье московских студентов», проведенный сектором социальных проблем здоровья Института социологии РАН в период с 2001-го по 2008 год (2363 респондента) также не показал положительной динамики. Выяснилось, что наиболее часто встречающиеся заболевания у студентов Москвы – это желудочно-кишечные (гастрит, колит), легочные и сердечно-сосудистые. Данные мониторинга также выявили устойчивый рост «хроников» в среде московских студентов. Выяснилось, что с 2001-го по 2008 год число учащихся высшей школы, страдающих различными хроническими заболеваниями, увеличилось на 10%. Причем старшекурсников среди них больше, чем студентов 1–2 курсов. Проведенный анализ обнаружил взаимосвязь наличия хронических недугов у студентов с уровнем их благосостояния. Так, в среднедоходной группе почти на 15% больше тех, кто здоров и ничем не болеет. Хронические заболевания в низкодоходных группах имеет каждый второй, а в среднедоходной группе – каждый третий респондент [24].

Исследователи обращают внимание на то, что заболеваемость студентов зависит от профиля высшего учебного заведения. Наиболее низкие показатели состояния здоровья

были отмечены у студентов медицинских вузов. М.Ю. Абросимова, Т.Г. Малкова, В.Н. Рябова, Т.Н. Толстова и другие считают, что особенности организации учебного процесса в медицинских учебных заведениях, проявляющиеся в более высоких психоэмоциональных нагрузках, интенсивном режиме как аудиторной, так и самостоятельной работы во внеаудиторное время негативно сказываются на здоровье будущих медицинских работников [25].

Результаты этих и других исследований свидетельствуют о необходимости усиления внимания к проблеме охраны здоровья студентов, что предполагает более широкое использование здоровьесберегающих технологий в организации образовательного процесса. Решение задачи здоровьесбережения в условиях современного вуза в основном обеспечивается: 1) физкультурно-спортивной деятельностью; 2) специальными дисциплинами, которые теоретически и практически смогут помочь студентам заботиться о своем здоровье (валеология, ОБЖ, социология здоровья, социология медицины, экология, практические занятия по оказанию первой медицинской помощи и др.); 3) психологическими методиками; 4) рекреационными мероприятиями.

Физическое воспитание воздействует на всестороннее развитие личности студентов по трем основным направлениям: 1) приобщает студентов к систематическим занятиям физическими упражнениями; 2) обеспечивает необходимый уровень учебно-трудовой активности, который сохраняет и укрепляет здоровье; 3) содействует развитию общественно значимых черт характера, социальной активности, оказывает положительное влияние на формирование духовного мира, нравственное и эстетическое развитие личности студента.

Специальные дисциплины, предметом которых является здоровье и здоровый образ жизни, помогают студентам освоить необходимые правила, касающиеся личной гигиены, соблюдения режима сна и отдыха. Эти дисциплины призваны своевременно информировать о пагубности вредных привычек, о роли полноценного и правильного питания в формировании молодого организма и др.

Помимо физического здоровья современный социум требует от выпускника вуза готовности вступить в самостоятельную профессиональную жизнь полноценной стрессоустойчивой личностью. И здесь необходим поиск инновационных технологий сохранения психического здоровья студентов. В качестве конкретных методов специалистами предлагаются: индивидуальное консультирование психолога и психотерапевта, различные обучающие тренинги, организация службы дистанционного психологического консультирования студентов и кабинетов релаксации (ароматерапия, фитотерапия, музыкальная терапия и т. д.) [26].

Ученые прогнозируют, что в ближайшие годы следует ждать еще большего усложнения обучающих систем в связи с переходом вузов на международные стандарты высшего образования в системе Единого европейского образовательного пространства. А значит, становится актуальным вопрос о восстановлении и создании вузовской рекреации в домах отдыха, санаториях, на курортах, в студенческих спортивных лагерях, где здоровье студентов будет восстанавливаться с помощью как традиционных способов, так и новых, требующих применения специальных методик (лечебный сон, аутотренинги, медитация и др.).

На сегодняшний день в стране существует достаточно обширная сеть лечебно-профилактических учреждений, где студенческая молодежь может получить медицинскую помощь. Эта сеть, помимо различных городских медучреждений, включает в себя вузовские, межвузовские здравпункты (фельдшерские и врачебные), поликлиники и объединенные больницы. Однако в таких ЛПУ не в полной мере учитывается специфика студенческого контингента, поэтому лечебно-оздоровительные и профилактические мероприятия, осуществляемые там, не всегда достигают поставленных целей. В частности, остро стоит проблема преемственности в лечении и реабилитации больных между лечебно-профилактическими учреждениями [6, с. 19].

Ряд исследователей сходятся во мнении, что работу по преодолению негативных тенденций в динамике состояния здоровья и образа жизни студенческой молодежи, следует осуществлять преимущественно на стадии первичной профилактики, которая ориентирована на раннее выявление лиц с рискованным поведением и принятие мер по оздоровлению их образа жизни [27]. Но в связи с развитием рыночных отношений и переходом к обязательному медицинскому страхованию в последние годы отмечено снижение активности профилактической работы среди студентов. Реальным препятствием этому является то, что многие вузы не имеют своих внутри- и межвузовских поликлиник с необходимым набором специалистов и соответствующего лечебно-диагностического медицинского оборудования. Характеризуя эту ситуацию, А.В. Жарова, например, утверждает, что в стране по существу разрушена как система медицинской помощи студентам, так и система вузовских профилакториев. Не на должном уровне и диспансеризация студентов [6, с. 20].

Таким образом, можно отметить, что на сегодняшний день не выработано единого методологического подхода к вопросам организации медицинского обслуживания студенчества и недостаточно разработаны методические основы комплексного изучения здоровья обучаемых. С целью устранения этого пробела вузы самостоятельно внедряют собственные комплексные программы управления здоровьем студентов. Основываются такие программы на различных методиках. В частности, многие авторы отводят ведущее место мониторингу как систематическому контролю за состоянием здоровья индивида, среды, организацией и эффективностью оздоровительной работы (Д.Г. Дарчия и Н.И. Макаров) [28]. Этим авторам принадлежат и первые наработки по применению компьютерных систем, используемых в мониторинге здоровья студентов.

Разработку новых методов совершенствования здоровья студентов ведут многие вузы. Лаборатория проблем университетской гигиены при кафедре общественного здоровья и здравоохранения Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова в 2004 году начала осуществлять комплексную научную программу «Интенсификация обучения и здоровье студентов» с участием представителей других кафедр академии, а также Университета дружбы народов [6 с. 4]. Под руководством О.А. Науменко в том же 2004 году в Оренбургском госуниверситете была разработана модель управления здоровьем студентов, направленная на сохранение и укрепление здоровья здоровых, а также на раннее выявление и профилактику основных неинфекционных заболеваний у студентов группы риска [6, с. 23]. Е.В. Усова и Л.М. Качалова в основу стратегии программы «Сохранение и укрепление здоровья студентов Современной гуманитарной академии» (Москва) положили разработку и внедрение профилактических модулей,

предназначенных для формирования у молодых людей мотивации на здоровый образ жизни [27]. Ю.М. Чуров основал медико-социальную службу планирования семьи для студентов на основе договора о деловом сотрудничестве между комитетом по делам молодежи администрации Тульской области, департаментом здравоохранения и ТулГУ [6, с. 24].

Все региональные программы по укреплению и профилактике здоровья студентов имеют различную эффективность и нуждаются в объединении на основе единой общегосударственной методики, в которой были бы отражены основные научные подходы к формированию ответственности за здоровье молодого поколения, а также представлены научные разработки по стратегии и тактике сохранения и укрепления студенческого здоровья. Очевидно, что процесс объединения потребует определенной законодательной базы. В этом качестве может выступить Приказ Минобрнауки России №176 от 19 октября 2001 года, связанный с разработкой комплексной программы «Образование и здоровье». Неоценимую пользу в создании единой комплексной программы по сохранению здоровья российского студенчества могут также оказать основные принципы, заложенные в программе ВОЗ «Здоровье для всех в XXI столетии». Среди наиболее приоритетных принципов реализации профилактических программ в этом документе отмечены формирование культуры здоровья, повышение ответственности за сохранение собственного здоровья, единство всей системы охраны здоровья независимо от территориальных и ведомственных разграничений.

1.2 Социальная политика в области охраны здоровья студентов

Значение государственной социальной политики в сфере здоровья определяется тем, что от ее реализации в конечном итоге зависят состояние здоровья населения и перспективы его изменения. Само понятие «политика», следуя методологии Т. Парсонса, определяется как целенаправленная, преобразующая деятельность, связанная с мобилизацией и использованием тех или иных видов общественных ресурсов. А социальная политика понимается как целенаправленная деятельность государства по перераспределению ресурсов среди граждан с целью достижения благополучия [29]. Современные трактовки «социальной политики» принципиально не отличаются от парсонсовской.

Механизмы реализации социальной политики в российском обществе характеризуются сегодня, по мнению ряда исследователей [30], реально существующими трудностями, среди которых: 1) нехватка финансовых средств, организационного и управленческого потенциала; 2) «разрыв» между заявленными на всех уровнях государственной власти целями, задачами социальной политики и их реальным осуществлением; 3) противоречия между центральными и региональными структурами при реализации социальных программ; 4) несоответствие между необходимыми сегодня новыми информационными технологиями в социальной сфере и современным состоянием государственного управления.

Указанные трудности имеют отношение и к социальной политике в сфере здоровья, но основная методологическая сложность заключается в том, что до сих пор социальная политика рассматривала человека как объект своей деятельности и не требовала от него активного отношения к своему собственному здоровью. Изменившиеся

социально-экономические условия поставили индивида и социальные группы перед необходимостью быть включенными в социальную политику в качестве равноправных партнеров государства. Тем самым обеспечивается мобилизация внутренних личностных ресурсов и изменение мотивации, что в значительной степени будет способствовать повышению эффективности социальной политики.

Употребляя термин «социальная политика» применительно к здоровью, мы руководствуемся пониманием «политики» в трактовке Всемирной организации здравоохранения: «Политика – это согласие, консенсус среди партнеров о том, какие проблемы надо решать, и о том, каким способом или с помощью каких стратегий это надо делать» [31]. Специалисты считают, что «...на данном этапе развития общества социальная политика государства неадекватна состоянию здоровья населения, уровень которого неудовлетворителен. Ситуация, сложившаяся в области здравоохранения и здоровья населения, представляет угрозу успешному выживанию и активному развитию России. Каждое следующее поколение россиян рождается менее здоровым и менее жизнеспособным [32]. При том, что существует настоятельная социальная потребность в повышении уровня здоровья населения, экономическая ситуация в стране, качество и образ жизни большинства делают это невозможным.

Основной проблемой социальной политики сегодня является фактическое невосприятие здоровья населения в качестве капитала, экономического и социального, хотя на вербальном уровне такое понимание декларируется. Тогда как, по мнению экономистов, именно человеческий капитал, обеспечиваемый за счет инвестиций в образование, воспитание, здравоохранение, является важным фактором экономического роста страны. Как считают зарубежные ученые, до 80% различий в душевых доходах между странами разного уровня экономического развития обусловлено прежде всего таким фактором, как человеческий капитал [33].

В России объектом социальной политики в сфере здоровья являются массовые заболевания и группы людей, подверженных им. Здоровый человек и здоровая часть населения находятся вне сферы внимания здравоохранения до тех пор, пока у них не появятся заболевания. И чем серьезнее и тяжелее – тем больший интерес, экономический и научный, они будут представлять для здравоохранения.

Социальная политика государства относительно любой сферы жизнедеятельности включает ряд этапов: а) подготовку и издание различных правовых документов – законов, постановлений и пр.; б) финансирование той или иной отрасли, программы, проекта; в) осуществление (или неосуществление) практических мероприятий в той или иной сфере.

Национальная социальная политика в области здоровья руководствуется положением Конституции РФ, предусматривающим специальную норму, в соответствии с которой «общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры РФ являются составной частью ее правовой системы» (ст. 15) [34]. Одним из этих основных принципов, обязательно учитываемых при формировании национальной политики в сфере здоровья, является положение Всеобщей декларации прав человека (принята Генеральной Ассамблеей ООН в 1948 году) о том, что «каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и

благополучия его самого и его семьи...» (ст. 25). В основе национальной социальной политики РФ лежит также Глобальная стратегия ВОЗ «Здоровье для всех» [35].

В последние десятилетия в России был принят ряд законов и подзаконных актов в области здоровья. К ним относятся: «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993), «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (1991), «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (1991), «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1992), «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)» (1995), «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (1998), «Об охране окружающей природной среды», «О здравоохранении в РФ» (1999), «Об ограничении курения табака» (2001), «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» (2007) и др.

Важным этапом, предшествующим появлению законов, является разработка и последующая реализация концепций, связанных с ключевыми проблемами общества.

В 1997 году Указом Президента РФ была утверждена «Концепция национальной безопасности РФ», которая определила «здоровье населения основой национальной безопасности страны». Затем был принят ряд федеральных целевых программ по укреплению здоровья, профилактике заболеваний сахарным диабетом, туберкулезом, ВИЧ-инфекции и т.п.

В 2000 году Правительством РФ были утверждены «Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации до 2005 г.» [36] и концепция, направленная на «обеспечение государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья» [37]. Эту концепцию предполагалось реализовывать силами трех министерств: здравоохранения, труда и социального развития и образования. Стремление преодолеть межведомственные барьеры свидетельствовало об актуальности проблемы и ломке стереотипов административного мышления.

В 2003 году была принята «Концепция охраны здоровья здоровых в Российской Федерации». Этот документ лег в основу отраслевой программы «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003–2010 гг.» [38]. Правовой документ, включающий словосочетание «здоровье здоровых», впервые появился в отечественной законотворческой практике. Путь его к легитимности насчитывает около 10 лет, в течение которых эта концепция разрабатывалась в различных школах медицинской науки К.В. Судаковым, Н.Ф. Измеровым, В.И. Кулаковым, М.А. Пальцевым, Ю.П. Лисициным, А.Н. Разумовым, а также в сфере общественных наук – Е.Н. Кудрявцевой, П.О. Тищенко, Ю.И. Бородиным, Л.Г. Матрос, И.Н. Смирновым и др.

Суть концепции – в недопущении болезненного состояния человека за счет мобилизации его психофизиологических резервов, обеспечивающих равновесие организма с окружающей средой, оптимальную адаптацию и противодействие экстремальным факторам. В центре внимания концепции – здоровые мать и отец, здоровый ребенок, здоровый образ жизни, полноценная трудовая деятельность и обеспеченная старость.

Отдавая должное факту появления подобной концепции, нельзя не обратить внимания на то, что в обосновании доминирует экономическая эффективность от реализации концепции, тогда как основным результатом должны стать не экономические

достижения, а изменение поведения людей. Главный же недостаток в том, что не обозначен механизм управления процессом охраны здоровья здоровых. Отсутствует механизм реализации осуществления задач, связанных со здоровым образом жизни, и в «Концепции развития здравоохранения до 2020 года» (2009). В этом документе впервые на законодательном уровне названа структура процесса формирования здорового образа жизни и указано на необходимость создания системы мотивирования и граждан, и руководителей учреждений образования, и работодателей на ведение здорового образа жизни и обеспечение возможностей для этого. Но как это сделать – не сказано.

Применительно к объекту нашего исследования – здоровью студентов – в нормативную базу необходимо также включить Закон РФ «Об образовании» (1992), где в ст. 2 отмечается «гуманистический характер образования, приоритет общечеловеческих ценностей, жизни и здоровья человека», а в ст. 51 – «обязанность образовательных учреждений создавать условия, гарантирующие охрану здоровья обучающихся». Кроме того, в Законе РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (1999) подтверждается, что «в образовательных учреждениях независимо от организационно-правовых форм должны осуществляться меры по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья обучающихся». Большое значение имеет также Федеральная целевая программа «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2006–2015 гг.» (2006).

Ряд нормативных документов предлагает вузам новые формы заботы о здоровье молодого поколения. В Письме МО РФ №29 от 3 мая 2001 года «О разработке и реализации в каждом вузе комплексной целевой программы «Образование и здоровье» регламентируется создание Центров содействия укреплению здоровья студентов. Кроме того, рекомендуется в каждом вузе разработать программу «Образование и здоровье» и ввести в учебные планы курсы лекций, направленные на повышение культуры здоровья студентов. Проводится всероссийский конкурс «Вуз здорового образа жизни», в котором в 2010 году приняли участие 350 вузов России.

О том, как в различных регионах вузы реализуют данные рекомендации, рассказывается в главе 5 настоящей монографии. В качестве примера остановимся на опыте некоторых вузов.

В последние годы в *Ульяновской области* вопросам здравоохранения уделяется много внимания. В частности, по решению Правительства Ульяновской области разработана Областная целевая программа «Развитие физической культуры и спорта в Ульяновской области на 2008–2012 гг.».

На *региональном* уровне – с целью поддержания репродуктивного здоровья молодежи открыты Центры охраны репродуктивного здоровья детей и молодежи при городской детской клинической больнице и студенческой поликлинике, а областной СПИД-Центр реализует проекты «Мы вместе», «Действуй ради жизни».

Для обеспечения физического и психического здоровья молодежи в рамках национального проекта «Здоровье» в образовательных учреждениях открыты Центры здоровья; функционирует областной «Центр доверия» с филиалами во всех районах Ульяновска, городах Димитровград, Барыш.

На *муниципальном* уровне – в Ульяновске открыта студенческая поликлиника, в которой состоят на учете студенты всех высших учебных заведений города. В

2009–2010 годах в рамках проекта «Здоровье» действовали программы для молодежи «Грация» и «Антистресс». С 2010 года в городах Ульяновск, Димитровград действует проект «Здоровый город», цель которого – объединить профессиональные медицинские учреждения, образовательные учреждения, общественные организации для продвижения здорового образа жизни в молодежную среду.

На *вузовском* уровне – в двух университетах Ульяновска (Ульяновском государственном университете и Ульяновском государственном техническом университете), в которых проходило исследование «Здоровье студентов», создана система поддержки здоровья учащихся: функционируют медпункты, действуют студенческие профилактории, в летнее время работают студенческие спортивно-оздоровительные лагеря. В каждом вузе создана современная физкультурно-спортивная база – открытый спортивный стадион с искусственным покрытием и закрытые спортивные комплексы.

В структуре Ульяновского государственного университета (УлГУ) находится уникальное подразделение – Институт медицины, экологии и физической культуры, позволяющее объединять усилия ученых, среди которых более 80 докторов и 350 кандидатов наук, при реализации различных междисциплинарных проектов. Результаты комплексных исследований ориентированы на решение прикладных задач медицины, здравоохранения, биологии, химии, экологии, рационального природопользования, физической культуры и спорта. С 2002 года в Ульяновском государственном университете действует Центр телемедицины.

Работа по формированию навыков здорового образа жизни является в УлГУ одним из приоритетных направлений деятельности. Программа УлГУ по пропаганде и внедрению здорового образа жизни на 2009–2014 гг. включает в себя следующие направления:

- создание условий для охраны здоровья и полноценного питания студентов;
- изучение состояния здоровья студентов и ППС;
- деятельность вуза по оздоровлению сотрудников и педагогов, вовлечению их в занятия физкультурой и спортом;
- профилактическую работу против вредных привычек среди студентов;
- духовно-нравственное воспитание молодежи [39].

Другой пример успешной социальной политики на уровне конкретного вуза относится к *Белорусскому государственному университету*.

В последние годы успешно реализуется Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 гг., с подпрограммой «Формирование здорового образа жизни и создание благоприятной среды обитания», цель которой – формирование моды на здоровый образ жизни; ведется популяризация культуры здоровья среди молодежи.

В Белорусском университете в рамках пропаганды здорового образа жизни в качестве первоочередной задачи заявлено «формирование у студентов и сотрудников БГУ системы ценностей, способствующих сохранению и укреплению собственного здоровья и здоровья окружающих, а также способности противостоять факторам риска, освоение ими необходимых знаний в этой области». Далее приоритет отдается разработке и внедрению в рамках учебно-воспитательного процесса эффективных форм валеологического просвещения и образования. И уже потом ставятся задачи контроля,

сохранения и коррекции состояния здоровья студентов, преподавателей и сотрудников на основе эффективного использования и развития оздоровительной базы БГУ, сети республиканских здравниц и применения современных технологий в области охраны здоровья.

Таким образом, значение психологической составляющей по формированию у студентов установок и ценностей здорового образа жизни в Белоруссии, как и в России, выходит на первое место, опережая значимость материальной составляющей (условия для спорта, питания, досуга) этого процесса. При этом популяризация здорового образа жизни (ЗОЖ) осуществляется через средства массовой информации – различные студенческие газеты, альманахи, видеоматериалы студенческой видеостудии; проведение студенческих акций («Всемирный день здоровья», «Всемирный день без табака», «Экология человека» и т.п.). Ведется также разработка паспортов здоровья и индивидуальных рекомендаций по сохранению и укреплению здоровья для студентов. В учебные планы всех специальностей дневной формы образования введены теоретико-методические основы физкультурно-спортивной деятельности, здорового образа жизни, профилактики СПИДа и наркомании [40].

В России, руководствуясь федеральными законами и постановлениями, администрация в регионах разрабатывает собственную правовую документацию. Так обстоят дела в городах, где проходило исследование «Здоровье студентов», например в *Брянске* принят Закон Брянской области «О государственной поддержке организации оздоровления, отдыха и занятости детей и молодежи в Брянской области». В законе устанавливаются правовые и организационные основы государственной поддержки инфраструктуры и системы организации оздоровления, отдыха и занятости детей и молодежи и определяются полномочия органов государственной власти Брянской области и других заинтересованных организаций в данной сфере. Законом также определены формы государственной поддержки организации оздоровления, отдыха и занятости детей и молодежи в Брянской области.

В Постановлении администрации Брянской области «Об организации оздоровления, отдыха и занятости детей и молодежи в 2010 году» указано, что в первоочередном порядке обеспечивается отдых и оздоровление детей, молодежи, студентов государственных учреждений высшего и среднего профессионального образования, в том числе на бесплатной основе. Для реализации задуманного создан координационный совет по организации оздоровления и отдыха детей и молодежи. Этим же документом предусмотрено проведение медицинских осмотров подростков и членов студенческих отрядов при оформлении временной занятости в летний период. Заметим, что во всех официальных документах речь идет только о студентах государственных вузов, хотя в последнее время негосударственные вузы по суммарному количеству студентов практически не уступают первым.

На основе созданной в регионах нормативно-правовой базы осуществляется реализация различных программ в области здоровья.

Например, в *Хабаровском* крае действует краевая целевая программа «Здоровое поколение» на 2007–2010 годы, имеющая статус регионального закона. Ее основной целью обозначено сохранение, восстановление и укрепление здоровья матерей и детей, привитие навыков здорового образа жизни. Среди задач этого программного документа –

совершенствование системы сохранения и укрепления здоровья детей в образовательных учреждениях и пропаганда здорового образа жизни.

За последние 10–15 лет в ряде высших учебных заведений России разработаны «паспорта профессиональной психофизической готовности будущих специалистов», «паспорта здоровья» и другие нормативные показатели, позволяющие повышать резервы здоровья учащейся молодежи. Например, кафедра физического воспитания РГУ нефти и газа им. И.М. Губкина в Москве на протяжении ряда лет проводит мониторинг уровня здоровья и изучает влияние различных средств и методов физического воспитания на «соматическое здоровье» студентов. Для сбора информации используется автоматизированный комплекс доврачебного контроля, выпускаемый НИИ медицинского приборостроения. Работа на комплексе осуществляется одним человеком, способным за 1,5 часа снять показатели у группы до 30 студентов, обследования в течение года проходят 1000–1200 студентов 1–4-х курсов. Методическую основу составляет подход, при котором используется энергетическая модель организма. Уровням «высокий и выше среднего» соответствует достаточный запас здоровья, так называемый безопасный уровень здоровья (БУЗ). Обследуемые в результате анализа данных делятся на пять функциональных классов. Первичной информацией являются: паспортные данные студентов, рост, масса тела, артериальное давление, кистевая динамометрия, пульс в покое и время восстановления после 20 приседаний за 30 секунд [41].

В Москве в сфере сохранения здоровья студентов одним из приоритетных направлений является диспансеризация. В 2007 году подписано трёхстороннее соглашение «О координации действий, направленных на повышение охвата студентов диспансерными осмотрами, вакцинопрофилактикой, лечебно-оздоровительными мероприятиями, выполнении утверждённых медицинских стандартов диспансеризации» между Департаментом здравоохранения Москвы, Советом ректоров вузов Москвы и Московской области и Ассоциацией профсоюзных организаций студентов государственных и коммерческих вузов г. Москвы. Ежегодно проводится диспансеризация большинства московских студентов [42].

Три года назад была поднята достаточно серьёзная тема – тема студенческой наркомании. Было предложено проводить обязательное освидетельствование на наркозависимость перед приёмом в вуз. Разные общественно-политические деятели тогда заняли противоположные позиции по этому вопросу. Одни считали, что это поможет оградить студенчество от губительной страсти, а другие полагали, что это нарушение прав человека. В настоящее время процедура обязательного тестирования студентов на употребление наркотических веществ пока не введена. Причиной этого, по мнению Департамента здравоохранения г. Москвы (письмо №32–29–14923 от 16 ноября 2009 года), является отсутствие норм федерального законодательства в данной сфере. Тестирование на добровольной основе проводится при наличии соответствующего договора учебного заведения с наркологическим учреждением.

Один из основных документов, регулирующих охрану здоровья студентов в Москве, это Закон города Москвы №39 от 30 сентября 2009 года «О молодежи» [43].

Ст. 25 «Поддержка молодежи в сфере здравоохранения, физической культуры и спорта» этого закона предписывает: популяризацию здорового образа жизни; разработку и реализацию программ по оздоровлению, привлечению молодежи к занятиям физической

культурой и спортом; содействие развитию инфраструктуры отдыха и оздоровления молодежи; разработку и реализацию программ экологического воспитания и участия молодежи в мероприятиях по охране окружающей среды; разработку и реализацию программ полового воспитания.

С целью реализации государственной молодежной политики создаются центры консультирования по вопросам охраны здоровья, центры репродуктивного здоровья (планирования семьи), оказывающие бесплатную медицинскую помощь молодым гражданам и молодым семьям; организуются центры профилактики, выполняющие анонимные бесплатные исследования (на наличие ВИЧ-инфекции, венерических заболеваний и вирусного гепатита); осуществляется информирование молодых граждан о работе данных центров. Для привлечения молодежи к занятиям физкультурой и спортом проводятся различные спортивные и физкультурные мероприятия, информация о которых широко распространяется, в том числе через базу данных, содержащую сведения о возможностях для регулярных занятий спортом.

Одним из удачных вариантов разработанной целевой программы «Образование и здоровье» (в соответствии с Письмом МО РФ №29 от 3 мая 2001) может быть Программа *Шуйского государственного педагогического университета*, основанная на концепции воспитательной работы «Здоровый образ жизни от преподавателя к студенту» [44]. В данной программе объектом исследования и воздействия стали не только студенты, но и те, от кого зависит успешность реализации данной программы, – преподаватели, в меньшей степени, чем студенты, нуждающиеся в улучшении здоровья.

Программа содержит 5 основных направлений:

- 1) создание здоровьесберегающей среды и условий для сохранения и укрепления здоровья;
- 2) образование в области здоровья для студентов и преподавателей с целью формирования основ культуры здоровья;
- 3) воспитательная работа по формированию ЗОЖ студентов;
- 4) разработка комплексной системы по охране здоровья субъектов образования;
- 5) научное сопровождение реализации программы.

Каждое направление детализировано рядом мероприятий. Например, второе направление предусматривает: усиление межпредметной и межкафедральной интеграции по преподаванию психолого-педагогических основ ЗОЖ; введение в учебные планы курса «Культура здоровья» вместо утраченного предмета «Валеология»; повышение квалификации преподавателей по вопросам культуры здоровья (только 17% из 190 опрошенных преподавателей данного вуза считают себя профессионально грамотными в вопросах здоровья).

Важным конструктивным элементом данной программы является перечень проблем и препятствий, мешающих её реализации: нормативно-организационные (отсутствие современных требований к образованию в области здоровья); экономические (отсутствие необходимого финансирования); кадровые (отсутствие системы подготовки преподавателей вузов по данному направлению); психологические (низкий стартовый уровень мотивации студентов на ЗОЖ); отсутствие компьютерного мониторинга образа жизни студентов; отсутствие системы по охране здоровья субъектов образования в вузе.

Представленный перечень проблем позволяет разработать конкретные меры по их нивелированию.

Завершая рассмотрение особенностей социальной политики в сфере здоровья в различных вузах, следует отметить, что здоровье студентов все чаще становится объектом серьезного внимания руководства этих учебных заведений. Имеющийся положительный опыт в данной области получает все большее распространение.

1.3 Новые тенденции в отношении студентов к здоровью

В ситуации постоянного роста заболеваемости всех групп населения, здоровье подростков и молодежи вызывает особую тревогу. Поскольку нет государственных статистических данных о здоровье студентов и соответствующей им возрастной группы, остановимся на показателях здоровья подростков, значительная часть которых становится студентами.

За период с 1990-го по 2009 год общая заболеваемость населения выросла на 23%. Наибольшие темпы роста во всех возрастных группах характерны для болезней крови – в 3,9 раза, мочеполовой системы – в 2,5, новообразований – в 1,9 раза. У подростков 15–17 лет аналогичные темпы примерно в два–три раза выше. Кроме того, у них число болезней эндокринной системы возросло в 4,8 раз, врожденных аномалий в 4,4 раза, доля психических расстройств, вызванных употреблением алкоголя, увеличилась в 2,0 раза, наркотиков – в 2,6 раза. Что касается болезней мочеполовой системы, чье состояние особенно важно для репродуктивного здоровья человека, то заболеваемость подростков в этой сфере увеличилась в 5,6 раза, а венерическими болезнями, например сифилисом, – в 7,3 раза [45]. И это только официальные данные, неполные из-за большого числа частных клиник, оказывающих анонимную помощь.

По мере взросления жизнь подростков усложняется, проблемы со здоровьем обостряются. Как ведут себя молодые люди в отношении собственного здоровья, что заставляет их заботиться или не заботиться о нем?

Следует отметить, что именно формирование потребности в заботе о здоровье является наиболее сложной проблемой, поскольку связано с ломкой психологических стереотипов в сознании людей, которым десятилетиями внушалась мысль о том, что об их здоровье заботится государство. Модель поведения индивида в отношении здоровья в СССР, во-первых, была ориентирована не на сохранение и укрепление здоровья, а на лечение возникающих болезней. Во-вторых, определялась патерналистским характером советского здравоохранения, когда бесплатное медицинское обслуживание, доступное для всего населения, было ответственно за здоровье индивида, что в определенной степени нейтрализовало его собственную активность в этой сфере; в-третьих, определялась предшествующим историческим опытом России с ее небрежением к жизни отдельного индивида, существование которого должно было быть целиком посвящено интересам общества.

Изменившаяся социально-экономическая ситуация в стране, увеличение доли платного сектора в системе здравоохранения поставили человека перед необходимостью переосмыслить отношение к собственному здоровью, но все это только начинает осознаваться россиянами. На протяжении последних 25 лет, в течение которых велись исследования социальных факторов здоровья в России, неизменно выявлялась одна

особенность, свойственная всем без исключения группам респондентов независимо от места проживания, национальности, возраста, пола и образования. Эта универсальная особенность заключалась в том, что из шести мотивов заботы о здоровье (пример окружающих людей, воздействие медицинской информации, воспитание, требования родных и близких, желание быть физически сильнее, ухудшение здоровья) у всех респондентов во всех исследованиях на 1-м месте был фактор «ухудшение здоровья». Это означало, что люди начинали заниматься собой, только заболев, т.е. забота о здоровье у россиянина имела исключительно лечебный, а не профилактический характер. Роль остальных мотивов менялась в зависимости от места проживания [46, с. 67–68].

Ситуация начала улучшаться несколько лет тому назад, когда в исследованиях при ответе на вопрос о том, что заставляет их заботиться о здоровье, молодые люди все чаще стали выбирать иные варианты ответов. В данном исследовании, достаточно масштабном по выборке, включающей самые разные в географическом смысле регионы (от Мурманска на севере до Грозного на юге, от Гродно на западе до Хабаровска на востоке) мы получили подтверждение того, что наметилась новая тенденция, связанная с осознанным отношением к своему здоровью и соответствующим самосохранительным поведением. Впервые значительная доля респондентов – около 40% юношей и 28% девушек – в качестве ведущей причины заботы о здоровье назвали «желание быть сильнее и здоровее». Эти ответы свидетельствуют о постепенной перестройке системы ценностей и изменении отношения к здоровью. Отрадно, что тенденция эта характерна для студентов – интеллектуального потенциала нашего общества.

Данная тенденция была выявлена в результате ответов на блок вопросов, направленных на выяснение того, что в основном заставляет человека заботиться о своем здоровье и что влияет на этот процесс. Предлагалось выбрать один из шести возможных вариантов ответов по поводу мотивов заботы о здоровье (воспитание, влияние окружающих людей, медицинской информации, ухудшение здоровья, требование родных и близких, желание быть сильнее, здоровее) или написать иной собственный ответ. Выбирая только один вариант ответа, респонденты автоматически разделялись на соответствующие группы. Рассмотрим, чем же отличаются студенты, выбравшие в качестве ответа «ухудшение здоровья», от выбравших вариант «желание быть сильнее, здоровее». Первую группу мы назвали традиционной (ТГ), поскольку фактор ухудшения здоровья был преобладающим в заботе о здоровье в предыдущие десятилетия, а вторую группу – опережающей (ОГ), так как забота о здоровье с целью оздоровления, укрепления его является, по сути, профилактической, что будет характерно для будущего времени. Анализ особенностей респондентов этих групп осуществлен с учетом гендерного признака.

Характеристика традиционной и опережающей групп

Важно, что количественные и структурные параметры групп достаточно близки. Численность ТГ составила 874 респондента (328 юношей и 546 девушек), а ОГ – 1002 чел. (528 юношей и 474 девушки). Распределение респондентов по возрастным группам симметричное – по две трети респондентов в возрасте 18–20 лет, около трети – 21–22 лет. Остальная небольшая часть респондентов обеих групп старше 22 лет.

Что касается уровня материальной обеспеченности респондентов-юношей, то в ОГ больше доля тех, кто обеспечен средне (15–30 тыс. руб. в месяц на человека) и

соответственно меньше тех, у кого уровень доходов до 15 тыс. руб. У девушек доли менее обеспеченных в двух группах совпадают, а среднеобеспеченных несколько больше в ТГ. Доли студентов с доходом свыше 30 тыс. руб. в месяц одинаковы в обеих группах, в том числе по полу.

По профилю образования доли респондентов гуманитарного, технического и естественнонаучного профилей обучения почти полностью совпадают в ТГ и ОГ. Аналогичная ситуация с распределением по курсам обучения. Территориальная принадлежность респондентов двух групп такова, что в ОГ больше всего доли юношей из Мурманска, девушек – из Грозного. В ТГ, где основным фактором заботы о здоровье является его ухудшение, наибольшие доли и юношей, и девушек – из Брянска. В целом традиционная и опережающая группы достаточно сопоставимы по основным показателям.

Самооценка здоровья, его ценность

Самооценка здоровья – это оценка индивидом своего физического и психического состояния, ключевой показатель отношения к здоровью, для которого характерны три основные функции: 1) регулятивная, 2) оценочная, 3) прогностическая.

Самооценка как интегральный показатель включает в себе оценку не только наличия или отсутствия симптомов заболевания, но и психологического благополучия – своих возможностей и качеств, осознания жизненной перспективы, своего места среди других людей. Люди, как правило, оценивают свое здоровье с точки зрения возможности выполнять социальные функции и роли. Исследования показали, что психологический дистресс, депрессивные симптомы влияют на трудоспособность и самооценку здоровья сильнее, чем многие серьезные хронические заболевания [47]. Это, собственно, и обуславливает регулятивную функцию самооценки здоровья. Вместе с тем самооценка физического и психического состояния выступает в качестве реального показателя здоровья людей. Еще Гиппократ определял здоровье как субъективно-психологическое ощущение. Хотя субъективные оценки априори не могут быть полностью надежными, при определении истинного состояния здоровья обнаружена довольно высокая степень соответствия самооценки и объективной характеристики здоровья, выявленная в результате различных исследовательских процедур, в частности путем сравнения самооценок и данных медицинских карт – совпадение зафиксировано в 70–80% случаев [48].

Кроме того, самооценка здоровья как социологический показатель позволяет косвенным образом характеризовать и тех респондентов, которые не обращаются к врачам, но имеют отклонения в здоровье, и таким образом формировать потенциальные группы риска, т.е. прогнозировать тенденции состояния здоровья населения. В то же время нельзя не учитывать того обстоятельства, что респондент оценивает свое здоровье в соответствии со сложившимися культурными стандартами и нормами. Об этом свидетельствует значительный процент случаев, когда опрашиваемые по своему социомедицинскому статусу относились к категории больных (при опросе, например в больнице) и, тем не менее, оценивали свое здоровье как «хорошее». Это является доказательством того, что люди обычно интерпретируют здоровье скорее как физическую дееспособность, возможность выполнять свои привычные обязанности, а не как наличие или отсутствие конкретных симптомов болезни.

Таким образом, многоплановость самооценки и в качестве мотивационной детерминанты поведения относительно факторов, способствующих или угрожающих здоровью, и в качестве показателя здоровья (реального и на перспективу) заслуживает пристального внимания и анализа. Не случайно практически все исследования по проблемам здоровья включают в себя вопросы по самооценке здоровья [49].

В нашем исследовании, оценивая свое здоровье, «хорошим» назвали его в опережающей (ОГ) группе в 2,3 раза больше юношей и девушек по сравнению с традиционной (ТГ). В то же время на «плохое» здоровье указали в ТГ в 5,3 раза больше юношей и в 3 раза больше девушек. Считают свое здоровье удовлетворительным более половины респондентов ТГ и треть – в ОГ (рис. 1).

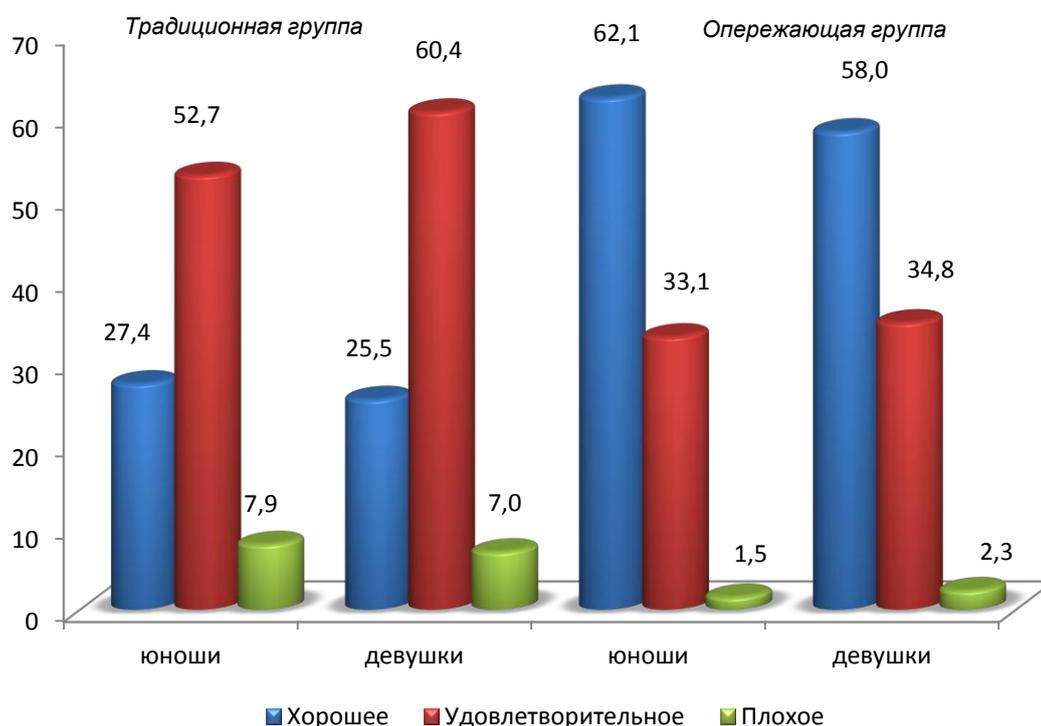


Рис. 1. Самооценка здоровья студентов (%)

Вопрос о том, заботится ли респондент о своем здоровье, по сути отражает знание им социальных норм в этой области. Поэтому положительный ответ 74–88% респондентов ТГ и 93–98% респондентов ОГ означает не наличие реальной заботы, а лишь то, что ответившие знакомы с этой нормой. Фактическая же доля заботящихся о своем здоровье выявлялась с помощью контрольного вопроса «Если Вы не заботитесь о здоровье, то почему?». Не стали отвечать на этот вопрос около половины юношей и девушек – респондентов ТГ и почти три четверти студентов ОГ.

Среди тех, кто о здоровье не заботится, основные причины этого в обеих группах, при примерно равных долях ответов (каждый 4–5-й), одинаковы – «нет времени» и «не хватает силы воли», что обычно трактуется как отсутствие потребности в заботе о здоровье и установок на подобное поведение.

Фактическое отношение индивида к здоровью в значительной степени зависит от места, которое занимает здоровье в системе его ценностей. Сравнение ответов

респондентов двух групп – ТГ и ОГ – на вопрос о том, что в наибольшей степени способствует достижению жизненного успеха, показывает, что на 1-м месте у всех респондентов-юношей в обеих группах стоят «способности, талант». Далее в ТГ идут «здоровье» и «сила характера», а в ОГ – «сила характера» и «образование». «Здоровье» в ОГ вышло на 4-е место, что вполне логично, так как его состояние для этой группы не столь актуально, как для респондентов ТГ. Что касается респондентов-девушек, то при ответе на этот вопрос они выбрали одинаковые варианты ответов, но в ТГ на 1-м месте – «здоровье», на 2-м – «способности, талант», на 3-м – «сила характера». В ОГ иное распределение – первые два места разделили с одинаковыми долями ответов «сила характера» и «способности, талант», а «здоровье» заняло 3-е место. Можно сказать, что здоровье как ценность в ТГ имеет более выраженный инструментальный характер. Отрадно, что «материальный достаток» переместился с первых мест в системе ценностей респондентов, как это было в исследованиях прошлого десятилетия, на 5–6 места в структуре средств достижения жизненного успеха.

Одним из важных показателей состояния здоровья является частота заболеваемости простудными болезнями и гриппом. Юноши из ОГ в 2 раза, а девушки – в 1,6 раза реже болеют указанными болезнями от 3 до 8 раз в году («часто»). Но девушки в обеих группах болеют существенно чаще юношей – каждая третья в ТГ и каждая четвертая в ОГ болеют от 3 до 8 раз в году (рис.2). Доля никогда не болеющих простудными заболеваниями хоть и невелика, но все же в ОГ она у юношей в 1,9 раза, а у девушек – в 1,7 раза больше по сравнению с аналогичной долей в ТГ.

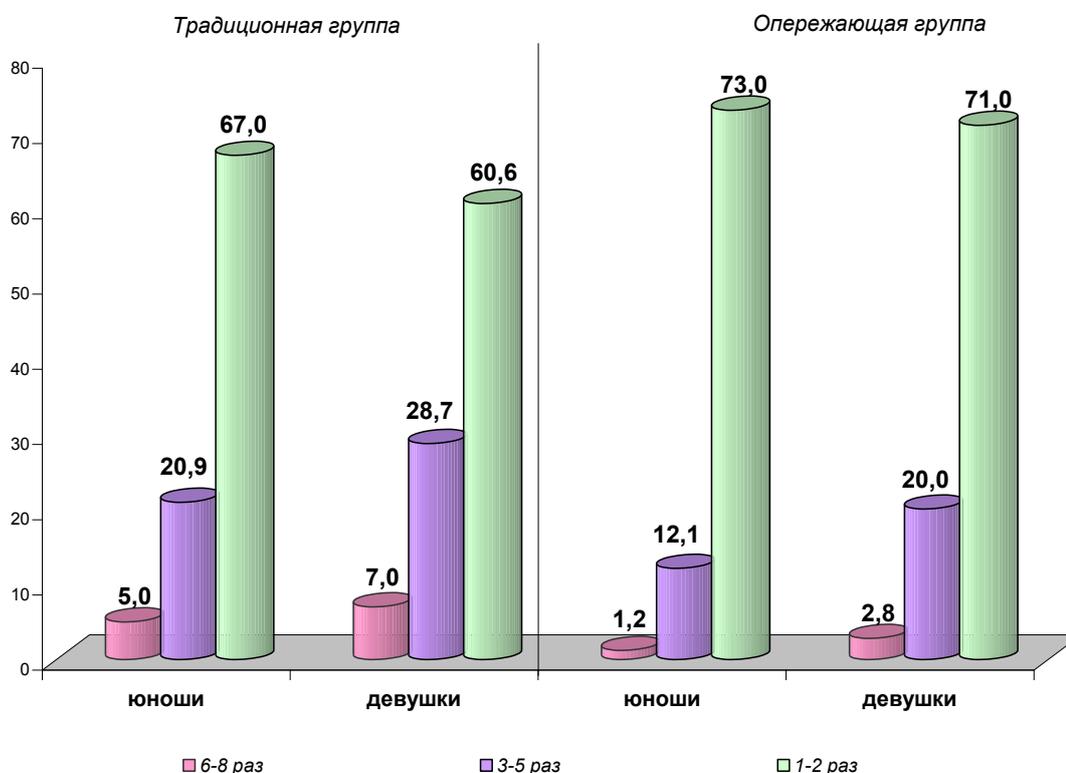


Рис. 2. Частота заболеваемости студентов простудными заболеваниями и гриппом в течение года (%)

Информированность в сфере здоровья

Показатель информированности и грамотности в сфере здоровья является важным и неотъемлемым компонентом культуры самосохранения индивида. Исследования этого показателя проводятся регулярно в нашей стране и за рубежом. Традиционно он используется в комплексе с показателем самооценки здоровья и обращаемости за медицинской помощью, что позволяет прогнозировать поведение населения по формированию групп риска.

Показатель информированности многоэлементный. Предметом информированности являются знания: о вреде для здоровья некоторых привычек, о факторах риска наиболее распространенных заболеваний, о перенесенных заболеваниях, о противопоказанных лекарствах, о методах оказания первой помощи, об элементах гигиенической культуры и т.п. Только имея представления об уровне информированности и гигиенической культуры индивида, можно оценить уровень осознанности его самосохранительного поведения. Кроме того, показатель информированности служит индикатором эффективности функционирования в отношении здоровья таких социальных институтов, как здравоохранение, семья, школа, средства массовой информации.

Как показывают исследования, уровень гигиенической культуры в нашей стране обуславливается тем, что знание населением основных показателей своего организма, перенесенных заболеваний и специфических особенностей не является предметом внимания служб здравоохранения, хотя любое серьезное обращение за медицинской помощью начинается именно с вопросов подобного рода. Априори считается, что такие данные понятны и доступны представителям всех социально-демографических групп населения, поскольку они собираются о каждом человеке с момента его рождения по мере обращения за медицинской помощью в связи с лечением, профилактическими осмотрами и т.п. Часть из них связана с характеристикой здоровья членов семьи – информация о заболеваниях родителей и других родственников, их генетических особенностях. Другой набор сведений предполагает знание элементарных признаков наиболее распространенных заболеваний. Источником таких сведений может быть как семья, так и система санитарно-гигиенического просвещения.

Интерес населения к информации, связанной со здоровьем, обнаруживается во многих отечественных и зарубежных исследованиях [50]. При этом акцент делается на потребность в информации профилактического характера, которая позволяла бы предупреждать наиболее распространенные сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, оберегать детей и пр. Среди каналов получения информации подобного рода респонденты называют друзей и знакомых (25%), радио и телевидение (22%), учебные занятия (18%). Каждый десятый читает специальную литературу. Но практически не указываются как источники информации врачи и медицинские работники [51, с. 121]

Отвечая на вопрос «Нужна ли Вам какая-нибудь информация для улучшения здоровья?», студенты-юноши из традиционной группы, характеризующейся более низкими самооценками здоровья, проявили большее внимание к данной информации (ответ «да» у 47% по сравнению с 41,6% у респондентов из ОГ). У девушек потребности в такой информации идентичны в обеих группах (по 53%). Стремление выяснить, в какой именно информации нуждаются респонденты-юноши, показало, что направленность интересов у них одинаковая. Это «психология общения», «здоровый образ жизни» (ЗОЖ)

и «правильное питание» – таковы ранговые предпочтения юношей из ТГ. У юношей из ОГ на 1-м месте ЗОЖ, причем доля этих ответов в 1,6 раза больше, чем в ТГ, далее идет «психология общения» и «правильное питание», интерес к которому тоже превышает соответствующую долю ответов в ТГ – в 1,3 раза. Совпадает у представителей двух групп и дальнейшая направленность интересов – стремление найти литературу по факторам риска для здоровья и методам избавления от вредных привычек. Несколько большую долю юношей из ОГ интересует информация по оздоровительной гимнастике, закаливанию и защите от неблагоприятной экологии. Не интересуются никакой информацией по здоровью 18,5% юношей из ТГ и 15,1% – из ОГ.

У девушек в обеих группах те же приоритеты, но с другими ранговыми местами. На 1-м месте у них «правильное питание», которым они озабочены в 1,6–2 раза чаще, чем юноши. Далее в ТГ идут «психология общения» (доля ответов у девушек в 1,4 раза больше, чем у юношей) и ЗОЖ. В ОГ на 2-м месте ЗОЖ (доля ответов в 1,5 раза больше, чем у девушек из ТГ) и «психология общения». Дальнейшие приоритеты девушек отличаются от приоритетов юношей – это оздоровительная гимнастика, профилактика стресса и факторы риска. Причем ими в большей степени интересуются девушки из ОГ, демонстрируя более высокий уровень санитарно-гигиенической культуры. Доли ответов девушек, не стремящихся получить какую-либо информацию по здоровью, в обеих группах в 2,3 раза меньше соответствующих долей юношей.

Отдельный вопрос касался потребности в информации для улучшения сексуального здоровья – судя по ответам, около 70% респондентов имеют сексуальные отношения. Оказалось, что больше всего нуждаются в данной информации юноши из ТГ (31,1% в сравнении с 22,8% ОГ). У девушек эти потребности примерно идентичны в обеих группах (33,6% в ТГ и 30,9% в ОГ) и существенно ниже, чем потребность в общих знаниях о здоровье.

Важным показателем уровня санитарно-гигиенической культуры является также наличие навыков и умений по оказанию первичной медицинской помощи. Исследование показало отсутствие этих необходимых навыков у значительной части опрошенных. При опросах юноши из ОГ заявили о несколько больших умениях, связанных с первой помощью при поражении током (42% в ОГ и 31% в ТГ), сотрясении мозга (41,6 и 29,5% соответственно), переломе (61,4 и 55,4%), ожоге (57,5 и 51,5%), при оказании помощи тонувшему человеку (70,7 и 59,8%) и т.п. Девушки в обеих группах по своим навыкам не отличаются друг от друга, когда дело касается помощи при поражении током (около 21%), сотрясении мозга (около 30%), переломе (около 47%), отравлении (около 71%). Причем девушки обладают большими умениями по сравнению с юношами, только когда речь идет о помощи при отравлении, ожоге и плохом самочувствии на улице – в таких, можно сказать, бытовых ситуациях. Во всех остальных видах помощи, судя по ответам, лидируют юноши. Нельзя забывать и о том, что это лишь мнения респондентов об их умениях, проверить достоверность которых не представляется возможным в условиях исследования и которые, как правило, несколько завышены. Наибольшие затруднения для всех респондентов связаны с помощью при сердечной недостаточности. О своей способности помочь в подобной ситуации заявили всего лишь 15–19% юношей и 18–19% девушек обеих групп.

Таким образом, молодые люди могут оказать первую медицинскую помощь в тех случаях, когда дело касается распространенных жизненных ситуаций (плохого самочувствия на улице, отравления, ожога). Более же редкие и серьезные виды помощи (при острой сердечной недостаточности, поражении током, сотрясении мозга, переломе), овладение которыми предполагает специальное обучение, оказываются менее освоенными. А поскольку травматизм и несчастные случаи занимают высокие места в структуре смертности и заболеваемости населения, недостаток информированности в этой области приобретает особую остроту. Современный уровень гигиенической информированности и грамотности населения, по данным этого и других исследований [51, с. 119–125], сегодня настолько низкий, что можно говорить о нем, как о факторе, снижающем диагностические возможности врачей и усугубляющем последствия травм и несчастных случаев из-за неумения большинства населения оказать себе и другим первую медицинскую помощь. Кроме того, такой уровень санитарно-гигиенической грамотности населения является фактором, снижающим профилактические возможности самого населения предотвратить элементарные заболевания.

Где студенты могут сегодня получить подобные и другие сведения по вопросам здоровья? В основном в семье, если там им уделяют внимание. У нас в стране пока нет соответствующего предмета в дошкольных и школьных учреждениях, и овладение необходимыми знаниями имеет преимущественно стихийный характер. Как показали результаты исследования, в ходе которого задавался вопрос о наличии в вузе какого-либо предмета по проблемам здоровья, далеко не везде есть такой предмет. Ответы респондентов обеих групп почти совпадают – лишь треть всех юношей и более 40% девушек ответили утвердительно. Большой процент доли ответов у девушек, вероятно, связан с тем, что у них преобладает гуманитарный профиль образования.

Поведенческие риски в отношении здоровья

Поведение в сфере здоровья стало объектом социологического изучения в середине 80-х годов прошлого века. Внимание к данной проблеме в тот период времени было вызвано наметившимися негативными тенденциями в состоянии здоровья населения, его недостаточной значимостью в системе ценностей взрослых людей и очевидной взаимосвязью наиболее распространенных причин смертности и заболеваемости именно с поведенческим фактором. За прошедшие годы была разработана концепция самосохранительного поведения, основные показатели этого поведения, определены факторы, формирующие его, проведена серия исследований по единой программе в различных регионах страны [52]. Важным результатом этой серии исследований был вывод о доминировании поведенческого фактора в структуре всех факторов, влияющих на здоровье. К настоящему времени проблемы в сфере здоровья ещё больше усугубились, возросло и значение поведенческого фактора в новых социально-экономических условиях, которые характеризуются, применительно к сфере высшего образования, сокращением доли бесплатных мест при приеме в вузы, уменьшением размера стипендий, необходимостью совмещать учебу с работой.

Работа. Вопросы материального обеспечения студенты сегодня решают по-разному. Недостаточный размер стипендий заставляет студента работать в период обучения. Дополнительная работа не может не влиять на успеваемость, поскольку она «забирает» время, предназначенное для посещения занятий и подготовки к ним. В нашем

исследовании среди опрошенных представителей двух групп работает каждый четвертый юноша и каждая пятая девушка. У работающих девушек преобладает умственный характер труда (58% в ТГ и 51,2% в ОГ), у юношей в работе сочетается умственный и физический труд (35,4 и 49% соответственно). Что касается физического труда, то в ТГ немного выше доля респондентов-юношей (17,4 и 11,7% соответственно). Доля в обеих группах девушек, занятых физическим трудом, составляет около 8%.

Работа неизбежно связана с определенной усталостью. «Очень устают» после работы в большей степени респонденты ТГ – юноши (20,8% в ТГ в сравнении с 11,6% в ОГ) и девушки (28,3 и 15,3% соответственно). Поскольку характер труда у студентов преимущественно умственный, важно узнать, с какими нервными нагрузками он связан. «Часто» нервничают на работе в большей степени респонденты ТГ – юноши (28 в ТГ в сравнении с 16,8% ОГ) и девушки (39,4 и 28,9% соответственно), т.е. в ТГ у юношей это происходит в 1,7, а у девушек – в 1,3 раза чаще, чем у респондентов ОГ. Таким образом, работающие студенты традиционной группы в большей степени подвержены усталости и нервному напряжению по сравнению со студентами опережающей группы.

Вредные привычки. Одна из наиболее распространенных вредных привычек – это курение. Бороться с ним стали тогда, когда наука доказала его очевидный вред для здоровья. Проведено множество исследований (только крупномасштабных около 100 в мире), в которых выяснялась взаимосвязь курения со всеми основными заболеваниями, продолжительностью жизни и смертностью, причем количество опрашиваемых в отдельных исследованиях доходило до 1 млн. человек [53], а срок наблюдения исчислялся десятилетиями. Многократно подтвержденный вывод был однозначным – курение вредно, особенно в детском и юношеском возрасте. С учетом серьезных социальных и экономических последствий курения в различных странах были приняты профилактические программы, направленные на его предупреждение. Неожиданным после большинства выполненных профилактических программ оказалось возвращение несколько сократившегося уровня курения к первоначальным цифрам через некоторое время, что позволило сделать вывод о бессилии санитарного просвещения кардинально влиять на ситуацию. В чем же причина жизнестойкости этого явления, особенно значимого для подростков и молодежи, поскольку, во-первых, именно в их возрасте вред от курения наибольший, а во-вторых, курение, как правило, становится первой формой девиантного поведения, с которой впоследствии сочетается алкоголь, а в ряде случаев – и наркотики?

Основная причина – в стабильности психологических мотивов для возникновения этой привычки. Как правило, начинают курить из любопытства, под влиянием средств массовой информации, рекламы, примера друзей, боязни оказаться несовременным, отстать от сверстников и т.д. Важное значение имеет мотивация курения в молодежной среде, которая включает: самоутверждение, получение удовольствия, снятие напряжения, возможность более легкого установления контактов с людьми, одобрение сверстников, возможность занять руки, сконцентрировать внимание, уменьшить вес. Существует и такой, неосознаваемый девушками, мотив курения, как изменение роли женщины в современном обществе, связанное с ростом ее экономической и социальной независимости. Курение в представлении многих и является символом такой

независимости, эмансипации. Эмпирическим подтверждением некоторых высказанных положений могут служить результаты нашего исследования.

Доля курящих студентов в традиционной группе в 1,3 раза больше, чем в опережающей. Это относится и к юношам, и к девушкам. Но интенсивность курения (количество выкуриваемых сигарет в день) при этом одинаковая в обеих группах и у юношей, и у девушек. Среди юношей примерно одинаковы доли выкуривающих до 10 сигарет и от 10 до 20 сигарет, тогда как три четверти девушек в обеих группах курят до 10 сигарет в день (рис. 3). Общественное мнение довольно спокойно реагирует на курение молодежи. Хотя, по данным ВОЗ, которая относит курение к опасным наркоманиям, ежегодно в России от причин, связанных с курением, преждевременно умирают около 300 тыс. человек, из них 100 тыс. – от рака. Это больше, чем из-за дорожно-транспортных происшествий, потребления наркотиков, СПИДа, убийств и самоубийств вместе взятых. Специалисты в области общественного здоровья бьют тревогу, но общество и политики, принимающие решения, остаются незаинтересованными в сокращении потребления табачных изделий в стране. В России до сих пор отсутствует законодательство, которое ограничивало бы рынок табачных изделий. В настоящее время наша страна является одним из трех крупнейших рынков табака в мире. Растет и собственное производство сигарет – только за 5 лет (1995–2000 гг.) отмечен рост производства табачных изделий в 2,4 раза [54] – очень впечатляющий на фоне развала отечественной промышленности.

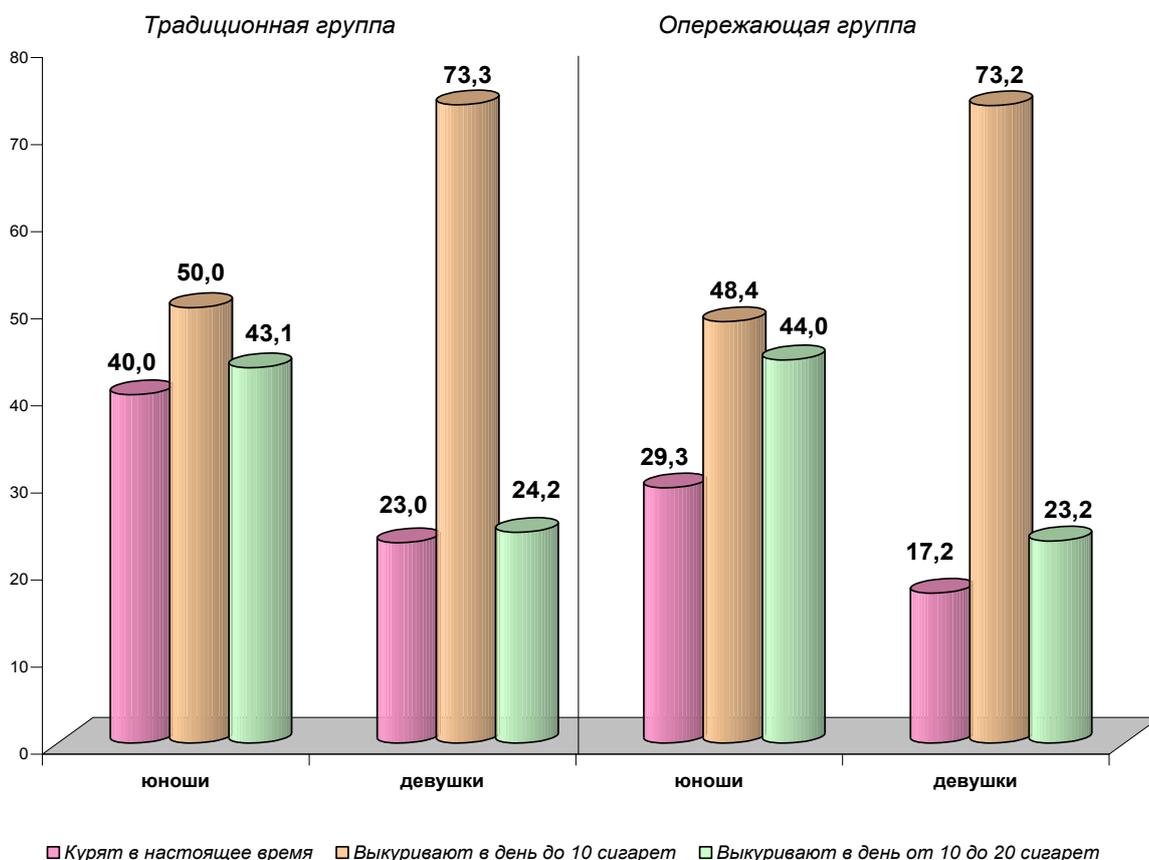


Рис. 3. Интенсивность курения студентов (%)

К вредным привычкам, помимо курения, традиционно относят употребление алкоголя, хотя в разумных пределах он вполне допустим. Но вся проблема заключается в определении этих самых разумных пределов. Самым популярным алкогольным напитком для всех респондентов является пиво – его пьют юноши (79,3% в ТГ и 69,2% в ОГ) и девушки (63,9 и 51,9% соответственно)(рис.4). В том числе «часто» пьет пиво каждый третий юноши в обеих группа, каждая пятая девушка в ТГ и каждая седьмая в ОГ. В немалой степени такому активному потреблению пива способствуют целенаправленные акции его производителей. Одна из самых крупных за последнее время рекламных кампаний была посвящена продвижению именно в студенческой среде пивной новинки под названием «Декан» со слоганом «Декана надо знать в лицо!» [55, с. 143]. Некоторое лидерство у респондентов из ТГ отмечается также в употреблении крепких напитков (водка, коньяк и т.п.) представителями обеих гендерных групп (рис. 4).

Одна из серьёзнейших проблем, влияющих на здоровье молодежи, связана с наркотиками. Доля респондентов, признавшихся, что они пробовали наркотики, в ТГ несколько выше, чем в ОГ, и у юношей (16 и 14,6%), и у девушек (8,3 и 6,4%). Тогда как степень знакомства с теми, кто употребляет наркотики, одинакова в обеих группах у юношей (по 27% ответов), и немного отличается у девушек (24,4 и 19,4%). Цифры, относящиеся к знакомству с потребителями, близки к реальной ситуации распространенности наркотиков в среде молодежи [55, с. 153].

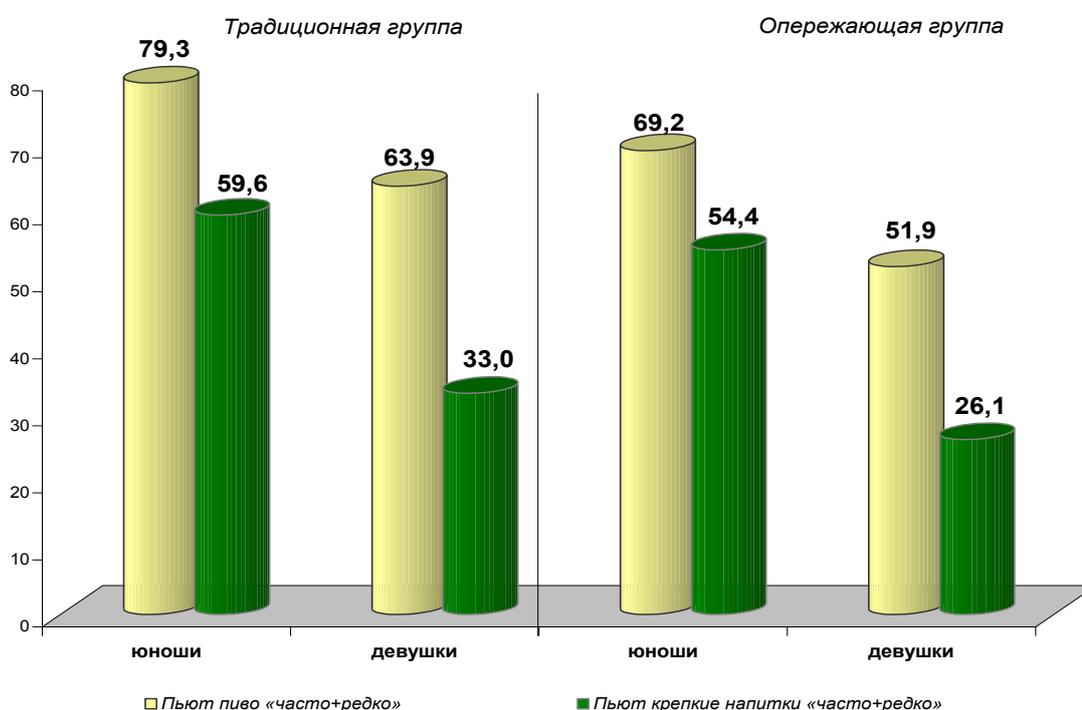


Рис. 4. Употребление алкоголя студентами (%)

Занятия физкультурой. Наибольшие различия между традиционной и опережающей группами связаны с занятиями физкультурой, хотя при ответе на этот

вопрос все респонденты наверняка учитывали часы, отведенные физкультуре в вузе. И тем не менее доля «ежедневно» занимающихся физкультурой юношей в опережающей группе в 2,5 раза, а девушек – в 3,7 раза больше, чем в ТГ. Тенденция превышения в ОГ относится и к ответам «часто занимаюсь» у юношей и у девушек (рис. 5).

Важность физического воспитания для здоровья и недостаточность его в современном вузе при общем низком уровне физического развития студентов общеизвестны. Как правило, для них характерен дефицит двигательной активности. Эта вечная проблема усугубилась переходом на платную основу значительной части досугового сектора, что еще больше ослабило мотивацию молодежи к занятиям физкультурой. Самостоятельно занимаются спортом около половины юношей и девушек, причем юноши в большей степени предпочитают спортивные секции – 52% против 38,9% у девушек [56].

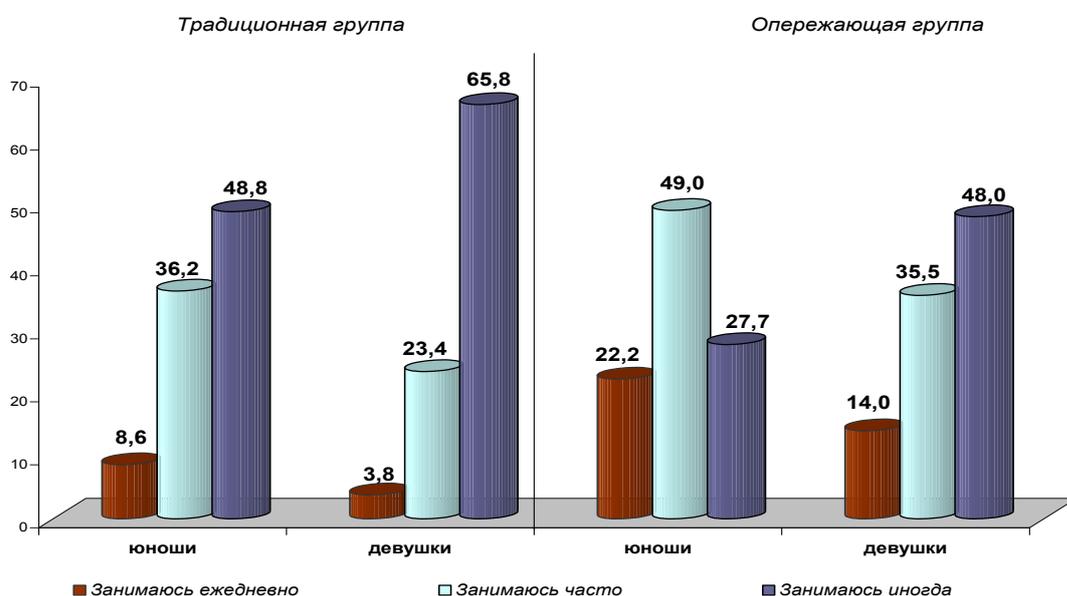


Рис. 5. Частота занятий физкультурой у студентов (%)

Существующие сегодня программы по физкультуре априори должны обеспечивать физическое развитие студентов, которые плохо информированы в сфере здоровья, и надежды на изменения в этой области нет. На теоретические знания по физической культуре отводится всего 2 часа в год, не проработан механизм трансформации теоретических знаний в практические навыки, которые могут пригодиться в последующей жизни, например лазание, метание, экстремальные передвижения и взаимодействия с партнерами и т.п. Показателями работы преподавателя физкультуры являются выполнение студентами всяческих нормативов (бег, прыжки), победы в соревнованиях, хотя более логичными были бы показатели пропущенных по болезни занятий, количество молодых людей, занимающихся зарядкой и пр. Часов, отводимых на физическое воспитание в вузе, слишком мало для того, чтобы обеспечить физическое развитие студентов. И хотя говорится и пишется об этом уже не одно десятилетие, ситуация не меняется.

Питание. Организация здорового питания студентов является пока неиспользуемым резервом улучшения здоровья, хотя от этого в немалой степени зависит будущее нашей нации: по данным Всемирной организации здравоохранения, 40% всех заболеваний связаны именно с неправильным питанием. Современный характер питания в вузах вносит свою лепту в рост заболеваемости молодых людей. Ассортимент продуктов в студенческих столовых, кафе и буфетах (картофель фри, гамбургеры, чипсы, энергетические и сладкие напитки и т.п.) не относится к категории здорового питания. Высокие цены (студенту на обеды в месяц требуется 4–4,5 тыс. руб., стипендии практически хватает всего на одну неделю) при отсутствии государственной дотации делают проблему студенческого питания все более острой. Недаром в конце 2009 года в Госдуме обсуждалась тема «Организации питания студентов в условиях реализации антикризисной программы Правительства РФ». Критиковалась система организации питания, несовершенство относящейся к этим вопросам законодательной базы и низкая культура самих студентов в данной сфере [57].

По данным нашего исследования, студенты в силу возрастных особенностей не придают особого значения вопросам питания. Юноши-респонденты обеих групп (по 45% ответов) заявили, что ни в чем себя не ограничивают. Различия между группами связаны с большим стремлением юношей из ОГ избежать употребления некачественных продуктов (38,3% ОГ и 27,9% ТГ). У девушек в обеих группах предпочтения одинаковые, с несколько большими долями ответов в ОГ: на 1-м месте – «избегаю употребления некачественных продуктов», на 2-м – «старюсь не есть поздно вечером», на 3-м – «ни в чем себя не ограничиваю». Примечательно, что доля девушек, не прибегающих к ограничениям в питании, в обеих группах в 1,6–1,9 раза меньше соответствующей доли юношей. Респонденты в ОГ по сравнению с ТГ больше внимания при выборе продуктов уделяют их энергетической ценности: юноши – в 1,7 раза (26,3% ОГ и 15,6% ТГ), девушки – в 1,1 раза (31,85 и 27,7% соответственно). Среди тех, кто «никогда этим не интересуется» около половины (44%) всех юношей и треть (35%) всех девушек.

Сексуальное поведение. Сексуальное поведение оказывает определяющее влияние на репродуктивное здоровье молодых людей, которое в последние десятилетия характеризуется негативными тенденциями. Наиболее острые проблемы связаны с подростковым возрастом, откуда, обостряясь и приумножаясь, они переходят в студенческий. Сегодня важность этой проблемы осознается на государственном уровне, готовится и обсуждается проект Закона об охране репродуктивного здоровья населения РФ, исходя из Концепции демографической политики населения РФ до 2025 года. Кроме чисто медицинских, экологических и здравоохранительных аспектов проблемы, отмечается необходимость создания эффективных образовательных программ, способных дать молодым людям необходимые знания и сформировать у них положительные установки, направленные на сохранение репродуктивного здоровья и рождение в будущем здорового поколения. Делается вывод о необходимости единой государственной политики по охране репродуктивного здоровья населения [58].

Данная проблема значима не только на государственном, но и на индивидуальном уровне, поскольку, по данным исследования, почти три четверти (по 71%) респондентов – и юноши, и девушки – в обеих группах имеют сексуальные отношения. Противозачаточные средства активнее используют респонденты опережающей группы –

юноши (70,9% в ОГ и 65,7% в ТГ) и девушки (63,7 и 56,3% соответственно). Этот факт меньшей озабоченности девушек процессом предохранения в сочетании с невысокой потребностью в литературе по вопросам сексуального здоровья вызывает удивление.

Медицинская активность. Здоровье в нашем сознании неразрывно связано с обращением за медицинской помощью. Студенты представляют особую социальную группу, для которой характерны сегодня, по мнению специалистов, «повышение уровня психических расстройств, расстройств костно-мышечной системы, возрастание риска сердечно-сосудистых заболеваний, подростковая беременность, инфекции, передающиеся половым путем, проблемы со здоровьем, вызванные табакокурением, употреблением алкоголя и наркотиков» [59]. При этом студентам свойственна невысокая культура самосохранения, когда даже при появлении серьезных симптомов заболевания к врачу обращается только половина опрошенных. Низкая медицинская активность студентов связана также с недостаточно высоким уровнем организации сети лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) данного профиля. В разных городах России в нее входят отделения городских территориальных поликлиник, консультативные поликлиники, а также самостоятельные ведомственные, вузовские и межвузовские здравпункты (фельдшерские и врачебные), поликлиники медицинского обслуживания студентов. Актуальными вопросами для этой сети являются повышение обеспеченности вузов здравпунктами, доступности бесплатной медицинской помощи, охвата студентов диспансерным наблюдением, вакцинопрофилактикой и т.п.

В каких случаях студенты идут к врачу? Юноши обеих групп ведут себя в основном одинаково – прибегают к помощи врача только в случае тяжелой болезни (по 41%) и если «несколько дней чувствуют себя плохо» (33,4% ОГ и 38,1% ТГ). У девушек аналогичные показатели – при тяжелой болезни (38,3% ОГ и 42,8% ТГ) и когда чувствуют себя плохо (42,6 и 41,7% соответственно). Хотя в целом различия статистически значимы, но не очень существенны. Более важны различия при ответе на вопрос о том, какая ситуация обращения за медицинской помощью наиболее характерна. Отвечали «прохожу обязательные диспансерные обследования на работе или по месту жительства» в ОГ юноши в 2,1 раза (14,4% и 6,7%), а девушки в 1,6 раза (10,8% и 6,6%) чаще, что свидетельствует о наличии несколько большей профилактической компоненты в поведении респондентов опережающей группы.

Значение фактора воспитания

Говоря о важности формирования потребности в здоровье и соответствующих установок на заботу о здоровье, мы отмечаем отсутствие планомерного воспитательного процесса в этой области. Сегодня такое воспитание имеет стихийный характер и ведется в основном в семье [60]. Учитывая то обстоятельство, что не только самих студентов, но и их родителей никто не обучал заботиться о здоровье, представляется интересным посмотреть внимательнее на группу тех респондентов, которые в качестве основного фактора заботы о здоровье назвали именно «воспитание».

Назовем эту группу «прогрессивной» (ПГ), поскольку подразумевается, что воспитательная деятельность, направленная на заботу о здоровье, несомненно, полезна и необходима. Зная ситуацию с этой проблемой в школе и обществе в целом, полагаем, что воспитание в данной сфере сегодня ограничивается в основном именно рамками семьи. Вероятно, в семьях респондентов, выбравших этот фактор, вопросам здоровья уделялось

определенное внимание. Количественно эта группа респондентов примерно в 1,8 раза меньше (288 юношей и 276 девушек) по сравнению с «опережающей» группой и с «традиционной» (девушек в 2 раза меньше, юношей – в 1,1 раза), что может свидетельствовать о небольшой распространенности внимания к процессу воспитания в сфере здоровья.

По самооценке здоровья, в ПГ наибольшая доля юношей, оценивших свое здоровье как «хорошее», она даже выше, чем в ОГ. У девушек аналогичные ответы на уровне ОГ. Вообще, большинство ответов респондентов из ПГ соответствует уровню ответов в ОГ. Это и доли ответивших, что они заботятся о своем здоровье (более 90%), и доли тех, кто не ответил на контрольный вопрос о причинах незаботы о здоровье (64% юношей и 76% девушек). Эти совпадения в ответах ПГ и ОГ свидетельствуют о значимости фактора воспитания для поведения в этой сфере. Одинаковы у респондентов двух групп и причины невнимания к здоровью – нехватка времени и силы воли.

В территориальном разрезе вырисовывается следующая картина: наиболее велика в ПГ доля юношей из Ульяновска (27,7%), Минска (24,1%) и Хабаровска (22,4%), а девушек – из Москвы (20,8%), Н. Новгорода (20,7%) и Хабаровска (20,3%). Таким образом, можно предположить, что в Хабаровске, который дважды попал в рейтинг «лучших по воспитанию» городов, данным вопросам уделяется определенное внимание. А минимальные показатели ПГ отмечены у обеих гендерных групп в Мурманске, где этот аспект, видимо, является объектом социальной политики в существенно меньшей степени.

Доля курящих юношей в ПГ выше, чем в ОГ (32,5 и 29,3%), а число тех, кто выкуривает до 10 сигарет в день, даже больше, чем в двух других группах. Хотя приверженцев интенсивного курения (от 10 до 20 сигарет в день) среди юношей из ПГ меньше (35,5% в сравнении с 43,1% ТГ и 44 % ОГ). Доля курящих девушек минимальная из трех групп (15,2% в сравнении с 23% ТГ и 17,2% ОГ), в том числе среди мало курящих (до 10 сигарет). В то же время каждая третья курящая девушка из ПГ выкуривает от 10 до 20 сигарет в день, что превышает показатели двух других групп, где этому подвержена только каждая четвертая. Отношение к алкоголю характеризуется тем, что пиво юноши и девушки из ПГ пьют так же, как их сверстники из ОГ, а крепкие напитки и юноши, и девушки из ПГ пьют меньше.

Доля пробовавших наркотики в ПГ – наименьшая из трех групп (11,6% при 14,6% ОГ и 16,0% ТГ), несколько меньше у респондентов ПГ и знакомых среди потребителей наркотиков. Что касается занятий физкультурой и спортом, респонденты ПГ занимают промежуточное положение между ОГ и ТГ по ежедневным и периодическим занятиям как среди юношей, так и среди девушек.

Обладание навыками оказания первой помощи в ситуациях, связанных с угрозой здоровью, свидетельствует об определенном внимании со стороны респондентов к проблемам здоровья. Выяснилось, что юноши и девушки из ПГ в большей степени по сравнению с двумя другими группами могут оказать помощь, когда человеку стало плохо на улице и при сердечной недостаточности. В других ситуациях, требующих экстренной медицинской помощи (помощь тонувшему, при переломе, при ожоге), показатели ПГ и ОГ достаточно близки.

Показатели заболеваемости в ПГ и у редко болеющих (1–2 раза в год), и у болеющих часто (3–8 раз) очень близки к показателям юношей и девушек ОГ. Когда

требуется обратиться за помощью к врачам, респонденты ПГ чаще, чем респонденты двух других групп, делают это при малейшем недомогании, и юноши существенно чаще проходят профилактические осмотры (17,4% ПГ по сравнению с 6,7% ТГ и 14,4% ОГ). У девушек из ПГ показатели по профилактическим осмотрам близки к показателям ОГ. Потребность в информации, связанной со здоровьем, в ПГ у юношей несколько выше, чем в ОГ, а у девушек – ниже, чем в двух других группах.

Противозачаточные средства используются юношами ПГ реже, чем юношами других групп, а девушками – чаще. При этом потребность в информации о сексуальном здоровье у юношей из ПГ занимает промежуточное положение между показателями ОГ и ТГ, а у девушек данная потребность самая низкая.

Отношение к питанию никак не зависит от принадлежности к группе. То же самое можно сказать о предпочтениях при поиске информации, связанной со здоровьем, ранги интересов во всех группах аналогичные.

Если посмотреть на взаимосвязь между принадлежностью к группам с разными стимулами заботы о здоровье и выбором факторов, определяющих здоровье, то окажется, что у юношей и девушек «прогрессивной» и «опережающей» групп на первом месте «усилия самого человека», тогда как в «традиционной» группе основной фактор – это «условия жизни» (табл.).

Примечательно, что для девушек опережающей и традиционной групп наличие вредных привычек (3-е ранговое место) является важным фактором заботы о здоровье. Поскольку девушки в значительно меньшей степени, по сравнению с юношами, подвержены вредным привычкам, такой выбор свидетельствует о большей осознанности опасности для здоровья, связанной с ними.

Таблица

Ранговые предпочтения студентами стимулов заботы о здоровье в зависимости от факторов, влияющих на здоровье (по полу)

Что больше всего влияет на здоровье (факторы)	Чем вызвана забота о здоровье (стимулы)					
	Ухудшением здоровья (ТГ)		Желанием быть сильнее (ОГ)		Воспитанием (ПГ)	
	юноши	девушки	юноши	девушки	юноши	девушки
Усилия человека	3	2	1	1	1	1
Условия жизни	1	1	2	2	3	2
Природная среда	2		3		2	3
Вредные привычки		3		3		

Приведенные данные о трех группах респондентов, различающихся стимулами заботы о собственном здоровье (ухудшение здоровья, желание быть сильнее, здоровее и воспитание), доказывают очевидную полезность как стимула, связанного с желанием быть здоровее, так и стимула, сформированного в результате воспитания. Позитивная тенденция усиления роли этих стимулов и причины формирования такого нового отношения к здоровью у значительной части молодежи пока не совсем ясны и требуют дальнейшего исследования. Видимо, это проявления общей тенденции усиления личной

ответственности индивида за свое здоровье в ситуации все большей коммерциализации системы здравоохранения и выдвижения новых требований к человеку как субъекту формирования собственного здоровья. Очевидно, что необходимо оказать всемерную поддержку дальнейшему усилению этой тенденции в молодежной среде путем популяризации здорового образа жизни и создания условий для его реализации.

Важную роль в этой ситуации играет информационный, образовательный, воспитательный процесс. И хотя сегодня он имеет стихийный характер и реализуется в основном в рамках семьи, результативность этого процесса несомненна. Если же он «получит гражданство» в общеобразовательной школе, можно предположить, что здоровье детей, подростков и молодежи перестанет быть острой социальной проблемой.

Итак, подводя итоги анализа отношения студентов к своему здоровью, можно утверждать, что это отношение в существенной степени зависит от самооценки здоровья (СЗ), которая является значимым показателем, взаимосвязанным с полом, подверженностью вредным привычкам, с занятиями физкультурой и спортом, заболеваемостью простудными болезнями. В целом, чем лучше СЗ у студентов, тем более здоровый образ жизни они ведут.

В системе жизненных ценностей студентов на первых местах «сила характера», «способности, талант» и «образование», что свидетельствует о позитивном и достижительном настрое молодых людей. В то же время выявлена достаточно низкая информированность студентов в вопросах заботы о здоровье и распространенность таких мотивов отсутствия заботы, как «не хватает силы воли» и «нет времени».

Среди факторов заботы о здоровье доминируют «усилия самого человека» у респондентов с хорошим здоровьем и «условия жизни» у тех, кто считает свое здоровье плохим, т.е. важность осознания собственных усилий для поддержания здоровья напрямую связана с его самооценкой и у юношей, и у девушек. Интерес к информации о здоровье характерен не более чем для половины респондентов, которые интересуются здоровым образом жизни, психологией общения и правильным питанием (у девушек этот фактор на 1-м месте). Треть опрошенных указали на наличие в вузе предмета, связанного со здоровьем.

За медицинской помощью студенты обращаются преимущественно в случаях тяжелой болезни и при длительном плохом самочувствии. Профилактические осмотры проходит только каждый 5–6-й респондент.

Итак, несмотря на то, что исследования здоровья студентов имеют длительную историю, сегодня недостаточно разработаны методологические и методические основы комплексного изучения здоровья молодых людей. Зачастую исследования студенческого здоровья проводятся на базе одного региона или даже вуза и редко имеют масштабный, репрезентативный характер. Уменьшился объем медицинской профилактической работы, реже проводятся диспансеризации студентов из-за частичного разрушения системы медицинской помощи учащимся высших учебных заведений и системы вузовских профилакториев. Деятельность вузов в этих направлениях имеет самостоятельный характер при отсутствии единой общегосударственной методики.

Социальная политика в области охраны здоровья студентов там, где она ведется, характеризуется позитивной направленностью на создание у студентов системы

мотиваций к здоровому образу жизни и формирование доступной здоровьесберегающей среды. К сожалению, нет материалов, описывающих эффективность этой политики.

Выявлены новые тенденции усиления значения таких стимулов заботы собственном о здоровье у студентов, как «желание быть сильнее, здоровее» и «воспитание». Если данные тенденции будут осознаны и поддержаны государственными управленческими структурами путем повышения информированности молодежи в вопросах здоровья и создания необходимых условий для ведения здорового образа жизни, то появится надежда на изменение существующих негативных тенденций в сфере здоровья молодых людей.

Примечания

1. *Рубина Л.Я.* Советское студенчество. М.: Мысль, 1981.
2. *Ищенко Т.В.* Место студенчества в социальной структуре общества. Томск, 1975.
3. *Семашко А.И.* Художественные потребности студентов, пути и средства их формирования: Автореф. дис... канд. социол. наук. Днепропетровск, 1989. С.22.
4. *Власенко А.С.* Некоторые вопросы воспитания студенчества на современном этапе. М.: 1987.
5. *Здоровье студентов.* Под ред. Н.А. Агаджаняна. М.: РУДН, 1997.
6. *Жарова А.В.* Формирование здоровья студентов вузов: монография. Красноярск: Сиб.РТУ, 2006.
7. *Медик В.А., Осипов А.М.* Университетское студенчество: образ жизни и здоровье. М.: Логос, 2003.
8. *Безруких Н.А.* Формирование установки студентов на здоровый образ жизни в образовательном процессе профессиональной школы. Саратов: Поволж. АГС, 2007.
9. *Кон И.С.* В поисках себя: личность и ее самоопределение. М., 1988.
10. *Дьяченко М.И., Кандыбович Л.А.* Психология высшей школы. М., 1978.
11. *Виленский М.Я., Авчинникова С.О.* Методологический анализ общего и особенного в понятиях «здоровый образ жизни» и «здоровый стиль жизни // Теория и практика физической культуры. 2004. № 11. С. 2 – 7.
12. *Антонова Л.Т., Сердюковская Г.Н.* О проблеме оценки состояния здоровья детей и подростков в гигиенических исследованиях // Гигиена и санитария. 1995. № 6. С. 22– 28.; *Нуштаев И.А.* К истории научных медицинских обществ в Саратове // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2001. № 1. С. 56– 57.
13. *Залевский В.С.* О Международном союзе школьной и университетской гигиены // XI Международный симпозиум университетской и школьной гигиены и медицины: сб. аннотаций / Мин-во здравоохранения СССР. Ин-т гигиены детей и подростков. М., 1976. С. 144.
14. *Кича Д.И., Паначина М.И.* История социально-гигиенических исследований студентов // Советское здравоохранение. 1987. № 7.

15. *Егорышева И.В.* Русское общество охранения народного здоровья (к 125-летию со дня основания) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. № 6. С. 56–57.
16. Социология семьи: учебник/ Под ред. А.И. Антонова М.: ИНФРА-М, 2005. С.33.
17. *Журавлева И.В.* Здоровье подростков: социологический анализ. М.: ИС РАН, 2002. С.16.
18. *Волкова М.Б.* Здравоохранительное поведение населения в условиях российских социально-экономических трансформаций: Автореф. дис.... канд. социол. наук. Саратов, 2005.
19. *Лисицын Ю.П.* Общественное здоровье и здравоохранение. М., 2009.
20. *Решетников А.В.* Социология медицины. М., 2002.; *Ефименко С.А.* Риски и рисковое поведение пациентов в сфере здоровья// Социология медицины. 2007. №1 (10). С. 7–12.
21. *Журавлева И.В.* Отношение к здоровью индивида и общества М.: Наука, 2006.
22. *Ивахненко Г.А.* Здоровье московских студентов: анализ самосохранительного поведения // СОЦИС. 2006. № 5. С. 78–81.
23. URL: .htt:// www.rsr. – online.ru//doc/5/17/doc
24. *Ивахненко Г.А.* Мониторинговое исследование трансформации самосохранительного поведения московских студентов// Охрана здоровья: проблемы организации управления и уровни ответственности: М., «ИПП «Маска», 2008, С.184-185.
25. *Абросимова М.Ю., Мухамедрахимова Л.В.* Сравнительная характеристика заболеваемости студентов медицинских университетов и медицинских колледжей// Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI веке: материалы международного конгресса. – М., 2004, Ч.І, С. 23 -25.
26. *Борщева И.В.* Психологические проблемы здоровьесбережения студентов СГА// Здоровьесберегающие образовательные технологии: материалы междисциплинарной научно-практической конференции (Москва, 25 октября 2007 года). – М.: Изд – во СГУ, 2007, с. 57.
27. *Усова Е.В., Качалова Л.М.* Разработка и внедрение программы по укреплению здоровья студентов// Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI веке: материалы международного конгресса. – М., 2004, - Ч.ІІІ, С. 217 – 219.
28. *Дарчия Д.Г., Макаров Н.И.* Организация мониторинга здоровья студентов в вузе. Тула: ТулГУ, 1996.
29. Social Policy / Ed. by Baldock J. et al. N.Y.: Oxford University Press, 1999. P. 21.
30. Социальная политика: парадигмы, приоритеты/ Под ред. В.И. Жукова. М.: Изд-во МГСУ «Союз», 2000. С. 234; Трансформация социальных отношений // Россия — национальная стратегия и социальные приоритеты. М.: Союз, 1997.
31. К здоровой России. Политика укрепления здоровья и профилактики заболеваний: приоритет — основные неинфекционные заболевания. М., 1997. С. 1.
32. *Назарова И.Б.* О здоровье населения в современной России // СОЦИС. 1998. № 11. С.123.
33. *Кашин В.И.* Модернизация российской экономики с позиции ее ориентации на здоровье. М., 2003. С. 4–5.
34. Конституция РФ. М., 1993.

35. Задачи по достижению здоровья для всех. Политика здравоохранения для Европы. Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1993.
36. Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации до 2005 г. // Рос. газ. 2000. 13 сентября.
37. Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на 2000–2004 гг. и план мероприятий по ее реализации // Планирование семьи. 2000. №2.
38. URL: <http://www.healthmanager.ru/prikaz114.html>
39. URL: <http://www.ulsu.ru/com/zozh/programm.html>
40. URL: <http://www.bsu.by/ru/sm.aspx?guid=90283>
41. *Егорычев А.О., Пенцик Б.Н. и др.* Здоровье студентов с позиции профессионализма//Теория и практика физической культуры. 2003. №2.
42. URL: <http://dmr2.livejournal.com/39441.html>
43. URL: http://www.signorita.ru/doc_346.htm
44. URL: <http://www.sgpu.tpi.ru/pages/main/konkursvtz/prezent/present3.pps>
45. Российский статистический ежегодник 2010. М., 2010. С.277-278,282; Здравоохранение в России, 2007. М., 2007. С.140,143,145; Здравоохранение в России 2009. М., 2009, С.128,137,138,141.
46. *Журавлева И.В.* Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2006.
47. *Wells K. et. al.* The Functioning and Well-Being of Depressed Patients: Results from the Medical Outcomes Study// Journal of the American Medical Association 262:P. 914–919.
48. *Максимова Т.М.* Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М., 2002. С. 94.; *Русинова Н.Л., Браун Дж.В., Панова Л.В.* Социальные неравенства в здоровье петербуржцев в первом постсоветском десятилетии// Санкт-Петербург в зеркале социологии. СПб., 2003. С. 342.
49. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения (1994–2002). М., 2002; *Русинова Н.Л., Браун Дж.В.* Социально-статусные группы: различия в субъективном здоровье //Петербургская социология. СПб., 1997. №1. С. 47–48; *Козина Г.Ю.* Студенческая молодежь как стратегический ресурс развития современного общества//Здоровье как ресурс. Нижний Новгород, 2010. С.238.
50. *Оберг Л.Л., Шишко О.А., Пирожников В.А.* Изучение отношения населения к санитарному просвещению // Здравоохранение Российской Федерации. 1983. № 8. С. 17–20; *Cockerham W.* Health Lifestyles in Russia // Social Science and Medicine. 2000. Vol.51.
51. *Боронина Л.Н., Вишневский С.Ю., Вишневский Ю.Р.* Валеологическая культура студента: 10 лет спустя // Здоровье как ресурс. Нижний Новгород, 2010.С.121.
52. Отношение населения к здоровью/Отв. ред. И.В. Журавлева. М.: ИС РАН, 1993.
53. *Коор С.* The Health Consequences of Smoking: Cancer Overview of a Report of Surgeon General // Public Health Report. 1982. Vol. 97. No 4. P. 318–324.
54. *Каннингхэм З.* Дымовая завеса. Канадская табачная война. М., 2001. С. 458–459.
55. *Медик В.А., Осипов А.М.* Университетское студенчество. М., 2003
56. *Киселева И.В.* Здоровье молодого поколения. Гендерные установки на здоровый образ жизни у студенческой молодежи // Здоровье как ресурс. Нижний Новгород, 2010. С. 506.

57. URL: <http://edinros.er.ru/er/text.shtml?8/6267,100026>
58. URL: <http://demoscope.ru/weekly/knigi/koncepciya/koncepciya25.html>
59. *Кучма В.Р.* Проблемы школьной и университетской медицины в Европе и России // *Общественное здоровье и профилактика заболеваний.* 2007. №5. С. 37–40.
60. *Варгина С.А., Андреев Ю.М.* Здоровье семьи: взаимосвязь прав и обязанностей // *Здоровье как ресурс.* Нижний Новгород, 2010. С. 191.

ГЛАВА 2. ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К ЗДОРОВЬЮ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА НЕГО

Интерес к проблемам здоровья и поведению, с ним связанному, стал расти во второй половине XX века, когда на первые места в структуре смертности и заболеваемости вышли болезни, вызванные не внешними, а внутренними поведенческими причинами. В то же время появились негативные тенденции в состоянии здоровья населения, особенно усилившиеся в период социально-экономических трансформаций в 90-е годы прошлого века и поставившие общество перед необходимостью радикальных изменений в данной сфере. Становилось все более очевидным, что только медицина не может обеспечить необходимый уровень здоровья населения, которое стало рассматриваться как элемент экономической и духовной жизни общества, в значительной мере влияющий на благополучие страны.

Как социальное явление отношение к здоровью включает в себя, с одной стороны, отношение к здоровью индивида, что близко каждому из нас, и потому важно знать, от чего зависит это отношение и какое состояние здоровья нам обеспечивает. С другой стороны, отношение к здоровью на государственном уровне подразумевает соответствующую законодательную деятельность, финансирование сфер здравоохранения, образования, культуры, досуга, окружающей среды. Успешность этих действий в значительной степени зависит от наличия идеологии здоровья, направленной на его сохранение и формирование разумного к нему отношения.

Сегодня специалисты все чаще пишут о том, что медицина только лечит болезни, а заниматься здоровьем предстоит самому человеку. Но сначала его нужно научить этому, обеспечить необходимый материальный уровень жизни, сформировать социальные нормы, поощряющие здоровый образ жизни.

Стремление разобраться, как изменение отношения к здоровью может повлиять на неблагоприятные тенденции в этой сфере, и обуславливает внимание ученых к данной проблеме.

Отношение к здоровью – одно из центральных понятий социологии здоровья и одно из фундаментальных оснований системы ценностей личности, комплекс мотивов, связывающих личность с обществом, культурой. Мы определяем его как сложившуюся на основе имеющихся у индивида знаний оценку собственного здоровья, осознание его значения, а также как действия, направленные на изменение его состояния.

Слагается отношение к здоровью из двух взаимодополняющих компонентов: сохранение (предупреждение и лечение болезней) и совершенствование (развитие биологических и психологических характеристик, обеспечивающих высокую адаптацию к меняющейся внешней среде).

Первое направление отражает традиционные аспекты медицины – профилактику и лечение, второе предполагает решение двух типов задач. Одни связаны с повышением устойчивости природных задатков человека, поиском резервов здоровья. Другие направлены на изменение психофизиологических возможностей человека, в том числе с привлечением достижений науки.

Отношение к здоровью – результат совокупности взаимосвязей, характеризующих данное общество на определенной стадии его развития. С этим связана проблема выявления факторов, воздействующих на отношение к здоровью. Различают

факторы общего характера, которые определяются экономической ситуацией, социально-политической системой общества, особенностями его культуры и идеологии, и специфического характера, к которым относятся состояние здоровья (индивидуальное и общественное), особенности образа жизни, информированность в сфере здоровья, влияние семьи, школы, системы здравоохранения и т.д. Эти факторы преломляются в структуре личности индивида, являющегося носителем того или иного отношения к здоровью, или это преломление осуществляется в структуре массового сознания, формируя нормы поведения в сфере здоровья. Наиболее традиционным является изучение обусловленности отношения к здоровью такими социально-демографическими характеристиками индивида, как пол, возраст, уровень образования, уровень квалификации, семейное положение.

Одной из центральных методологических проблем в исследовании здоровья является выбор адекватных задачам показателей. Отношение к здоровью – полиструктурное понятие, включающее несколько значений. В соответствии с тремя основными аспектами этого понятия будут различаться и показатели отношения к здоровью: 1) оценка (и самооценка) состояния здоровья; 2) отношение к здоровью как к одной из основных жизненных ценностей; 3) деятельность по сохранению здоровья.

Рассмотрим особенности проблемы отношения к здоровью применительно к объекту нашего исследования – студентам: как они оценивают собственное здоровье и что делают или не делают для его сохранения и улучшения.

2.1. Самооценка здоровья

Самооценка здоровья (СЗ) – это оценка человеком своего физического и психического состояния, показатель и регулятор его реального и вербального поведения. Самооценка как структурный компонент отношения к здоровью, как оценка и осознание личностью своих физических и духовных сил непосредственно взаимосвязана с целостной самооценкой человеком самого себя, своих возможностей и качеств, осознанием жизненной перспективы и места среди других людей.

Вместе с тем самооценка физического и психического состояния выступает в качестве реального показателя здоровья людей, поскольку обнаружена довольно высокая степень соответствия самооценки и объективной характеристики здоровья (до 80%), выявленная в результате сравнения самооценок и данных медицинских карт [1]. Конечно, наиболее полное представление о состоянии здоровья дают медицинские исследования. Но социологические показатели, при их идентичности объективным характеристикам здоровья, используются даже шире, поскольку характеризуют косвенным образом здоровье и тех респондентов, которые не обращаются к врачам, хотя имеют отклонения в здоровье. Кроме того, показатели СЗ и информированности в совокупности с другими показателями позволяют прогнозировать поведение людей в случае формирования групп риска. Благодаря информативности этого показателя большинство исследований по проблемам здоровья включают вопросы по самооценке в качестве точки отсчета при характеристике различных аспектов здоровья.

Анализ СЗ взрослого населения СССР и РФ в различных исследованиях за период с 70-х годов XX века до 2006 года показывает, что чаще всего россияне оценивали свое здоровье как «хорошее» – в диапазоне 20–30%, как «удовлетворительное» –

50–60%, как «плохое» – 10–15% [2]. Это свидетельствует о достаточной временной и территориальной устойчивости показателя, находящегося под влиянием комплекса факторов, основными из которых являются пол, возраст, уровень образования, социальный статус, уровень территориальной общности, национальная принадлежность и условия жизнедеятельности. Интересно, что по показателю СЗ россияне, а в бытность СССР и советские люди, проживавшие в различных республиках, краях и областях, существенно отличались и отличаются от представителей других стран, где самооценка здоровья значительно выше. Так, в Великобритании в 1980 году в исследовании, охватившем 25 тыс. семей, «отличным» назвали здоровье 31% опрошенных, «хорошим» – 34%, удовлетворительным – 21% и «плохим» – 10%. Аналогичные данные получены в Финляндии в 1991 году: «очень хорошее» здоровье у 19% мужчин и 16% женщин, «довольно хорошее» – у 43 и 43% соответственно, «нормальное» – у 32 и 33%, «скорее плохое» и «очень плохое» – у 7% мужчин и 7% женщин» [3].

Распределение СЗ в зависимости от возраста показывает традиционную картину снижения уровня здоровья с возрастом. Гендерные различия в СЗ характеризуются традиционно завышенной самооценкой здоровья у мужчин по сравнению с женщинами практически во всех возрастных категориях. Образование также неизменно оказывается важным фактором для самооценки здоровья – менее образованные респонденты всегда более пессимистичны. Особенно это относится к мужчинам.

Как уже отмечалось, изменение социально-экономической ситуации в стране, снижение жизненного уровня и увеличение стрессогенных нагрузок обусловили снижение уровня здоровья населения в целом. Панельные исследования Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) за шестилетний период (1994–2000 гг.) показали, что у одних и тех же респондентов, участвовавших во всех «волнах» мониторинга, уменьшилось число оценивающих здоровье как «очень хорошее» и «хорошее» у мужчин и у женщин, и увеличилась доля мужчин с «плохим» здоровьем, что позволяет сделать вывод о том, что «мужчины сложнее переносят экономические проблемы, поскольку не используют эффект культурных и социальных факторов так, как женщины» [4].

По данным того же исследования, СЗ россиян в последние годы реформ зависела от постоянного места проживания и национальности. Городские жители (мужчины и женщины) реже (на 30%) давали высокие оценки своему физическому здоровью, чем сельские. Но мужчины-горожане выше оценивали свое эмоциональное здоровье. А респонденты неславянских национальностей, как мужчины, так и женщины, в 2,5–3 раза чаще оценивали свое физическое здоровье как «хорошее» и «очень хорошее».

Кроме корреляций с факторами социально-демографического характера выявлена связь СЗ с социально-психологическими переменными, в частности с установками респондентов на ответственность за свое здоровье. В исследовании «Ваше здоровье»¹ респондентам предлагалось выбрать один из трех возможных факторов («условия жизни»,

¹Это серия исследований, осуществленных по единой программе и анкете «Ваше здоровье» Институтом социологии РАН в 9 городах: Черновцах, Саратове, Вильнюсе, Шауляе, Москве, Оренбурге, Мурманске, Душанбе, Тбилиси. Всего было опрошено в период 1985–1991 гг. около 5 тыс. горожан в возрасте от 16 до 60 лет по трехступенчатой территориальной случайной выборке. Руководитель – д-р.социол.наук И.В. Журавлева.

«усилия человека», «наследственность»), который, по их мнению, в наибольшей степени обуславливал состояние их здоровья. Если рассмотреть группы опрошенных по самооценке здоровья в зависимости от выбранного фактора, то очевидна четкая тенденция возрастания, по мере ухудшения состояния здоровья, доли респондентов, выбравших «условия жизни», и противоположная тенденция – чем здоровье лучше, тем больше указавших на значение «собственных усилий человека» для его поддержания.

В целом представленные данные позволяют сделать вывод о том, что самооценка здоровья является значимым информативным показателем здоровья, позволяющим получить достаточно объективное представление не только о состоянии здоровья индивида в момент опроса и на перспективу, но и о его социально-психологическом благополучии. Искомый показатель характеризуется временной и территориальной устойчивостью и коррелирует с полом, возрастом, профессией, национальностью, местом проживания респондентов и степенью ответственности индивида за свое здоровье. Такова ситуация с изучением самооценки здоровья взрослого населения. А теперь посмотрим, как оценивают собственное здоровье студенты 10 городов в нашем исследовании «Здоровье студентов».

Для того, чтобы анализ был наиболее показательным, мы разделили всех опрошенных на три группы, в зависимости от их самооценки здоровья – с «хорошим здоровьем» (1-я группа), «удовлетворительным» (2-я группа) и «плохим» (3-я группа). Считаем целесообразным вести дальнейшее рассмотрение особенностей отношения студентов к здоровью именно исходя из различий по группам.

Судя по полученным результатам, юноши выше оценивают свое здоровье по сравнению с девушками – половина (49%) опрошенных юношей считает его «хорошим», что на 10% выше их же удовлетворительных оценок. У девушек доли ответов о «хорошем» и «удовлетворительном» здоровье одинаковые (44–45%). Доли респондентов с «плохим» здоровьем и затруднившихся оценить его, идентичны в обеих гендерных группах. Ответы подтверждают традиционно более оптимистичные оценки здоровья мужчинами и не противоречат данным других исследований.

В момент опроса *сочетали учебу с работой* 23–26% опрошенных юношей и 19–22% девушек с различной самооценкой здоровья. У 41–45% респондентов-юношей в работе сочетаются элементы умственного и физического характера труда. При этом на физический характер труда указали 30,8% юношей с «плохим» здоровьем, что в два раза больше по сравнению с аналогичным ответом юношей в других группах по СЗ. У девушек нет особых различий между группами по СЗ, у всех преобладает умственный характер труда (52–58%).

Если характер труда незначительно влияет на СЗ, то иная ситуация с *нервным напряжением на работе*. Чем хуже СЗ (по мере движения от 1-й группы к 3-й), тем больше доля юношей (от 15,9 до 34,2%) и девушек (от 21,6 до 45,2%), «часто» нервничающих на работе. При этом параллельно сокращается – примерно в 1,5 раза – доля юношей и девушек, которые «никогда не нервничают». Девушки в целом испытывают значительно большее напряжение на работе, чем юноши.

Статистически значимая зависимость прослеживается у всех респондентов между СЗ и подверженностью *вредным привычкам* (рис. 1а и 1б).

ЮНОШИ

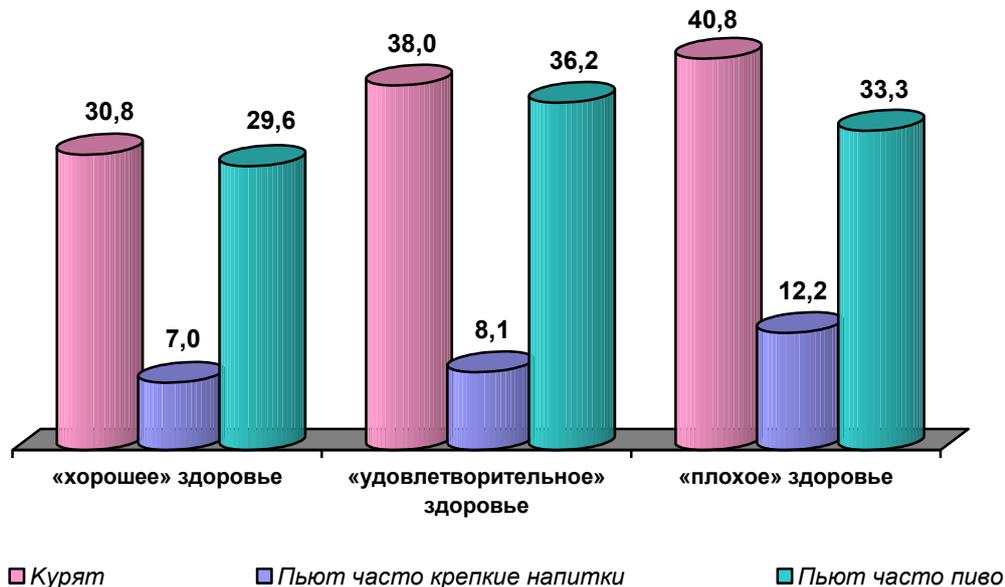


Рис. 1а. Вредные привычки у респондентов с различной самооценкой здоровья (%)

ДЕВУШКИ

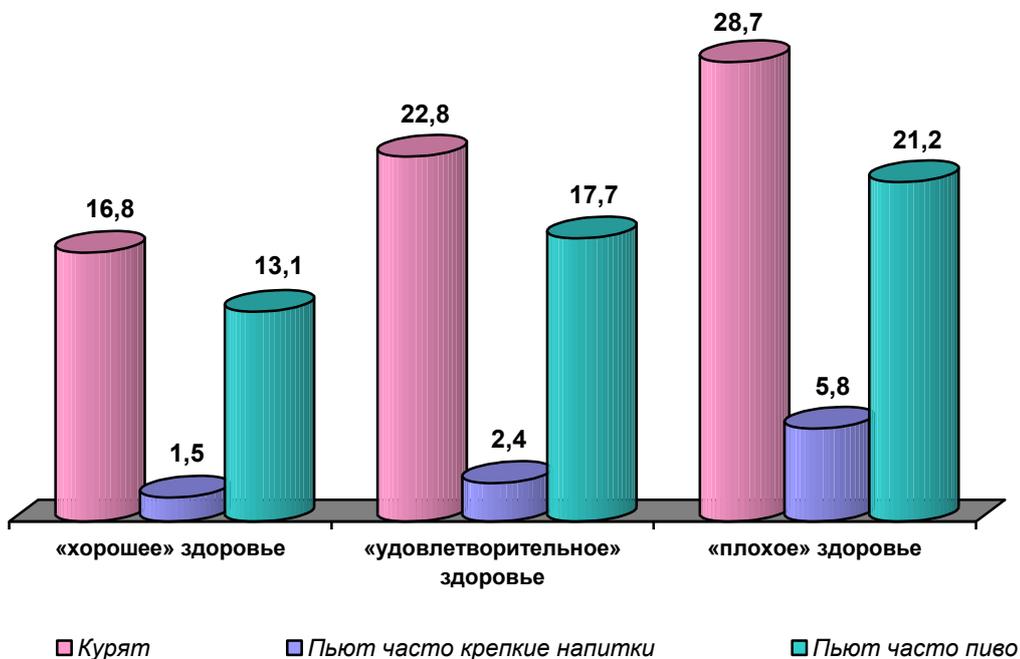


Рис. 1б. Вредные привычки у респондентов с различной самооценкой здоровья (%)

По мере ухудшения самооценки здоровья респондентов растет число курящих юношей (от 30,8 до 40,8%) и девушек (от 16,8 до 28,7%), а также часто употребляющих крепкие напитки и пиво. И хотя доли респондентов, имеющих вредные привычки, не столь велики, тенденция ухудшения здоровья по мере все большей вовлеченности в эти негативные виды деятельности очевидна.

Как известно, указанные вредные привычки создают определенные предпосылки к употреблению наркотиков. Полученные ответы о пробах наркотиков (15,5–22,4% у юношей и 5,8–9,2% у девушек) и о знакомстве с их потребителями свидетельствуют о зависимости: чем хуже СЗ респондентов, тем большей наркотической опасности они подвергаются (рис. 2).

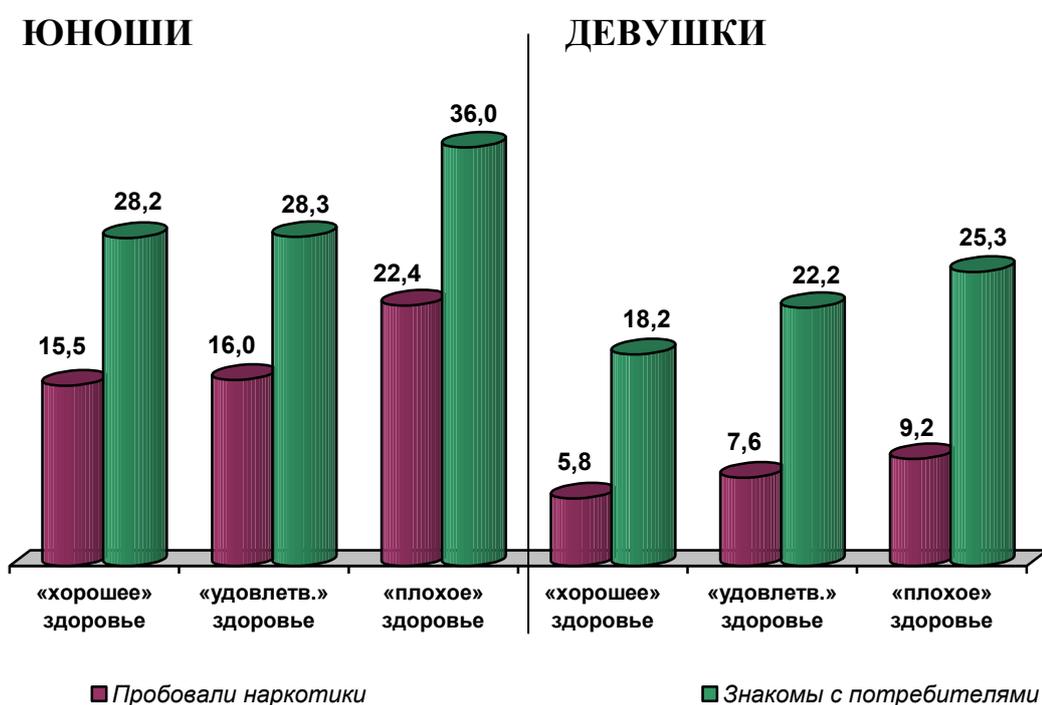


Рис. 2. Знакомство с наркотиками и их потребителями в зависимости от самооценки здоровья (%)

И хотя у девушек все показатели, связанные с наркотиками, имеют меньшие значения по сравнению с юношами, тенденция роста показателей по мере ухудшения самооценки здоровья не вызывает сомнений.

Позитивные виды деятельности студентов, такие, как например, *занятия физкультурой*, также находятся в прямой зависимости от СЗ. Доли респондентов обеих гендерных групп, «ежедневно» занимающихся физкультурой, в 1,5 раза больше у обладающих «хорошим» здоровьем (юноши – 21,0%, девушки – 10,6%) в сравнении с теми, у кого здоровье «плохое» (соответственно юноши – 13,2, девушки – 6,9%). Примечательно, что в группе с «плохим» здоровьем каждый пятый юноша и каждая седьмая девушка «никогда» не занимались физкультурой. У респондентов с «хорошим» здоровьем аналогичных ответов меньше у юношей в 10 раз, у девушек – в 5.

«Плохому» здоровью, как правило, сопутствуют *негативные эмоции*, «ежедневно» испытываемые в этой группе по самооценке здоровья в 5,2 раза чаще респондентами-юношами и в 6,8 раза – респондентами-девушками, чем в группе респондентов с «хорошим» здоровьем.

Негативные эмоции характеризуют не только психологическое состояние человека. Самооценка здоровья связана также с частотой *простудных заболеваний* (рис. 3).

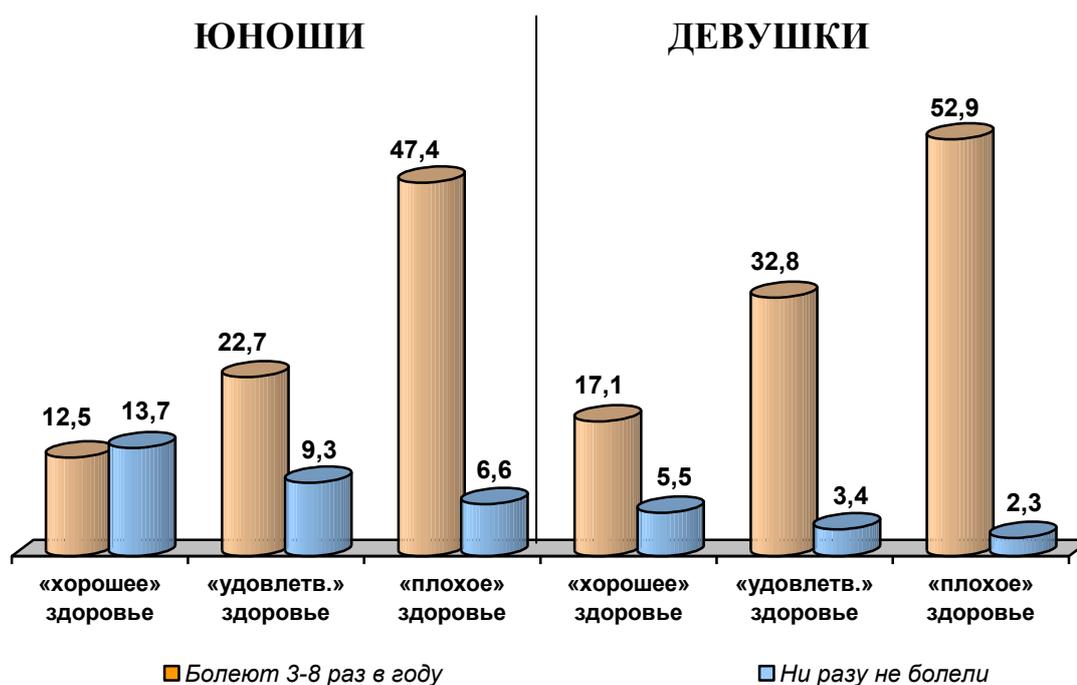


Рис. 3. Заболеваемость ОРЗ и гриппом (3-8 раз в году) в зависимости от самооценки здоровья (%)

Девушек, болеющих по 3–8 раз в году, традиционно больше юношей во всех группах по СЗ. У юношей доли часто болеющих возрастают от 12,5% (1-я группа) до 47,4% (3-я группа), у девушек – от 17,1% до 52,9%. Тогда как доли никогда не болевших в течение года меняются противоположным образом – они уменьшаются примерно в два раза у респондентов обеих гендерных групп от группы с «хорошим» здоровьем к группе с «плохим».

Уровень дохода респондентов и наличие платы за обучение не коррелирует с СЗ в обеих гендерных группах. Что касается *курса обучения*, то чуть более 40% юношей-респондентов учатся на 1–2-х курсах, около трети – на 3–4-х и каждый пятый – на 5–6-м курсе. У девушек наибольшая доля (около 44%) учится на 3–4-х курсах, более трети – на 1–2-х. Такова общая картина распределения показателей, связанных с самооценкой здоровья респондентов.

Представляется важным рассмотреть вопрос влияния на СЗ *места проживания и обучения* студентов. Наш анализ показывает, что из 10 регионов, где проходило исследование, наибольшие доли ответов у юношей с «хорошим» здоровьем зафиксированы в 5 городах – Грозном, Уфе, Мурманске, Нижнем Новгороде и Москве (от

67 до 48%), минимальные – в Гродно и Минске (по 40%). У девушек в лидерах те же города (за исключением Нижнего Новгорода – вместо него Хабаровск) с долями ответов от 63 до 45%. Наименьшие доли респонденток с хорошей самооценкой здоровья также в Гродно и Минске. Тот факт, что первые и последние позиции принадлежат как у юношей, так и у девушек представителям разных национальностей – чеченцам и белорусам – может свидетельствовать не столько об уровне здоровья, сколько об особенностях национального менталитета, не позволяющего, например, жителю Северного Кавказа низко оценивать собственное здоровье. А белорусам, возможно, свойственна большая сдержанность в оценках своего благополучия. Подобные предположения требуют, конечно, дополнительного изучения. Однако очевидно, что в силу исторических обстоятельств уровень здравоохранения в Чеченской Республике находится не на том уровне, чтобы обеспечивать самый высокий уровень здоровья студентов по сравнению со здоровьем молодых людей во всех остальных городах России и Белоруссии, включенных в нашу выборку

2.2. Ценностные ориентации в достижении жизненного успеха

Отношение современного человека к своему здоровью можно назвать парадоксальным. Ценность здоровья относится к высшим жизненным ценностям и провозглашается как безусловная норма нашей жизни. В системе жизненных ценностей индивида здоровье как терминальная базовая ценность занимает, согласно нашим и другим отечественным и зарубежным исследованиям, 3–4-е место после «семьи», «работы». Более углубленное изучение этого вопроса показало, что здоровье заняло столь высокое место в структуре ценностей потому, что, будучи качественной характеристикой личности, оно способствует достижению многих целей и удовлетворению различных потребностей человека. В условиях сегодняшней экономической и социальной реальности здоровье выступает иногда как единственное средство достижения поставленных задач, что делает его все в большей степени объектом эксплуатации, а его ценность становится все более инструментальной.

Это утверждение относится прежде всего к молодежи, вступающей в жизнь без материальной и социальной поддержки со стороны родителей. В наших предыдущих исследованиях при ответах на вопрос «Что способствует достижению жизненного успеха в первую очередь?» молодые респонденты, до 30 лет, ставили на 1-е место «здоровье», на 2-е – «материальный достаток», на 3-е – «силу характера». Примечательно, что среди различных высказываний о значении здоровья в жизни человека опрашиваемые чаще всего выбирали следующее: «Здоровье – это, конечно, важно, но иногда можно и забыть об этом ради дополнительного заработка, развлечений и т.п.». Таким образом, ценность здоровья как средства достижения жизненных целей для респондентов оказывалась выше, чем ценность его как средства жить долго и полноценно. Эти две характеристики здоровья как бы вступали в противоречие друг с другом [5]. Кроме того, подобное отношение к здоровью обуславливалось низким уровнем санитарно-гигиенической культуры. Наши исследования показали, что знаниями о факторах риска наиболее распространенных заболеваний, о методах заботы о здоровье (своем и своих детей), о генетических предрасположенностях своего организма, о наборе полученных прививок и даже просто о своей группе крови обладает у нас не более трети городского населения. При таком

уровне санитарно-гигиенической культуры население легко «тратит» свое здоровье, проявляет терпимость к экологическим нарушениям.

Особенно негативно характеризуется отношение к здоровью и поведение в этой сфере мужчин. Исторически сложилось понимание «гипермужественности» как презрения к бытовым лишениям и неудобствам, стремления к риску, пассивного преодоления недугов без обращения к врачам, сверхзанятости на работе, бравирования курением, злоупотребления алкоголем. В результате в нашей стране разрыв в средней продолжительности жизни мужчин и женщин составляет более 13 лет, тогда как в развитых странах он в разы меньше.

Инструментальный характер ценности здоровья связан также с тем, что при низких стартовых возможностях вхождения в рыночные отношения у большинства населения страны (материальные и жилищные условия, квалификация) идет эксплуатация наиболее доступного ресурса, а у молодежи нередко и единственного – здоровья. При этом эксплуатация облегчена отсутствием культурно-ценностных запретов и отдаленностью во времени возможных негативных проявлений. Следует также обратить внимание на следующую особенность отношения респондентов к своему здоровью. Эксплуатировать здоровье люди вынуждены из-за отсутствия других средств, из-за отсутствия выбора. Но коль скоро они делают это, то, казалось бы, должны и заботиться о здоровье, сохранять и поддерживать его. На деле же оказывается, что необходимые усилия не только не прилагаются, но и нормативные представления перестраиваются таким образом, чтобы оправдать свое бездействие. Перестройка происходит достаточно просто, ввиду отсутствия социальных норм и традиций сохранения здоровья у большинства населения.

Социальные последствия этого явления очевидны: экономические потери от низкого качества здоровья трудовых ресурсов; дополнительные вложения в программы социальной защиты населения, здоровье будущих поколений, неудовлетворительное социальное самочувствие общества, рост нынешних и будущих его девиаций.

В связи с увеличением в системе здравоохранения доли платных услуг при параллельном сокращении доходов большинства населения страны и росте безработицы можно уверенно прогнозировать дальнейший рост инструментальной компоненты ценности здоровья.

Что касается данных нашего исследования «Здоровье студентов», то ценность здоровья здесь рассматривалась в ряду других восьми жизненных ценностей в плане их влияния на достижение жизненного успеха. Оказалось, что взгляды юношей существенно различаются в зависимости от СЗ. У оценивающих свое здоровье как «хорошее» и «удовлетворительное» на 1-м месте – «способности и талант», на 2-м месте – «сила характера», далее в 1-й группе – «здоровье», во 2-й – «образование». Неожиданным образом у респондентов-юношей с «плохим» здоровьем (3-я группа) значимость «здоровья» оказалась очень низкой, и оно даже не попало в основную пятерку факторов, где на первых местах оказались «материальный достаток», «способности, талант», «сила характера». Внимание к «материальному достатку» труднообъяснимо, поскольку по уровню доходов 3-я группа идентична 1-й.

Особенность выбора девушек состояла в том, что все опрошенные выбрали три варианта ответов («способности», «здоровье», «силу характера») из 8 возможных. При этом обладательницы «хорошего» и «плохого», по их мнению, здоровья на 1-е место

поставили «способности», а те, у кого здоровье «удовлетворительное» – «силу характера», при почти одинаковых долях ответов (около 50%) во всех трех случаях. «Здоровье» как фактор заняло 2–3-е места во всех группах по СЗ, причем наименьшую значимость, судя по долям ответов, оно имеет для девушек с «плохим» здоровьем (39,7% по сравнению с 49,8% у имеющих «хорошее» здоровье). У юношей ситуация аналогичная.

Региональная специфика выбора факторов достижения успеха проявилась в том, что в 6 регионах из 10 наиболее важным названа «сила характера» (табл.). Максимальная доля респондентов, выбравших этот фактор, в Москве – 60,1%, что неслучайно, так как именно в столице для достижения успеха нужно прилагать наибольшие усилия. Хотя и в других регионах значение этого фактора отличается незначительно (47–57%) от максимальной величины.

Фактор «способности, талант» занимает преимущественно 2-е и 3-и места во всех регионах, кроме Минска и Хабаровска, где он вышел на 1-е место по значимости.

Таблица

Рейтинги факторов достижения жизненного успеха по регионам

	Удача	Материал. достаток	Сила характера	Способности, талант	Здоровье	Образование
1.Брянск	6	5	3	2	1	4
2. Гродно	4	6	1 - 2	3	1 - 2	5
3.Грозный	5	4	6	3	1	2
4.Минск	4	6	2	1	3	5
5.Москва	5	6	1	2	4	3
6.Мурманск	5	6	1	2	4	3
7.Н.Новгород	5	6	1	2	4	3
8.Ульяновск	6	5	1	2	3	4
9.Уфа	6	5	1	3	2	4
10.Хабаровск	6	5	2	1	3 - 4	3 - 4

Фактор «образование» в основном стоит на 3–4-х местах в ранге предпочтений студентов, за исключением Грозного, где его значение оценивается наиболее высоко – 2-е место, и белорусских городов Гродно и Минска, где он оказался на 5-м месте после «удачи». Россия уже прошла в 90-е годы тот период экономических преобразований, когда значение «удачи» лидировало по сравнению с другими факторами, а в Белоруссии, видимо, такая ситуация еще сохраняется.

Что касается гендерных особенностей при выборе факторов, то наибольшую значимость «способностям, таланту» для достижения жизненного успеха придают юноши Москвы (65%) и Мурманска (61%). Фактору «сила характера» юноши отводят преимущественно 2-е место. Тогда как для респондентов Уфы и Хабаровска он наиболее важен – стоит на 1-м месте. «Образование» занимает у юношей в основном (в 6 регионах) 3-е место по важности для достижения в жизни успеха, за исключением Грозного и Уфы, где ценность «образования» оказалась выше (2-е место).

Наиболее противоречивое отношение к фактору «здоровье». В трех городах он занял, по ответам юношей и девушек, 1-е место по значимости для жизненного успеха (Грозный, Брянск, Гродно) с долями ответов от 50,6 до 63,5%. На 2-м ранговом месте этот фактор в Уфе (44%), в остальных регионах – он на 3–4-х местах (от 34 до 46% в Минске,

Ульяновске, Мурманске, Н. Новгороде, Хабаровске). Только в Москве юноши поставили «здоровье» на самое низкое место в рейтинге факторов – 6 (23,6%), то есть москвичами значимость здоровья пока не осознается.

«Материальный достаток» для юношей играет значительно большую роль, чем для девушек, у которых он находится 5-6-м месте. У юношей отношение к «материальному достатку» колеблется от 2-го места (Ульяновск) до 6-го (Гродно, Минск, Н.Новгород). «Удача» как фактор успеха более всего значима для юношей из Гродно (2-е место), а также Минска (4-е).

В целом, лидирующие факторы у юношей – «способности, талант», «сила характера» и «образование». У девушек – «сила характера», «способности», а 3–4-е места преимущественно занимают «здоровье» и «образование».

2.3. Установки на здоровье и мотивы заботы о нем

Установка – это состояние готовности, предрасположенности субъекта к определенной активности в определенной ситуации [6]. Установки вместе с мотивами направлены на реализацию потребностей человека. Структура мотивации в сфере здоровья складывается в течение жизни человека и отражает особенности его социализации. Мотивы возникают, развиваются и формируются на основе потребностей. Вместе с тем они относительно самостоятельны, ибо потребность не определяет строго характер мотивов, их силу и устойчивость. При одной и той же потребности у разных людей могут возникать разные мотивы. Потребность человека – это испытываемая им нужда в чем-либо, мотивы, установки – побуждения человека в связи с этой нуждой. Их связь проявляется в том, что потребности реализуются в поведении и деятельности при посредстве мотивов. Например, потребность в здоровье реализуется в деятельности по заботе о здоровье, выбор которой человек осуществляет под влиянием сформировавшихся мотивов. Потребности и мотивы оказывают влияние друг на друга. Потребности могут отражаться на разных уровнях: биологическом, физиологическом, психологическом. Мотивы, установки возникают на высшем уровне отражения потребностей – их осознании. И тогда осуществляется мысленный переход от осознания необходимости быть здоровым вообще к осознанию необходимости конкретных действий по сохранению здоровья и целенаправленному их выбору.

Самооценки здоровья респондентов, опрошенных в исследовании «Здоровье студентов», коррелируют с установками на наличие заботы о здоровье (рис. 4). Среди считающих себя обладателями хорошего здоровья заботятся о нем в 1,4 и 1,3 раза больше юношей и девушек, чем среди тех, кто оценил свое здоровье как плохое. Девушки всегда проявляют больше беспокойства о здоровье, чем юноши, независимо от его состояния – по всем группам СЗ превышение у девушек составляет 3–8%.

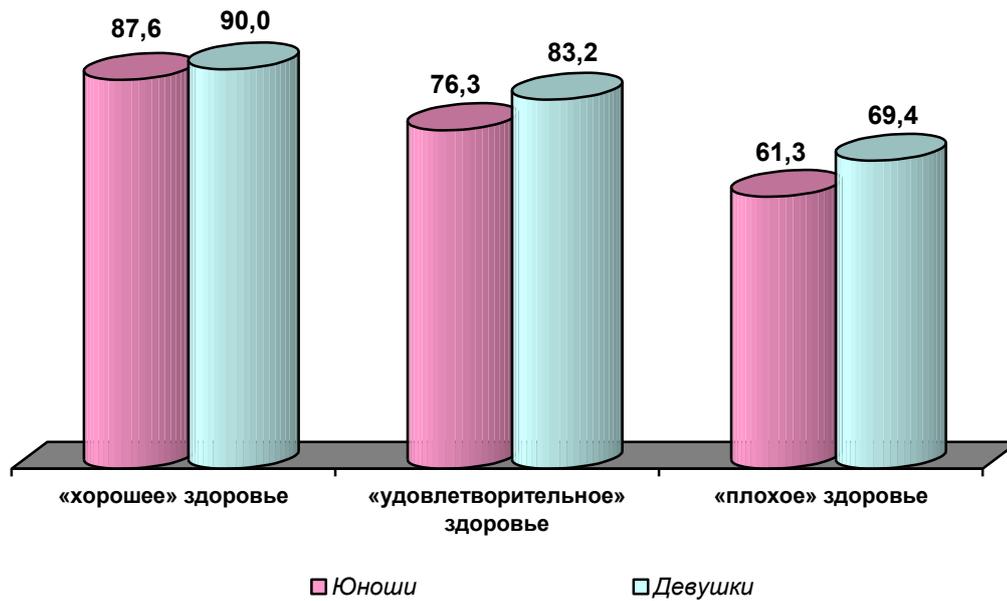


Рис. 4. Наличие заботы о здоровье у респондентов с различной самооценкой здоровья (%)

Принципиально важно выяснить, что же заставляет человека заботиться о своем здоровье? Из 6 возможных вариантов ответов о мотивах заботы о здоровье (воспитание, влияние окружающих людей, воздействие медицинской информации, ухудшение здоровья, требование родных и близких, желание быть физически сильнее, здоровее) наибольшие доли ответов пришлось на три варианта (рис. 5а и 5б). У юношей с хорошей самооценкой здоровья почти для половины респондентов (45,9%) ведущий мотив заботы – «желание быть сильнее, здоровее». По мере ухудшения СЗ уменьшается значимость этого мотива более чем в 3 раза. Для юношей с удовлетворительной СЗ одинаково важными оказываются и «желание быть сильнее», и мотив «ухудшение здоровья» (по 33%). А у респондентов-юношей с плохой СЗ основной причиной заботы о здоровье становится именно «ухудшение здоровья» (45,6%). Значимость последней причины возрастает почти в 4 раза по сравнению с теми, у кого хорошая самооценка.

ЮНОШИ

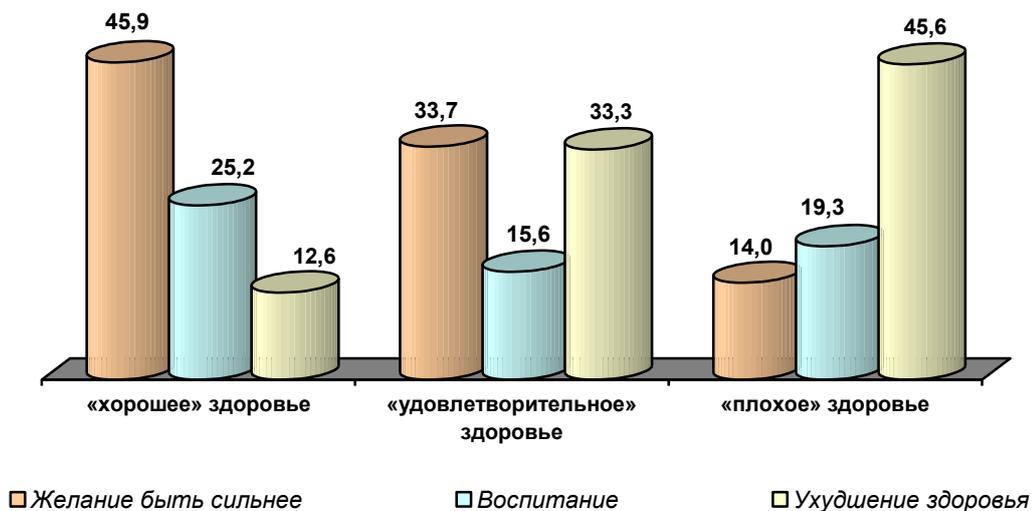


Рис. 5а. Мотивы заботы о здоровье у респондентов с различной самооценкой здоровья (%)

ДЕВУШКИ

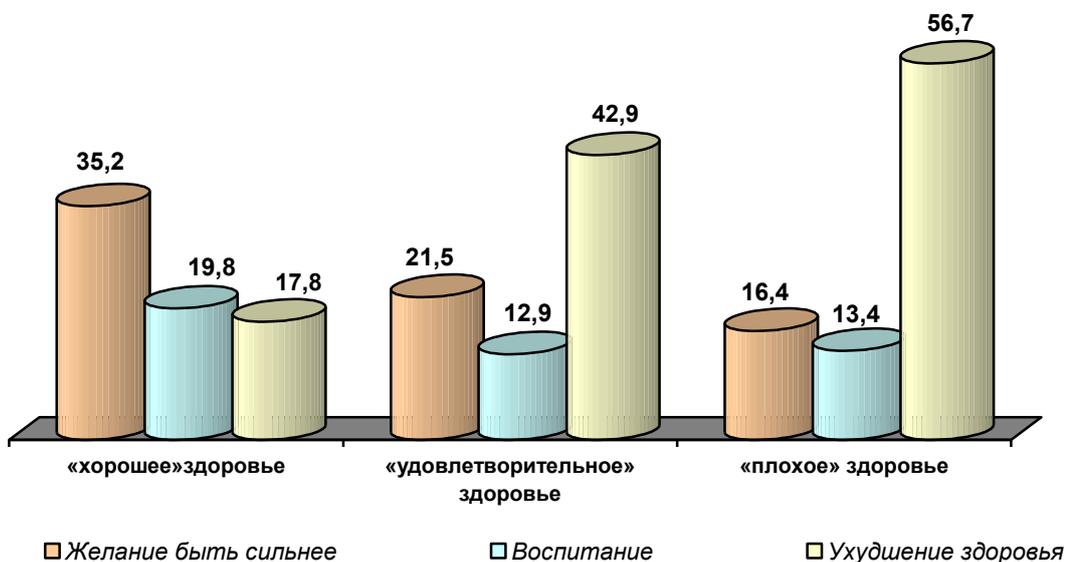


Рис. 5б. Мотивы заботы о здоровье у респондентов с различной самооценкой здоровья (%)

У девушек с различной СЗ тенденции аналогичные. В группе с хорошей СЗ доминирует мотив «желание быть сильнее, здоровее» (35,2%), но он всего лишь в 2 раза более значим, чем «ухудшение здоровья» (у юношей это различие достигает почти 4 раз). По мере снижения СЗ важность мотива «желание быть сильнее, здоровее» уменьшается, и

в группе с плохой СЗ доля девушек, его выбравших, уже в 2 раза меньше (сравните – 35,2 и 16,4%). А значимость «ухудшения здоровья» возрастает с 17,8% в группе с хорошей СЗ до 56,7% в группе с плохой СЗ, т.е. в 3,2 раза.

Различаются по мотивировке заботы о здоровье группы юношей и девушек с удовлетворительной СЗ. Если у юношей значимость мотивов «желание быть сильнее» и «ухудшение здоровья» оказывается одинаковой, то у девушек доминирует ответ «ухудшение здоровья» - доля выбравших его в 2 раза превышает долю тех, кто заботится о здоровье, желая быть сильнее, здоровее, т.е. с профилактической целью.

В целом у девушек мотив «ухудшение здоровья» более значим во всех группах, отличающихся по СЗ, т.е. девушки традиционно ниже, по сравнению с юношами, оценивают состояние своего здоровья независимо от его реального качества. Мотив «воспитание» занимает промежуточное положение между двумя основными мотивами во всех группах по СЗ. Наибольшие его показатели характерны для респондентов с хорошей СЗ, как для юношей, так и для девушек.

Хотя на прямой вопрос о том, *заботятся ли они о своем здоровье*, 61–87% юношей и 69–90% девушек ответили положительно (в соответствии с существующими социальными нормами), косвенный вопрос (он же контрольный) о *причинах незаботы о здоровье* выявил реальную картину – почти половина юношей (45,6%) и 40% девушек стали объяснять, что им мешает заботиться о здоровье.

В группе юношей с хорошим, по самооценке, здоровьем логичны ответы «я и так здоров» (19,9%) и «не хочу ни в чем себя ограничивать» (18,6%). В группе удовлетворенных своим здоровьем каждый четвертый заявил, что ему «не хватает силы воли» и «нет времени» (19,9%). Это два наиболее популярных ответа на данный вопрос. Ещё чаще сетуют на отсутствие времени для заботы о здоровье юноши, считающие свое здоровье плохим (26,7%), которым, казалось бы, требуется уделять здоровью внимания больше всех.

Есть и ещё одна группа респондентов – это те, кто затруднился оценить свое здоровье. Данная группа в два раза превышает долю респондентов с плохой СЗ. Здесь весьма значительна доля тех, кто на вопрос о заботе о здоровье ответил, что «не знает, как это делать» (17,6%), что свидетельствует о низком уровне информированности в этой сфере.

У девушек независимо от самооценки здоровья во всех трех группах на 1-м месте ответ «нет времени» (24–27%), на 2-м – «не хватает силы воли» (20–25%).

Один из возможных вариантов ответа – «не думал об этом» – выбрали 4,2% юношей и 5,5% девушек. Эта группа молодежи, возможно, впервые, заполняя анкету, задумалась о проблемах здоровья и собственной роли в его улучшении. Группа хоть и небольшая по численности, но является очевидным показателем информационного пробела, связанного с вопросами здоровья в сознании молодых людей.

Ответ на вопрос о том, *должен ли человек всегда заботиться о своем здоровье*, для большинства респондентов очевиден - считают, что делать это нужно «всегда» 58–83% юношей. Причем, чем СЗ лучше, тем больше доля выбравших этот ответ. У девушек аналогичная тенденция (84–88%) с меньшими различиями в ответах по группам.

Таким образом, чем более выражены установки на заботу о здоровье, тем лучше его состояние согласно СЗ.

2.4 Факторы, влияющие на здоровье студентов

На здоровье отдельного человека и на здоровье больших групп населения воздействует сложный комплекс факторов. Значение различных факторов неравноценно: они могут влиять положительно или отрицательно; могут быть постоянными или меняющимися; обладать разной силой и т.п. Следует иметь в виду, что степень и характер воздействия того или иного фактора на здоровье различны для каждой совокупности населения, проживающего на определенной территории в определенное историческое время. И хотя общепризнанным стало положение о том, что среди факторов, влияющих на здоровье, на долю образа жизни приходится около 50%, на фактор окружающей среды – 20%, на генетику – 15–20% и на здравоохранение 10–15% [7], это деление является достаточно условным. Например, в экономически отсталых странах с неразвитым здравоохранением значение данного фактора может увеличиться в 2–3 раза по сравнению с приведенным выше. Или, например, поскольку природно-климатические условия на земном шаре отличаются существенным разнообразием, их влияние, естественно, не может быть однозначным. Задача исследователя заключается в выделении главных факторов и изучении их взаимосвязи со здоровьем.

Применительно к задачам нашего исследования респондентам предлагалось выбрать из шести возможных вариантов («природная среда», «усилия самого человека», «наследственность», «качество медицинского обслуживания», «условия жизни», «вредные привычки») два фактора, в наибольшей степени влияющие на здоровье.

Респонденты-юноши с хорошей самооценкой здоровья считают, что определяющими являются «усилия самого человека» (46,0%). А в группе с плохой СЗ на 1-м месте – фактор «условия жизни» (40,5%). Ответы респондентов, считающих свое здоровье удовлетворительным, по структуре выборов ближе к 1-й группе (рис. 6а). У девушек с хорошим, по самооценке, здоровьем, на 1-м месте находятся «усилия самого человека» (40,9%), на 2-м – «условия жизни» (38,9%), на 3-м – «вредные привычки» (34,6%). Эти же три фактора выбраны и теми, у кого здоровье, по их мнению, находится в удовлетворительном состоянии, с той лишь разницей, что на 1-м месте у них «условия жизни» (46,0%), далее «усилия человека» (39,4%) и «вредные привычки» (33,2%) (рис. 6б).

Те девушки, которые оценили свое здоровье как плохое, на 1-е место поставили, как и в предыдущей группе, «условия жизни» (46,5%), а «наследственность» и «усилия человека» поделили 2-е и 3-е места (по 31,4%).

Таким образом, важность осознания собственных усилий для поддержания здоровья напрямую связана с его самооценкой и у девушек, и у юношей.

Влияет ли состояние здоровья респондента на *потребность в информации, связанной со здоровьем?* Оказалось, что наиболее велика такая потребность у респондентов с плохой СЗ – у юношей (52,0%) и у девушек (54,1%) (в группе с хорошей самооценкой у юношей – 38,6%, у девушек – 46,9%).

Выяснение того, какой именно *информацией о здоровье* интересовались респонденты-юноши, показало, что независимо от уровня здоровья интерес молодых людей сконцентрирован в трех направлениях с различиями в предпочтениях. В 1-й группе ранги следующие: здоровый образ жизни (ЗОЖ), психология общения, правильное питание. Во 2-й группе – психология общения, ЗОЖ, правильное питание, в 3-й группе – правильное питание, психология общения, ЗОЖ.

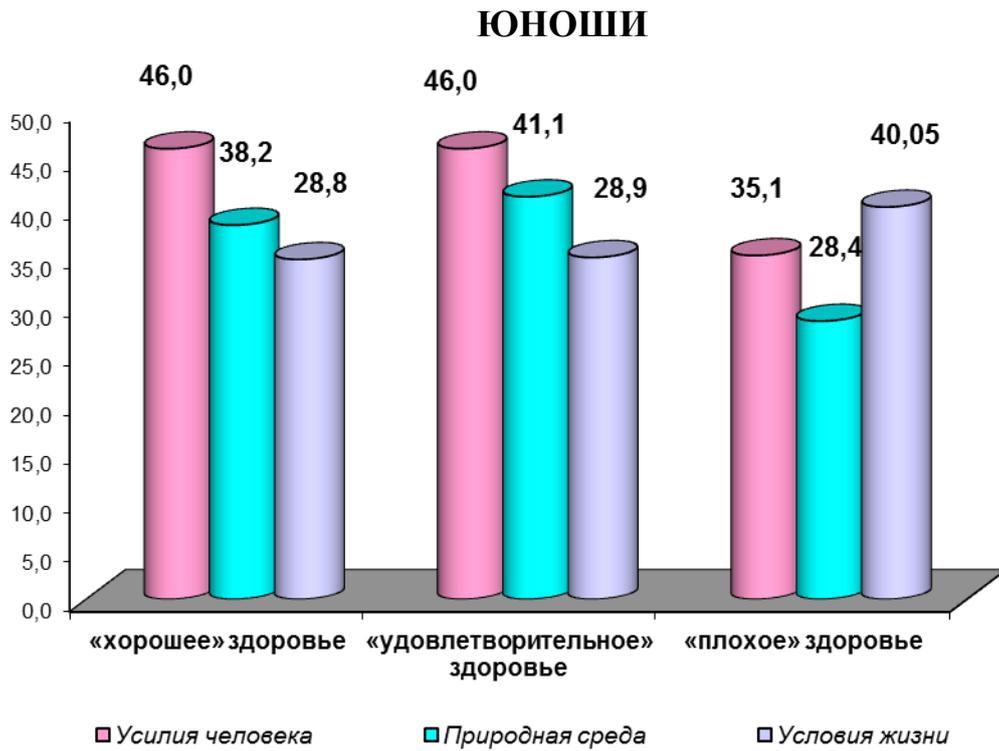


Рис. 6а. Основные факторы, влияющие на здоровье юношей с различной самооценкой здоровья (%)

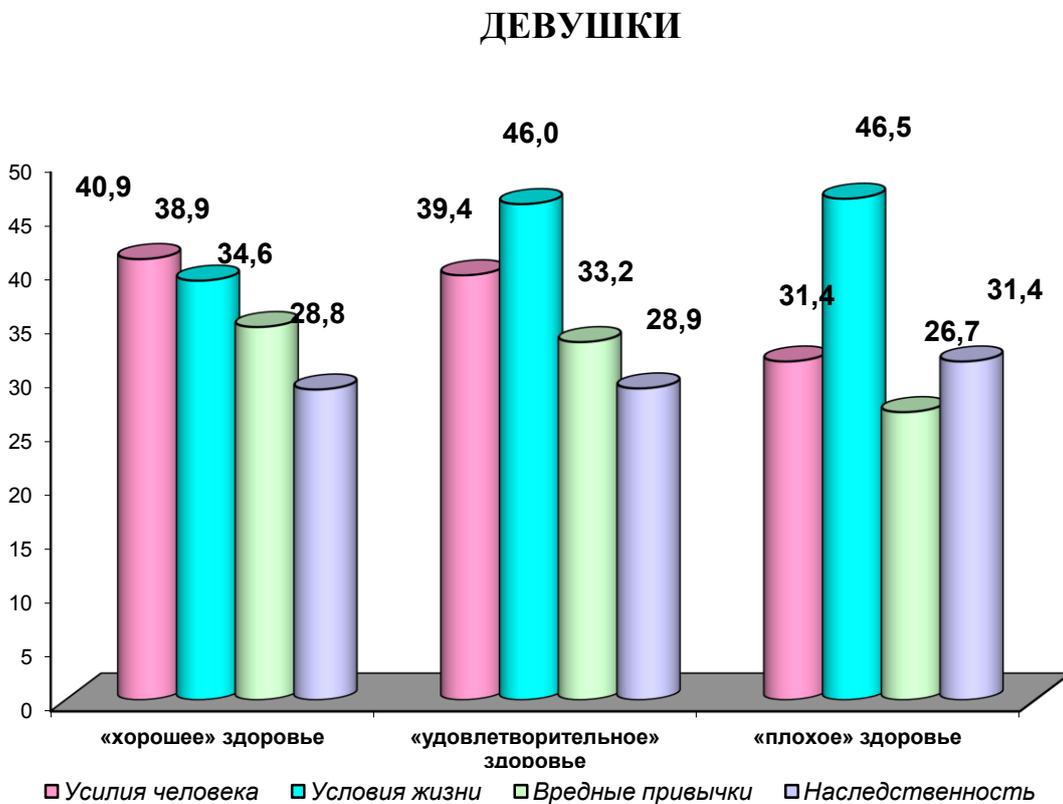


Рис. 6б. Основные факторы, влияющие на здоровье девушек с различной самооценкой здоровья (%)

У девушек независимо от СЗ интерес связан, в порядке уменьшения долей ответов, с правильным питанием (от 60 до 52%), психологией общения (около 50%), здоровым образом жизни (ЗОЖ) (от 50 до 32%), профилактикой стресса (от 33 до 23%). Отличие ответов девушек от взглядов юношей состоит в том, юноши на 4-е ранговое место во всех группах по СЗ поставили потребность в информации по поводу избавления от вредных привычек.

Сегодня информацию, связанную со здоровьем, можно получить в той или иной степени в семье, вузе и из средств массовой информации. Что касается вуза, то на наличие соответствующего учебного предмета указали около 30% юношей в группах с «хорошим» и «удовлетворительным», по самооценке, здоровьем и 22,4% – в группе с «плохим» здоровьем. У девушек эти цифры несколько выше (39,3% – 1-я группа) при минимальной доле в группе с «плохим» здоровьем (27,9%). Различия между гендерными группами могут объясняться профилем вуза обучения: среди вузов, в которых опрашивались девушки, преобладали вузы гуманитарной направленности.

Информированность в сфере здоровья предполагает *наличие у человека умений, необходимых для поддержания здоровья в экстремальных ситуациях*. Действительно, у юношей прослеживается четкая зависимость – чем лучше состояние здоровья, тем выше уровень указанных умений. Это касается таких умений, как помощь тонувшему человеку (от 73,1% в 1-й группе до 56,6% в 3-й), помощь, когда человеку стало плохо на улице (соответственно 65,8–46,1%), при переломе (62,5–42,1%), при отравлении (52,8–48,7%), пораженному током (40,6–26,3%), получившему сотрясение мозга (38,1–24,0%).

Иная ситуация у девушек. Принадлежность к той или иной группе по СЗ не влияла на ответы по поводу навыков оказания помощи в критические для здоровья моменты – они почти совпадали во всех трех группах. Отметим, что смогут оказать помощь человеку, которому стало плохо на улице, около 71%, в ситуации отравления – около 70%, при ожоге – около 62%, при переломе – около 46%, тонувшему человеку – около 40%, при сотрясении мозга – около 32%.

Наибольшую беспомощность и юноши, и девушки испытывают при необходимости оказать помощь в ситуации сердечной недостаточности – думают, что смогут быть полезными в такой момент 16–18% юношей и 19–24% девушек, причем это единственное умение, которым в наибольшей степени обладают респонденты с плохой СЗ.

На основании проведенных ранее исследований установлено, что самооценка здоровья в определенной степени связана с рядом поведенческих актов в сфере, относящейся к здоровью. В частности, один из важнейших факторов – *фактор питания*. Юноши, видимо в силу возрастных особенностей, мало задумываются о проблемах питания. Около половины из них, обладающих, по самооценке, хорошим и удовлетворительным здоровьем, выбрали ответ «ни в чем себя не ограничиваю», тогда как у респондентов с плохим, по их мнению, здоровьем таких ответов треть. Что касается каких-либо поведенческих актов, то почти треть юношей во всех группах по СЗ указали, что избегают употребления некачественных продуктов.

У девушек дела обстоят по-другому. В группах тех, кто оценивает свое здоровье как хорошее и удовлетворительное, на 1-м месте – «избегаю употребления некачественных продуктов» (по 43%), на 2-м – «старюсь не есть поздно вечером» (около

32%) и лишь каждая четвертая ни в чем себя не ограничивает. Иные предпочтения у считающих свое здоровье плохим. Здесь, как и у юношей, основной мотив – «ни в чем себя не ограничиваю» (34,5%), далее по четверти ответов – «избегаю употребления некачественных продуктов» и «стараюсь не есть поздно вечером». Довольно многие в этой группе (по 20%) заявили, что избегают сладкого и ограничивают себя в количестве еды. То есть выбор предпочтений имеет противоречивый характер.

Ещё один поведенческий акт в сфере питания – внимание к качеству питьевой воды, что проявляется в *использовании водоочистительного фильтра*. Судя по ответам респондентов, это действие находится в прямой зависимости от СЗ – чем лучше они оценивают свое здоровье, тем чаще выбирают ответ «всегда использую». У юношей различия по группам незначительные: ответы от 38,7% в 1-й группе до 31,6% в 3-й. У девушек соответствующие доли ответов – от 38,8 до 27,6%.

Также значимым поведенческим актом в сфере здоровья является *обращение за медицинской помощью*. При этом важны причины обращения. И у юношей, и у девушек ситуация практически одинаковая, не связанная с различиями по СЗ. Большинство ответов приходится на две причины – «обращаюсь только в случае тяжелой болезни» (38–42% у юношей и 35–45% у девушек, причем лидируют в этом ответе респондентки с плохой самооценкой). Второй по значимости ответ – «когда плохо себя чувствую несколько дней» (30–32% у юношей и 34–41% у девушек).

Принципиальные отличия по группам СЗ связаны только с ответом «*прохожу диспансеризацию*». У юношей, считающих свое здоровье хорошим, этот ответ выбрали 15,9%, плохим – 9,2%. У девушек соответствующие доли ответов 11,8 и 2,3%. Таким образом, респонденты с «хорошим» здоровьем существенно чаще добровольно проходят диспансеризацию в поликлинике. Что касается распределения по курсам, то среди девушек наибольшая доля (около 44%) учится на 3-4-х курсах, более трети – на 1-2-м курсах.

Осуществление тех или иных *профилактических мероприятий* в сфере здоровья – наиболее трудно психологически для россиян, поскольку они к этому не приучены. Самые популярные действия у юношей всех трех групп по СЗ – это прием витаминов в осенне-зимний период (от 50 до 63%) и профилактика гриппа (32–36%). Самостоятельно проходят профилактический осмотр по 16% респондентов в 1-й и 2-й группах и 22% опрошенных в 3-й группе. У девушек – аналогичные предпочтения, но с несколько большими долями ответов – витамины принимают от 67 до 70% респонденток, профилактикой гриппа занимаются – от 36 до 44%, самостоятельно проходят профилактический осмотр от 15 до 23%. Ни гендерные различия, ни различия в самооценке здоровья не оказывают принципиального влияния на действия респондентов в сфере профилактики.

Примечания

1. Семейное благосостояние и здоровье. Проект «Таганрог — три с половиной». М.: ИСЭПН РАН, 1997. Т.1. С. 87–88; *Максимова Т.М.* Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения .М., 2002.С.94.; *Русинова Н.Л., Браун Дж.В., Панова Л.В.* Социальные неравенства в здоровье петербуржцев в первом постсоветском десятилетии// Санкт-Петербург в зеркале социологии. СПб., 2003. С. 342.
2. *Назарова И.Б.* Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // СОЦИС. 2003. № 11. С. 61; Отношение населения к здоровью / Отв. ред. И.В. Журавлева. М.: ИС РАН,1993. С. 80; Экономические и социальные перемены: мониторинг общественного мнения. 1997. № 3 (29). С. 76.; *Журавлева И.В.* Отношение к здоровью индивида и общества. М., Наука. 2006.
3. *Аргайл М.* Психология счастья. М., 1990. С. 252.; *Палосуо Х., Журавлева И. и др.* Восприятие здоровья и связанных с ним привычек и установок (сравнительное исследование взрослого населения в Хельсинки и Москве) / Отв. ред. И.В. Журавлева. М.: ИС РАН, 1998. С. 31.
4. *Назарова И.Б.* Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // СОЦИС. 2003. № 11. С. 67.
5. Отношение населения к здоровью/Отв.ред. И.В. Журавлева. М.: ИС РАН, 1993.С. 51–52.
6. *Философский энциклопедический словарь.* М.,1989. С. 677.
7. *Лисицын Ю.П.* Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранении. М., 1982. Т.1.

ГЛАВА 3. ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РИСКИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Студенчество – это будущая интеллектуальная и управленческая элита общества. Ее работоспособность, достижения и инновационный потенциал во многом зависят от культуры здоровья тех, кто в ближайшие годы получит высшее профессиональное образование. Образ жизни наших современников стремительно меняется. Сегодня молодежь находится в группе риска в отношении здоровья. В первую очередь на молодых людей рассчитана реклама легальных психоактивных веществ (табак и алкоголь), новых средств коммуникации, рискованных видов спорта и быстрого питания, которое нельзя назвать здоровым. СМИ пропагандируют стиль жизни, в котором преобладают гедонистические ценности, много внимания уделяется сексуальным отношениям с акцентом на их физиологической стороне. В России подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных – люди до 30 лет. Преобладает инъекционный путь заражения, с постоянным ростом значения передачи ВИЧ-инфекции половым путем.

Исследователи социальных аспектов здоровья населения широко используют понятия «рискованное поведение» и «социально обусловленные заболевания». Последними называют заболевания, причинно связанные с условиями и образом жизни людей. Их распространение зависит от социальных норм, регулирующих активность человека, и от санитарно-гигиенической культуры населения и его различных групп. Рискованное в отношении здоровья поведение – это поведение, чреватое его ухудшением и сокращением продолжительности жизни. При прочих равных условиях (генетика, экологическая обстановка, материальная обеспеченность, доступность и качество медицинской помощи и др.) негативные последствия для здоровья определяются количеством, интенсивностью и продолжительностью действия различных поведенческих рисков. Сформировавшись в детстве и юности, с возрастом эти риски могут привести к развитию различных хронических, неинфекционных заболеваний. Например, употребление психоактивных веществ (ПАВ), большого количества жиров, соли, сахара, недостаток овощей и фруктов при низкой двигательной активности и частом стрессе существенно повышают риск диабета, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

В данной главе рассматриваются риски для здоровья студентов, обусловленные совмещением очного образования с работой, употреблением различных психоактивных веществ, недостаточным вниманием к питанию, физической культуре и саморегуляции, а также низкой культурой контрацепции. Анализируется влияние на распространенность указанных поведенческих рисков таких факторов, как пол, возраст, доход, этнокультурные традиции, социальные установки на поддержание здоровья и др.

3.1. Вторичная занятость и здоровье студентов

В разные исторические периоды трудовая занятость студентов в нашей стране существенно различалась. В эпоху застоя и перестройки советского периода совмещение студентами учебы на дневном отделении с работой было редким явлением. Причинами широкого распространения вторичной занятости учащихся вузов в начале 90-х годов стали снижение уровня жизни значительной части населения, появление платного образования и сложившиеся социальные нормы потребления в студенческой среде. По данным опроса 1995 года, подрабатывали 59% московских студентов [1, с. 50].

Всероссийское исследование 2000 года [2] показало, что среди студентов-четверокурсников очного отделения работают 40%, из них менее 30% – на постоянной основе, свыше трети – 3–4 дня в неделю, каждый пятый – 1–2 дня, остальные реже. Доля работающих и занятых квалифицированным трудом растет от младших курсов к старшим. Между вторичной занятостью студентов и их оценкой уровня материальной обеспеченности родительской семьи прямой связи обнаружено не было. Превалируют экономические мотивы трудовой деятельности, помимо них заметную побуждающую роль играет перспектива установления на работе контактов, которые могут пригодиться в будущем, и стремление помогать родителям. У малообеспеченных студентов преобладает мотивация зарабатывания средств, необходимых для существования (70,3%). Студенты из семей с более высоким уровнем благосостояния реже отмечали этот мотив (51,2% – среднеобеспеченные, 36,4% – высокообеспеченные), более 70% из них устраиваются на работу, чтобы иметь свои личные деньги. В мотивации вторичной занятости высокообеспеченных студентов по сравнению с мало- и среднеобеспеченными существенно большую роль играет желание находиться среди интересных людей. Анализ усредненной структуры расходования заработанных денег показал, что основную статью расходов составляют повседневные нужды (жилье, питание, одежда, транспорт). Вместе с расходами, которых требует учебный процесс, это почти две трети бюджета. Оставшаяся треть тратится на молодежное потребление (развлечения, культура, досуг, путешествия). Изучение влияния трудовой деятельности на учебную работу показало, что, по мнению более 80% подрабатывающих студентов, им удастся «вполне успешно» или «сносно» сочетать обучение с работой, которая «не мешает» или «почти не мешает» учебе. Однако оказалось, что показатели академической успеваемости выше у неработающих студентов [2, с. 32, 38, 41, 47, 57, 67, 70, 107]. Последнее закономерно, учитывая, что работа – это дополнительная нагрузка для учащихся.

Проблема влияния на здоровье вузовской молодежи совмещения учебы с трудовой деятельностью в РФ недостаточно изучена. Исследователи конца 90-х годов отмечали занятость учащихся высшей школы малоквалифицированным трудом, часто в ночное и вечернее время, и пришли к заключению о значительном нарушении режима дня работающих студентов [3, с. 34].

Проблема здоровья молодежи, получающей высшее профессиональное образование и имеющей вторичную занятость, исследуется не только в РФ, но и в других странах СНГ. Опрос учащихся вузов в г. Актобе (Республика Казахстан) показал, что те, кто совмещает учебу с работой, достаточно часто отмечают недостаток сна и дефицит времени на отдых. У них, по сравнению с неработающими студентами, в 1,6 раза больше хронических заболеваний, но лучше самооценка здоровья. По мнению исследователей, это результат того, что дополнительная работа повышает удовлетворенность студентов личной и общественной жизнью, материальной обеспеченностью и более содержательным досугом [4, с. 38].

В исследовании «Здоровье студентов» изучалось влияние вторичной занятости на самочувствие учащихся вузов (анализировалась их оценка степени утомления и эмоционального напряжения на работе). Эти два показателя были выбраны потому, что хроническая усталость, частые и сильные негативные эмоции создают угрозу для здоровья.

Когда говорят о вторичной занятости студентов, имеют в виду учащихся очного отделения. В исследовании помимо них опрашивались учащиеся вечернего и заочного отделений. Ответы респондентов дневной и вечерне-заочной группы рассматривались отдельно, поскольку эти категории студентов имеют определенную специфику трудовой занятости и различия в возрасте. Среди студентов-очников возрастная группа 18–20 лет составила 67%, 21–22 года – 27,9%, старше 23 лет – 5%, среди студентов вечерне-заочной группы – соответственно 38,4; 31; 30,6%. Исходя из того, что студенты вечернего и заочного отделений в среднем старше, чем очного, логично считать, что у них больше срок трудового стажа и они более адаптированы к условиям работы.

Студенты очного отделения. Большинство участвовавших в исследовании студентов-очников только учатся – 63,2% юношей и 74% девушек. Работу на момент опроса имели соответственно 24,3 и 19,5%, временно не работали – 12,5 и 6,5%¹. То, что вторичная занятость более распространена среди юношей, установлено и в других, ранее проводившихся опросах [2, с. 37]. Чаще других совмещение работы с учебой отмечали юноши из Мурманска (33,1%) и Ульяновска (30,2%), реже – из Грозного (15,4%) и Хабаровска (15,5%). Больше всего работающих студенток оказалось в Хабаровске (34,5%), меньше всего – в Грозном (6,8%). Скорее всего, у студенческой молодежи Чечни сложности с трудоустройством, определенную роль играют и традиции занятости женщин на Кавказе.

По показателю вторичной занятости не было выявлено статистически достоверных различий у студентов-очников:

– России и Белоруссии: на момент опроса работу имели 23,2% юношей из России и 29,2% из Белоруссии, среди девушек – соответственно 19,8 и 18,6%;

– обучающихся платно и бесплатно: работают 25,1% юношей, оплачивающих обучение в вузе, и 24,2% обучающихся бесплатно, среди девушек – соответственно 18,7 и 19,8%;

– с разным уровнем доходов: в группе с ежемесячным доходом до 15 тыс. рублей в месяц на человека работают 24,6% юношей, с доходом от 15 до 30 тыс. – 24%, более 30 тыс. – 30%, среди девушек – соответственно 20; 20,1; 19,2%. Группы по ежемесячному доходу слабо дифференцированы. Большинство студентов отнесли себя к низкодоходной группе – до 15 тыс. единиц национальной валюты (в Белоруссии 85,3%, в России 63,2%);

– с разной самооценкой здоровья: среди работающих юношей 52,2% считают свое здоровье хорошим, 36,6% – удовлетворительным, 4,9% – плохим, остальные не определились с ответом; среди неработающих – соответственно 47,2; 40,5; 4,5%. Назвали свое здоровье хорошим 42,2% работающих девушек, удовлетворительным – 47,6%, плохим – 5,1%, среди неработающих – соответственно 44,7; 44,7; 4,3%.

Анализ занятости студентов с самооценкой здоровья «плохое» дифференцированно по группам доходов показал, что среди учащихся из высокодоходной группы меньше доля тех, кто работает (20% юношей и ни одна из девушек), по сравнению со студентами из групп со средним (35 и 28,6%) и низким доходом (24,4 и 22%) и что только в высокодоходной группе нет ни одного студента, который выбрал ответ «временно не работаю».

¹ В разделе анализируются ответы студентов, имевших вторичную занятость на момент опроса.

На первых курсах учащиеся адаптируются к вузовскому обучению. Доля работающих студентов увеличивается от младших курсов к старшим. На 1–2-х курсах имеют работу 16,1% юношей, на 3–4-х курсах – 27,1%, на 5–6-х – 37,2%. Среди девушек – 12,3; 21,1; 30,5% соответственно. Таким образом, доля подрабатывающих юношей на последних курсах в 2,3 раза больше, чем на первых, девушек – в 2,5 раза. Среди юношей – учащихся 1–4-х курсов доля работающих существенно выше в Мурманске, ниже – в Уфе, Хабаровске и Грозном, среди девушек выше – в Хабаровске, а ниже – в Грозном.

Юноши чаще, чем девушки, заняты физическим трудом. Среди работающей молодежи данный характер труда отметили 21,2% юношей и 14,4% девушек, умственный – соответственно 31,4 и 41,2%, смешанный (с элементами физического и умственного) – 41,9 и 38%, остальные затруднились с ответом. Низкий уровень доходов отражает и невысокий социальный статус. Юноши из низкодоходной группы чаще отмечали физический труд (если в группе с ежемесячным доходом до 15 тыс. рублей им заняты 24,4% юношей, то в группе с доходом от 15 до 30 тыс. – 17%, более 30 тыс. – 11,6%). Предположительно это можно объяснить большей доступностью рабочих мест в сфере менее тяжелого труда (не связанного с большими физическими нагрузками) студентам из высокодоходных слоев. Кроме того, определенную роль играют региональные различия рынков труда учащейся молодежи. Подробное сравнение ответов работающих студентов по городам не проводилось, так как группы небольшие по численности. Тем не менее остановимся на крайних показателях, физический характер труда чаще отмечали юноши из Брянска и Грозного (свыше 30% в каждом из этих городов), реже – из Москвы, Нижнего Новгорода (по 14,3%) и Ульяновска (12,8%). Физический труд не указала ни одна из студенток Гродно и Грозного. В РФ в Брянске и Грозном больше, чем в других городах, доля студентов (и юношей, и девушек) из низкодоходной группы, в Москве она наименьшая.

На старших курсах увеличивается доля работающих в сфере интеллектуального труда, требующего более высокой квалификации (29,4% среди юношей 1–2-х курсов, 27,4% – 3–4-х курсов, 40% – 5–6-х курсов, среди девушек – соответственно 31,5; 39,7; 52,4%). Если занятость связана с профилем специализации, то это позволяет приобрести профессиональные навыки и расширяет возможности для выбора места работы после получения диплома. Кроме того, опыт деятельности в сфере будущей профессии повышает конкурентоспособность выпускника на рынке труда.

Выше уже говорилось, что сильное систематическое утомление на работе рассматривается как фактор риска для здоровья учащихся вузов. Согласно полученным данным большинство работающих студентов, хотя обычно и чувствуют усталость после работы, но все-таки не очень устают (68,6% юношей и 63,5% девушек). Как правило, совсем не устают на работе – соответственно 9,9 и 6,4%, сильно устают – 18,6 и 27,1%, остальные затруднились с ответом. Таким образом, среди студентов, имеющих вторичную занятость, обычно сильно устает на работе каждый пятый юноша и каждая четвертая девушка. Это немало и свидетельствует о напряженном труде, неадекватном возможностям и цели получения качественного высшего профессионального образования.

Обыденное сознание связывает высокую утомляемость с плохим здоровьем. Данное исследование показывает зависимость усталости на работе от самооценки здоровья (табл. 1). Последняя в значительной мере отражает его состояние.

**Степень утомления после работы в зависимости от самооценки здоровья
(по полу, %)**

Устаете ли Вы обычно после работы?	Юноши			Девушки		
	самооценка здоровья					
	хорошее	удовлет- вори- тельное	плохое	хорошее	удовлет- вори- тельное	плохое
Очень устаю	12,6	22,0	42,1	14,5	36,2	36,8
Устаю, но не очень	69,3	70,2	57,9	72,9	58,7	57,9
Не устаю совсем	15,6	5,0	0,0	10,7	2,3	5,3
Трудно сказать	2,5	2,8	0,0	1,9	2,8	0,0

Из данных табл. 1 следует, что респонденты, оценившие свое здоровье как хорошее, реже сетуют на сильную усталость в конце рабочего дня, по сравнению с теми, кто худшего мнения о собственном здоровье. Среди юношей, назвавших свое здоровье плохим, доля тех, кто сильно устает на работе, в 1,9 раза больше, чем среди считающих его удовлетворительным, и в 3,3 раза – хорошим. Доля девушек, которые очень устают на работе, в 2,5 раза больше среди имеющих плохое и удовлетворительное, по самооценке, здоровье, по сравнению с имеющими «хорошее». Юноши традиционно выше, чем девушки оценивают свое здоровье. Они неохотно признаются в его плохом состоянии, и те, кто это делает, скорее всего, имеют серьезные отклонения в здоровье. Этим и объясняется высокая утомляемость на работе данной категории опрошенных. Кроме того, среди юношей с плохим здоровьем оказалось больше занятых физическим трудом. Согласно полученным данным, меньше других устают к концу рабочего дня учащиеся, чья работа связана с умственной нагрузкой. Больше устают те, у кого она сопряжена с физическими усилиями. Среди них, как правило, чувствуют большую усталость после работы 28,4% юношей и 31,5% девушек. Среди занятых интеллектуальным трудом – соответственно 10,8 и 20,9%. При рассмотрении утомляемости в зависимости от вида труда у респондентов с различным мнением о своем здоровье также оказалось, что среди имеющих одинаковую его самооценку занятые умственным трудом реже выбирали ответ «очень устаю» по сравнению с занятыми физическим и смешанным трудом.

Степень утомляемости на рабочем месте зависит от отношения к здоровью. Сильную усталость реже отмечали студенты, указавшие, что заботятся о нем (14,9% юноши, 24,7% девушки), по сравнению с отметившими, что они этого не делают (32,9 и 39,3%). Возможны различные предположения. Например, первые, выбирая работу, тщательнее взвешивают свои силы или их более внимательное отношение к здоровью служит дополнительным ресурсом, повышающим работоспособность. Влияние отношения к здоровью на утомляемость прослеживается среди студентов с одинаковой самооценкой здоровья и среди имеющих сходный характер труда (физический, умственный, смешанный).

Вторым индикатором потенциального риска для здоровья студентов, занятых трудовой деятельностью, выступало провоцируемое работой сильное эмоциональное напряжение. Никогда не нервничают на работе 16,2% юношей и 10% девушек,

нервничают не часто – соответственно 56,4 и 51,8%, часто – 20,6 и 34,8%, остальные затруднились с ответом. Таким образом, у пятой части юношей и трети девушек работа вызывает эмоциональный стресс и, возможно, сказывается на здоровье. Эта ситуация порождает опасения еще и потому, что такое реагирование может закрепиться, а соответствующие формы поведения – превратиться в стереотипы.

Характер труда (умственный или физический) не влияет на частоту переживания негативных эмоций на работе. Влияние оказывают гендерные различия, отношение к здоровью и его самооценка. Реже отмечают нервные перегрузки, связанные с подработкой, студенты с хорошим, по самооценке, здоровьем и ориентированные на заботу о нем. Часто нервничают на работе 15,1% юношей, считающих здоровье хорошим, 27% – удовлетворительным, 26,3% – плохим. Среди девушек – соответственно 20,8; 42,9; 42,1%, т.е. девушки более подвержены стрессу. Хорошее здоровье обуславливает стрессоустойчивость. Часто нервничают на работе 17,2% юношей, указавших, что заботятся о здоровье, и 34,1% – что не заботятся о нем, среди девушек – 30,3 и 57,1% соответственно. Как оказалось, те, кто внимателен к здоровью, реже нервничают не только на работе, но и в повседневной жизни. Это подтверждает значение саморегуляции. Последняя отражает общую культуру человека, одной из составляющих которой является внимание к здоровью.

Нервные перегрузки и утомление взаимосвязаны и провоцируют друг друга, приводя к нервному истощению. Среди тех, кто часто нервничает на работе, больше доля ощущающих сильную усталость в конце рабочего дня, и наоборот. Поскольку, как показано выше, чаще утомляются и раздражаются на работе студенты с худшими показателями здоровья, постольку влияние степени усталости на регулярность возникновения нервного напряжения на работе рассматривалось отдельно для респондентов с разной самооценкой здоровья (табл. 2).

Таблица 2

Утомляемость студентов с разной самооценкой здоровья в зависимости от негативных переживаний на работе (по полу, %)*

Устаете ли Вы обычно после работы?	Юноши			Девушки		
	часто нервничаю	не часто	никогда не нервничаю	часто нервничаю	не часто	никогда не нервничаю
<i>Самооценка здоровья «хорошее»</i>						
Очень устаю	36,7	10,2	2,6	33,3	8,3	13,0
Устаю, но не очень	56,7	77,1	57,9	57,6	81,3	56,5
Не устаю совсем	3,3	11,9	34,2	9,1	7,3	30,4
Трудно сказать	3,3	0,8	5,3	0,0	3,1	0,0
<i>Самооценка здоровья «удовлетворительное»</i>						
Очень устаю	36,8	16,5	17,6	54,6	23,2	8,3
Устаю, но не очень	63,2	77,2	70,6	42,7	70,7	75,0
Не устаю совсем	0,0	3,8	11,8	0,0	2,4	16,7
Трудно сказать	0,0	2,5	0,0	2,7	3,7	0,0

* Доля ответов о плохом здоровье небольшая, поэтому она не представлена в таблице.

При равной оценке периодичности переживания стресса респонденты с самооценкой здоровья «хорошее», по сравнению с самооценкой «удовлетворительное», как правило, чаще отмечают отсутствие усталости, реже – сильное утомление после рабочего дня.

В целом среди работающих студентов сильную усталость и то, что часто приходится нервничать на работе, отметили 8,6% юношей и 17% девушек (в подгруппе с плохой самооценкой здоровья – 21,1 и 26,3%). Сильную усталость и/или (объединенный показатель) то, что часто приходится нервничать на работе – соответственно 30,6 и 44,7%. Разумеется, утомление и нервное напряжение зависят от содержания, режима и организации труда. В то же время хорошее здоровье позволяет его обладателям без дополнительных затрат энергии преодолевать сложности, возникающие в трудовой деятельности, тогда как у студентов с худшей самооценкой своего здоровья решение задач того же уровня приводит к утомлению и раздражению. Вероятно, вторичная занятость отрицательно сказывается, прежде всего, на академической успеваемости студентов с плохим по самооценке здоровьем. Это планируется проверить в следующем исследовании.

В анкету был включен вопрос, выполняющий контрольную функцию по отношению к вопросу о нервных нагрузках на работе. Он задавался безотносительно работы и касался частоты переживания негативных эмоций в повседневной жизни. Это позволяло через сравнение по данному показателю работающих и неработающих студентов выяснить, вносит ли вторичная занятость дополнительные отрицательные переживания в жизнь вузовской молодежи. Распределения ответов работающих и неработающих студентов на этот вопрос почти совпали. В то же время оказалось, что значительно чаще негативные эмоции отмечали респонденты, которые сильно устают на работе (табл. 3).

Таблица 3

Распределение ответов студентов о частоте их переживания негативных эмоций в жизни в зависимости от занятости и утомляемости на работе (по полу, %)

Как часто Вы испытываете негативные эмоции (тревога, раздражение, гнев, уныние и др.)?	Работающие				Неработающие
	степень усталости на работе			всего среди работающих	
	очень устаю	устаю, но не очень	не устаю		
<i>Юноши</i>					
Ежедневно	16,9	5,4	2,6	7,6	8,0
Часто	40,8	15,7	13,2	20,1	23,2
Иногда	33,8	70,9	60,5	62,4	61,2
Никогда	8,5	8,0	23,7	9,9	7,6
<i>Девушки</i>					
Ежедневно	15,0	5,5	0,0	7,5	7,4
Часто	53,0	33,3	29,2	38,8	35,5
Иногда	32,0	59,5	66,7	52,4	54,6
Никогда	0,0	1,7	4,2	1,3	2,5

В сумме «ежедневно» и «часто» переживают отрицательные эмоции 31,2% неработающих юношей и 27,7% работающих, у девушек – соответственно 42,9 и 46,3%. Среди работающих этот показатель ниже у тех, кто, как правило, совсем не устает на работе или устает не очень. «Ежедневно» и «часто» нервничают 15,8% юношей, которые не знают усталости после рабочего дня, и 21,1% устających не сильно, среди девушек – 29,2 и 38,8% соответственно. Эти данные косвенно указывают на то, что посильная работа, вызывающая лишь небольшую усталость, и особенно работа, не приводящая к утомлению, не добавляет эмоционального напряжения в жизни учащихся высшей школы.

Больше всего студентов, каждодневно и часто испытывающих негативные эмоции, оказалась среди тех, кто сильно устает на работе, – 57,7% юношей и 68% девушек.

Ранее было показано, что утомляемость зависит от самооценки здоровья. Поэтому представлялось целесообразным рассмотреть взаимосвязь частоты переживания негативных эмоций и степени усталости после трудового дня среди респондентов с разным мнением о своем здоровье (табл. 4).

Таблица 4

Распределение ответов студентов о частоте их переживания негативных эмоций в жизни в зависимости от утомляемости на работе и самооценки здоровья (по полу, %)*

Как часто Вы испытываете негативные эмоции (<i>тревога, раздражение гнев, уныние и др.</i>)?	Юноши			Девушки		
	степень усталости на работе					
	очень устаю	устаю, но не очень	не устаю	очень устаю	устаю, но не очень	не устаю
<i>Самооценка здоровья «хорошее»</i>						
Ежедневно	24,0	4,4	0,0	8,7	1,7	0,0
Часто	24,0	10,9	16,1	39,1	24,1	29,4
Иногда	44,0	72,3	58,1	52,2	71,6	70,6
Никогда	8,0	12,4	25,8	0,0	2,6	0,0
<i>Самооценка здоровья «удовлетворительное»</i>						
Ежедневно	6,5	5,1	14,3	12,7	6,7	0,0
Часто	58,0	20,2	0,0	60,3	41,3	50,0
Иногда	32,3	70,7	71,4	27,0	51,0	50,0
Никогда	3,2	4,0	14,3	0,0	1,0	0,0

* Доля ответов о плохом здоровье небольшая, поэтому она не представлена в таблице.

Среди студентов с одинаковой самооценкой здоровья чаще отмечали негативные эмоции те (как юноши, так и девушки), кто больше устает к концу работы. У опрошенных с разной самооценкой здоровья и одинаковой оценкой степени усталости реже указывали на переживание негативных эмоций респонденты с хорошим, по самооценке, здоровьем (исключение составляют юноши, которые очень устают – среди этих молодых людей с «хорошим» здоровьем больше доля «ежедневно» переживающих негативные эмоции (24%), чем с «удовлетворительным» (6,5%); однако среди последних в 2,4 раза больше доля указавших, что они «часто» испытывают эти эмоции). В табл. 4 не приводятся

данные о студентах с плохим, по самооценке, здоровьем, но та же закономерность наблюдается и в этой подгруппе.

Работа, с которой сопряжены частые негативные переживания или хроническая усталость, создает значительный дискомфорт. Видимо, некоторые студенты не справляются с ней, особенно с худшей самооценкой здоровья. Именно они утомляются сильнее и испытывают много негативных эмоций.

Сравнение данных о частоте переживания студентами (работающими и неработающими) положительных эмоций показало, что доля испытывающих их «ежедневно» среди как юношей, так и девушек, которые не устают на работе, почти в 2 раза больше (в 1,9 раза у юношей и в 1,7 раза у девушек) по сравнению с теми, кто устает сильно; в полтора раза больше по сравнению с теми, кто устает немного, а также с теми, кто не работает, а только учится. Рассмотрение зависимости утомления и частоты переживания позитивных эмоций дифференцировано по категориям студентов с разной самооценкой здоровья («хорошее» или «удовлетворительное») также показало, что учащиеся с одинаковой его самооценкой, не устающие на работе, чаще отмечали каждодневное переживание позитивных чувств, чем те, кто немного устает на своем рабочем месте или не работает, и значительно чаще тех, кто сильно утомляется к концу рабочего дня (наибольшая доля ежедневно переживающих положительные эмоции приходится на учащихся, совсем не устающих на работе). Полученные данные косвенно указывают на то, что вторичная занятость, соответствующая возможностям и здоровью юношей и девушек, повышает их удовлетворенность жизнью.

Доли студентов, указавших на заботу о своем здоровье, среди работающих и неработающих, почти равны. Разница и у юношей, и у девушек менее 1,5%. Однако работающие учащиеся чаще отмечали отсутствие времени в качестве причины, по которой они не уделяют внимания своему здоровью. Среди работающих юношей это отметили 25,4%, среди тех, кто только учится, – 16,3% (меньше в 1,6 раза), среди девушек – соответственно 29,4 и 23,4% (меньше в 1,3 раза). Особенно велики различия по данному показателю между работающей и неработающей молодежью старших курсов. На 5–6-х курсах называют нехватку времени в качестве помехи для заботы о здоровье 32,6% работающих юношей и только 10,3% неработающих (разница в 3,2 раза), среди девушек – соответственно 35,9 и 19,4% (разница в 1,9 раза). Старшекурсники пишут дипломные работы, среди них больше состоящих в браке, поэтому подрабатывающие студенты последних курсов чаще ссылаются на нехватку времени для заботы о здоровье.

Вечерники и заочники. Обучающиеся на вечернем и заочном отделении в общей сложности составили 12,4% от числа опрошенных (заочники – 7,1 юноши и 8,3% девушки, вечерники – 3,1 и 5,5%). Среди вечерников на момент анкетирования работали 78,2% юношей и 61,5% девушек, среди заочников – соответственно 39,7 и 62,9%. В группе, объединяющей учащихся вечернего и заочного отделений, имели работу 51,4% юношей и 62,3% девушек.

Тенденции, характерные для очников, выявлены и в группе студентов вечерне-заочной формы обучения. Так, доля работающих заметно повышается от первых курсов к 3–4-м, у юношей – еще и к выпускным. На 1–2-х курсах работают 32,7% юношей и 37,5% девушек, на 3–4-х курсах – соответственно 55,8 и 69,9%, на 5–6-х курсах – 62,7 и 63,8%.

В общей сложности среди работающей молодежи вечерне-заочной группы отметили сильную усталость на работе и/или (объединенный показатель) то, что часто

приходится нервничать на работе, 30,1% юношей и 48,2% девушек. Работающие студенты чаще называли отсутствие времени в качестве причины, по которой они не заботятся о здоровье. Среди работающих юношей такой ответ выбрали 19%, среди тех, кто только учится, – 9,7% (в 2 раза меньше), среди девушек – соответственно 30,1 и 22,5% (в 1,3 раза меньше).

Подводя итоги анализа влияния работы на здоровье студентов, подчеркнем, что среди работающих учащихся вузов (и очников, и вечерне-заочной группы) 30% юношей и более 40% девушек сильно устают и/или часто нервничают на работе, т.е. испытывают ее отрицательное воздействие на здоровье. Причем утомление и негативные эмоции на работе более характерны, во-первых, для студенток, во-вторых, для учащихся с самооценкой здоровья «удовлетворительное» и «плохое», в-третьих, для респондентов, указавших, что не заботятся о здоровье (по сравнению с отметившими заботу о нем). Как и следовало ожидать, работающие студенты чаще, чем неработающие, называли отсутствие времени в качестве причины, по которой они не уделяют внимания здоровью. Указанные тенденции характерны как для студентов России, так и Белоруссии.

Понятие «качество рабочей силы» включает не только уровень профессионализма, но и состояние здоровья трудящихся. Хроническое утомление и нервные перегрузки на работе, совмещаемой с учебой, грозят студентам перенапряжением сил. Вместе с тем те из них, кто не устает на своем рабочем месте, чаще переживают положительные эмоции по сравнению даже с неработающими, не говоря уже о тех, кто работает и сильно устает к концу трудового дня. Удачный выбор места работы, позволяющего учиться и адекватного индивидуальным возможностям, прибавляет студентам уверенности и повышает их адаптационный потенциал.

Проведенный опрос еще раз подтвердил выводы других исследователей вторичной занятости учащихся высшей школы о том, что необходимо развивать службы трудоустройства студентов, используя «систему частичной занятости, виды занятости с неполным рабочим днем, вводить и распространять принцип минимального обязательного размера почасовой оплаты труда» [2, с. 66]. Очевидно, что при устройстве на работу студентам важен заработок. Желательно при создании базы вакансий, во-первых, оценивать интенсивность и условия труда на рабочих местах, ориентируя студентов, на посильную работу с учетом самооценки здоровья, во-вторых, принимать во внимание то, что студентки чаще жалуются на усталость и нервное напряжение. Такого рода помощь желающим трудиться учащимся вуза позволит снизить риски для их здоровья и качества высшего профессионального образования, сопряженные с вторичной занятостью.

3.2. Питание: отношение к качеству пищевых продуктов и избирательность их потребления

Правильное питание обеспечивает профилактику заболеваний и является важнейшим условием общественного и индивидуального здоровья. Рациональное питание включает сбалансированный рацион, покрывающий энергетические затраты и удовлетворяющий физиологические потребности организма в белках, жирах, углеводах, макро- и микроэлементах, витаминах и других полезных веществах. Оно предполагает регулярность и правильный режим приема пищи, безопасность и хорошее качество употребляемых продовольственных продуктов.

Среди поведенческих факторов риска для здоровья питание стоит на 4-м месте после курения, алкоголизации и дистресса (стресса патологического типа) [5, с. 46]. Нарушения питания во многом определяют возникновение заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, опорно-двигательного аппарата, а также онкологических заболеваний. В списке болезней обмена веществ, провоцируемых неправильным питанием, следует особо выделить ожирение и диабет второго типа, темпы распространения которых в последнее время приобретают форму неинфекционных эпидемий.

Необходимыми условиями здорового питания выступают: законодательная база, гарантирующая предложение потребителю качественных продовольственных продуктов; научно обоснованный контроль за состоянием окружающей среды, за безопасностью новых и за соблюдением проверенных технологий производства и хранения продовольствия и его различных ингредиентов; материальные возможности населения для приобретения продуктов питания, удовлетворяющих потребность в пище в соответствии с физиологическими нормами; культурные традиции рационального питания; просвещение в области его оптимизации.

СМИ в России периодически сообщают о возбуждении уголовных дел, связанных с массовыми отравлениями продовольствием. Качество продуктов – это их составляющие, оказывающие полезное или вредное воздействие на здоровье. Сегодня в РФ наметилась тенденция сокращения госконтроля за продуктами питания. Учитывая роль питания для здоровья, важна заинтересованность потребителей и общественности в информации о качестве пищевых продуктов и грамотное использование этих сведений, а также готовность защищать свои права на безопасные и качественные продовольственные товары. Отстоять эти права непросто – нередко нужна дорогостоящая экспертиза составляющих продуктов, оказывающих воздействие на здоровье.

На форуме «Основы государственной политики в области здорового питания граждан Российской Федерации на период до 2020 года»², состоявшемся 11 июня 2008 года, подчеркивалось, что в нашей стране создана нормативно-правовая и методическая база контроля качества и безопасности пищевых продуктов, которая в целом гармонизирована с международным законодательством. В то же время отмечалось, что на фоне положительных тенденций в питании населения смертность от хронических болезней, связанных с питанием, в России значительно выше, чем в большинстве европейских стран. Форум определил направления совершенствования законодательства в области качества и безопасности пищевых продуктов (принятие технических регламентов), регулирования инвестиций в производство продовольственного сырья, пищевых продуктов и пищевых ингредиентов [6].

Развитию нормативно-правовой базы в сфере здорового питания должна служить утвержденная в 2010 года президентом РФ «Доктрина продовольственной безопасности Российской Федерации». В этом документе сформулированы основные задачи обеспечения продовольственной безопасности, включая экономическую доступность для

² Организован Советом Федерации Федерального Собрания Российской Федерации совместно с Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), Российской академией медицинских наук, Государственным научно-исследовательским институтом питания РАМН, Национальным комитетом по просветительству в сфере здоровья нации, Национальным центром санитарного просвещения населения «Санпросвет».

каждого гражданина безопасного продовольствия в объемах и ассортименте, соответствующих установленным рациональным нормам потребления пищевых продуктов, необходимых для здорового образа жизни [7, с. 2]. Последняя проблема весьма злободневна для современной России. Анализ баланса потребления продуктов питания (в среднем килограммов в год на одного человека) в России с 1990-го по 2005 год показал уменьшение на протяжении последнего десятилетия XX века в рационе населения таких богатых белком и жирами продуктов, как мясо, рыба, молочные продукты, и рост доли углеводосодержащих (хлеб и картофель). В 2005 году показатели потребления мяса и молочных продуктов на человека были существенно ниже, чем в первой половине 90-х (достоверные данные по потреблению рыбы в 2005 году отсутствовали). До 1997 года сокращалось потребление овощей и фруктов. Изменения в потреблении пищевых продуктов в РФ объясняются снижением покупательной способности населения в части доходов, направляемой на приобретение видов продуктов, обеспечивающих физиологические нормы питания [5, с. 47]. Нужно иметь в виду, что возникающие в результате социально-экономических катаклизмов трансформации питания могут в силу инерции закрепляться в привычках и традициях.

Популяционное исследование «Качество жизни и питания населения России», проводимое с 2004 года на базе Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ), позволило установить отклонения в структуре и количестве употребляемых продуктов от рекомендаций здорового питания. Оказалось, что первое место по объему ежедневного потребления принадлежит хлебным изделиям, крупам и картофелю. Но и этих продуктов в среднем употребляется недостаточно. Второе место по частоте употребления занимают жировые продукты (сливочное и растительные масла, маргарин, сало и проч.), сахар и кондитерские изделия, тогда как их потребление, за исключением растительного масла, должно сводиться к минимуму. Было также установлено, что среднесуточное потребление россиянами фруктов и овощей, молочных продуктов меньше рекомендуемых норм здорового питания, а максимально приближено к норме потребление мяса, яиц, рыбы [8]. Результаты этого исследования очень важны для повышения культуры питания населения. Например, известно, что избыточное употребление жиров, прежде всего животного происхождения, повышает риск развития атеросклероза.

По данным мониторинга питания россиян, в последние годы наметились позитивные тенденции – увеличилось употребление овощей и фруктов, молочных продуктов и мяса. Однако многоуровневая диагностика нарушений пищевого статуса населения России выявила дисбаланс между энергетической ценностью рациона и затратами энергии [9, с. 6]. Последствия этого – избыточная масса тела. Данное отклонение обнаружено у более чем 50% взрослого населения, 22% страдают ожирением, причем эта цифра значительно выросла за последнее десятилетие. Изучение проблемы соотношения массы тела и качества жизни позволило установить, что более высокие показатели последнего имеют люди с нормальным и пониженным индексом массы тела [8].

Определена зависимость пищевого статуса от материального достатка. Проблема потребления пищевых продуктов в соответствии с рекомендуемыми нормами приобретает особую остроту для малообеспеченных слоев населения. Недостаточная масса тела выявлена у 7–10% детей из семей с наиболее низкими доходами [9, с. 6]. «В целом в

каждой 2–3-й семье с доходами ниже прожиточного минимума (как правило, это многодетные или неполные семьи) имеется как минимум 1 человек с проявлениями белково-калорийной недостаточности» [9, с. 7]. Это свидетельствует о недоступности для бедных слоев населения дешевых и здоровых продовольственных продуктов.

В числе основных нарушений питания населения РФ отмечается недостаточное потребление большинства витаминов, дефицит минеральных веществ, ряда микроэлементов и пищевых волокон. В субъектах Федерации утверждены 82 региональные программы, предусматривающие организацию производства продуктов питания массового потребления, обогащенных йодом, железом, другими жизненно важными элементами. Особое внимание уделяется здоровому питанию детей и подростков [10]. К сожалению, этого нельзя сказать о питании учащихся высших учебных заведений. Правда, в последнее время в Москве предпринимаются шаги, направленные на улучшение питания в вузах студентов, имеющих проблемы со здоровьем. Правительство Москвы 4 сентября 2009 года издало распоряжение «Об организации здорового питания студентов». Поставлена задача организации диетического (лечебного) питания учащихся московских вузов. Группы нуждающихся по состоянию здоровья в таком питании должны ежегодно выделяться по результатам диспансеризации в высших учебных заведениях города [11]. Лечебное питание по показаниям поможет поддержать здоровье данной категории студентов. Это очень важно, но сегодня актуальна и проблема организации массового качественного, доступного питания для всех учащихся высшей школы.

Неправильное питание вузовской молодежи следует рассматривать как серьезную социальную проблему. Исследования, проведенные в 90-х годах, выявили нарушения питания студентов (нерегулярность – 36%, прием пищи всухомятку – 31%). Следствием становится снижение массы тела (41%), реже – ее избыточность (9%). Опросы учащихся также обнаружили существенное ухудшение питания в студенческих столовых в этот период – резкое подорожание при относительно низком качестве кулинарной обработки. Студенческий общепит стал недоступным для 1/2–2/3 студентов [3, с. 37]. Причинами констатируемых нарушений режима и баланса питания студентов является напряженный учебный график, ограниченность денежных средств, недостаточное внимание к здоровью, которое, как правило, в этом возрасте еще не дает серьезных сбоев. По мнению специалистов, высокие цены «в студенческих столовых и низкое качество питания, экономия на питании, неизбежная при невысоких доходах, подрывают здоровье студенческой молодежи» [12, с. 20]. Не удивительно, что в структуре заболеваемости и хронических болезней студентов болезни органов пищеварения имеют высокий рейтинг [12, с. 45; 13, с. 26–27].

Вопрос организации доступного здорового питания студентов далек от решения. Позитивным моментом стало его обсуждение в структурах, способных изменить положение. В 2009 года в Государственной думе состоялось расширенное заседание Координационного совета по питанию московских студентов и был проведен круглый стол на тему «Организация питания студентов в условиях реализации антикризисной программы Правительства РФ» [14; 15]. Выступавшие эксперты, так же как и исследователи конца 90-х, выделили проблему качества питания студентов и высокие цены в студенческом общепите. Из этого следует, что за истекшие 10 лет в данном вопросе мало что изменилось. Критике подверглась вся система организации питания студентов – от законодательных основ до кадрового обеспечения. За годы перестройки

большинство высших учебных заведений утратило собственные комбинаты питания, включенные в структуру учебного заведения. Отсутствуют законодательно закрепленные финансовые механизмы, стимулирующие товаропроизводителей к снижению себестоимости. Работу осложняет то, что организатор питания и поставщик продовольственных товаров определяются только на конкурсной основе – «во время конкурса и аукциона главными становятся экономические показатели (цена, стоимость транспортных услуг), а истинные, главные показатели (качество, безопасность, которые, в общем-то, могут обеспечить профессионалы) остаются второстепенными и виртуальными» [15]. Отмечалось также, что учебный процесс должен предусматривать время на питание. Сейчас в перерыве между занятиями выстраиваются большие очереди в столовую, не все успевают поесть. Обсуждалась и недостаточная культура питания самих учащихся вузов: полноценному обеду в столовых они предпочитают бутерброды. Среди студентов растет популярность продуктов питания быстрого приготовления, содержащих ароматизаторы и модифицированные компоненты (картофель фри, горячие бутерброды, сэндвичи, чипсы, а также газированные, сладкие и энергетические напитки) [15].

В исследовании «Здоровье студентов» анализировались такие малоизученные аспекты отношения студентов к питанию, как установки на: 1) ограничение количества употребляемой пищи; 2) ограничение или полное исключение некоторых продуктов; 3) соблюдение универсальной для любого возраста рекомендации врачей не переедать на ночь; 4) отказ от ограничений в питании; 5) внимание к качеству продуктов; 6) ознакомление с информацией на упаковках продуктов (сроки годности, энергетическая ценность, небезопасные добавки – консерванты, красители); 7) использование в домашних условиях водоочистительного фильтра; 8) поиск информации о правильном питании.

Вопрос об отказе от каких-либо ограничений в еде был нацелен на выявление потенциального риска отклонений в здоровье, который повышается с возрастом при таком подходе к питанию (табл. 5). Включение вопроса о небезопасных добавках, содержащихся в продуктах питания, обусловлено широким использованием современной пищевой индустрией красителей, консервантов, антиоксидантов, стабилизаторов, эмульгаторов, усилителей вкуса и аромата и других веществ. Есть сведения о допустимой суточной дозе природных и синтетических консервантов [16]. Какие-то из этих веществ являются канцерогенами, какие-то вызывают аллергию, какие-то могут создать проблемы со здоровьем при длительном употреблении, поэтому и был использован термин «небезопасные». Проявление внимания при приобретении продуктов к содержащимся в них консервантам, красителям и прочему рассматривалось в исследовании как часть общей культуры самосохранительного поведения. Здесь следует учитывать и то, что информация об этих веществах доступна [16; 17; 18].

Формулировка вопроса, связанного с ограничениями в питании, не содержала ни ограничений в выборе числа ответов, ни указаний на возможность отметить любое их число. Последнее вытекало из самого вопроса. Сумма ответов превышает 100% у юношей на 18,5%, у девушек – на 42,5%.

Таблица 5

Ограничения в питании, к которым прибегают студенты (по полу, %)

Прибегаете ли Вы к следующим ограничениям в питании?	Юноши	Девушки
Ограничиваю себя в количестве еды	8,2	14,5
Избегаю сладкого	5,6	8,3
Избегаю мучного	3,5	8,6
Стараюсь не есть поздно вечером	12,2	31,7
Избегаю острой пищи	6,5	9,2
Ни в чем себя не ограничиваю	45,9	26,1
Избегаю употребления некачественных продуктов	33,8	42,3
Что еще?	2,8	1,8

На 1-м месте у юношей ответ «ни в чем себя не ограничиваю», у девушек – исключение из употребления некачественных продуктов. Последний вариант ответа выбрали свыше 40% девушек и треть юношей, что является показателем недостаточного внимания к качеству продовольственных товаров у большинства опрошенных. Не придерживаются никаких ограничений в питании почти половина юношей и немногим более четверти девушек. Из приведенных данных можно сделать вывод об отсутствии у большинства респондентов какой-то сознательно выработанной линии поведения в отношении рациона питания.

В рейтинге ограничений, связанных с питанием, на которые указали студенты, 2-е место и у девушек, и у юношей принадлежит ответу «стараюсь не есть поздно вечером». Доля девушек, выбравших данный ответ, почти в три раза больше, чем юношей. Акцент в формулировке сделан именно на стремлении придерживаться совета медиков, которые рекомендуют избегать обильной трапезы на ночь. Следование этому элементарному правилу является показателем внимания к режиму правильного питания.

Девушки в 1,8 раза чаще, чем юноши, выбирали ответ об ограничении себя в количестве еды. Контроль объема употребляемой пищи, как правило, продиктован стремлением следить за своим весом.

Лишь небольшая часть опрошенных отметила избегание острого, сладкого, мучного, жирного (учитывались и ответы в графе «Что еще?»). Установлено, что россияне в среднем больше употребляют жиров животного происхождения, чем рекомендуется нормами здорового питания [9, с. 6; 10]. Если это входит в привычку, то в дальнейшем сложно изменить закрепившиеся предпочтения. В молодые годы перемены даются с меньшим трудом. Просматривается некоторое влияние возраста студентов на отношение к питанию. Так, в старшей возрастной группе по сравнению с младшей меньше доля ответов «ни в чем себя не ограничиваю»: среди юношей возрастной группы 18–20 лет – 45,6%, 23–25 лет – 36%, среди девушек – соответственно 27 и 19,5%.

Сравнение ответов студентов вузов России и Белоруссии на вопрос об ограничениях в питании не выявило существенных различий: наибольшая разница ответов у юношей двух союзных государств касалась избегания сладкого (этот ответ чаще выбирали юноши из РФ; разница составила 5,3%), у девушек – ответа «ни в чем себя не ограничиваю» (его чаще выбирали студентки из РФ; доля девушек, отметивших его в Белоруссии, на 6% меньше, чем в России).

Самооценка здоровья является важным фактором, влияющим на поведение в сфере питания. Юноши с плохим, по их мнению, здоровьем несколько реже отмечали, что ни в чем себя не ограничивают. Девушки, оценившие свое здоровье как плохое, чаще придерживаются диет. Среди них по сравнению со считающими свое здоровье хорошим или удовлетворительным в три раза больше доля избегающих сладкого, в два раза – мучного, в полтора – острого. В то же время эта категория девушек реже отмечала, что старается не употреблять некачественные продукты. Скорее всего, студентки, оценившие свое здоровье как плохое, делятся на две категории. Очень внимательные к нему и пренебрегающие здоровьем. Поведение последних может усугублять их плохое самочувствие и даже быть его причиной. Как девушки, так и юноши с плохой самооценкой здоровья реже отмечали, что занимаются им, чем те, кто считает его хорошим или удовлетворительным.

Установка на поддержание здоровья также влияет на отношение к питанию. Студенты, указавшие, что они заботятся о своем здоровье, реже выбирали ответ «ни в чем себя не ограничиваю» по сравнению с теми, кто им не занимается. Не придерживаются ограничений в еде 43,6% юношей, уделяющих внимание здоровью, и 54,6% тех, кто не считает нужным это делать. Среди девушек – соответственно 22,8 и 43,8%. Избегают употребления некачественных продуктов 36,1% юношей, заботящихся о своем здоровье, и 24,7% не заботящихся. Среди девушек соответствующие цифры – 45,2 и 25,9%. Кроме того, доля уклоняющихся от поздней трапезы среди юношей, занимающихся здоровьем, больше в два раза по сравнению с теми, кто о нем не печется, среди девушек – в полтора раза.

Эти данные интересны тем, что показывают, как именно реализуется установка студентов на заботу о здоровье в отношении питания. В то же время следует подчеркнуть, что среди уделяющих внимание своему здоровью более половины индифферентны к качеству употребляемых продуктов. Это свидетельствует о непонимании важности данного аспекта заботы о здоровье, незнании, как применить его на практике, или о формальном ответе о внимании к нему.

Около двух третей девушек и более трети юношей отметили, что пытались получить информацию о правильном питании. Эта категория опрошенных несколько реже, чем те, кого не интересует данная тематика, отмечали, что не следуют никаким ограничениям в еде. В целом по массиву их не придерживаются 34,9% студентов, тогда как среди тех, кого интересуют вопросы правильного питания, – 23%, среди тех, кто не пытался найти сведения по проблемам здорового образа жизни и его различных аспектов, – 57,2%. Среди искавших информацию о правильном питании указали, что стараются не есть поздно вечером, 18,4% юношей и 37,6% девушек (в целом по массиву 12,2 и 31,7%). Другими словами, данный показатель (внимание к режиму питания) слабо дифференцирует интересующихся и не интересующихся тем, как правильно питаться.

Прослеживается связь познавательной активности студентов в вопросах ЗОЖ и здорового питания с соблюдением некоторых его принципов. Значительно реже отмечали попытки найти информацию по этой тематике респонденты, не признающие никаких ограничений в питании, по сравнению с теми, кто сознательно поставил себя в этом вопросе в какие-то рамки (Приложение, табл. 3).

В исследовании была сделана попытка оценить влияние вузовского образования в сфере здоровья на поведение в отношении питания. Задавался вопрос о наличии в

образовательном учреждении предмета по здоровью, однако не выяснялось, прослушал ли респондент данный курс. Сравнивались ответы пятикурсников, указавших, что такой предмет есть в их вузе, с ответами тех, кто написал, что его нет. Предполагалось, что среди отметивших наличие этого предмета находятся и те, кто его посещал, и у них в среднем выше показатели культуры питания. Однако сравнение в основном оказалось не в пользу отметивших наличие в их вузе предмета по здоровью.

Как следует из табл. 5, только треть юношей и более 40% девушек указали, что избегают употребления некачественных продуктов. Выше уже говорилось, что обострение проблемы влияния продовольствия на здоровье обусловлено появлением новых интенсивных технологий его производства, хранения и приготовления. В пищевые продукты стали добавлять химические агенты (консерванты, загустители, красители и др.). Кроме того, в результате глобального, регионального и локального загрязнений в них попадают радионуклиды, тяжелые металлы, нитросоединения, пестициды, антибиотики и многое другое [19]. Пластиковая тара позволяет экономить на перевозке (она легче стеклянной или металлической), но также может загрязнять содержащиеся в ней пищевые продукты. Генно-модифицированные организмы (ГМО) создавались для решения именно продовольственной проблемы.

Покупатель, как правило, не знает, где производилось исходное сырье и как хранились приобретаемые продукты питания. Далеко не все из них сопровождается информация об изготовителях, хотя это важно, так как у некоторых из них есть репутация (известность на рынке, материалы в СМИ о контрольных закупках и т.д.). Потребитель не осведомлен и о контроле качества приобретаемых продовольственных товаров. Но сведения о некоторых их характеристиках, влияющих на здоровье, доступны населению. Например, на упаковках многих пищевых продуктов сообщается о сроках их годности и о пищевых добавках (консерванты, красители и проч.). Данные об использовании этой информации студентами приводятся в табл. 6.

Таблица 6

Периодичность ознакомления студентов с информацией, размещенной на упаковках продуктов питания (по полу, %)

Обращаете ли Вы внимание при покупке продуктов на указанные на упаковке:	Сроки годности	Небезопасные добавки (консерванты, красители)	Энергетическую ценность
<i>Юноши</i>			
Часто	60,6	20,9	20,7
Редко	30,5	39,2	28,4
Никогда	7,9	35,7	46,6
Я ничего про это не знаю	0,9	4,2	4,2
<i>Девушки</i>			
Часто	78,6	28,1	29,0
Редко	17,8	44,7	34,6
Никогда	3,3	24,4	34,1
Я ничего про это не знаю	0,3	2,8	2,2

Иногда само понимание качества продуктов сводится к их свежести. Большинство респондентов часто обращают внимание на сроки годности

продовольственных товаров. Однако почти 40% юношей и более 20% девушек делают это редко или никогда не читают такую информацию, хотя употребление просроченных продуктов может обернуться пищевым отравлением. У юношей его риск выше.

Доля ответов «часто» на вопросы об ознакомлении с информацией о калорийности продуктов и о небезопасных добавках почти одинаковая. Внимания к этим сведениям существенно меньше, чем к срокам годности. Проблема энергетической ценности продовольствия не актуальна для молодежи с хорошим здоровьем и с весом в пределах нормы. Употребление продуктов, содержащих небезопасные пищевые добавки, лишь у небольшой части населения оборачивается мгновенными нежелательными последствиями для здоровья (желудочно-кишечными расстройствами, кожными реакциями и т.д.). Негативное влияние на организм может проявиться при их постоянном продолжительном употреблении. Лишь каждый пятый юноша и каждая четвертая девушка часто обращает внимание на сведения о консервантах и красителях. Предполагалось, что население, включая студентов, плохо информировано об их воздействии на здоровье. Поэтому несколько неожиданной стала малая доля ответов «я ничего про это не знаю». Скорее всего, респондентам известно только о существовании небезопасных пищевых добавок. И хотя они не осведомлены о последствиях употребления конкретных веществ, тем не менее, считают, что располагают нужными знаниями. Есть еще один фактор, снижающий интерес к небезопасным добавкам. В молодежной среде принято употребление продуктов (кондитерские изделия, воды и др.), содержащих различные пищевые добавки. Компетентность в вопросах последствий для организма употребления различных ингредиентов на фоне высокой ценности здоровья могла бы повлиять на поведение, а следовательно, на спрос. Но это уже область взаимодействия интересов потребителя и производителя.

Наблюдается влияние возраста респондентов на внимание к небезопасным добавкам, содержащимся в пищевых продуктах. В возрастной группе 23–25 лет по сравнению с группой 18–20 лет больше доля часто знакомящихся с такой информацией: у юношей 18–20 лет – 18,6%, 23–25 лет – 27,6%, у девушек – 26,5 и 40,2% соответственно.

Среди опрошенных, которые никогда не предпринимали попыток найти сведения по вопросам, касающимся ЗОЖ, меньше доля тех, кто при покупке продуктов часто читает информацию на их упаковках о консервантах, красителях и энергетической ценности.

Респонденты, указавшие, что они заботятся о своем здоровье, значительно чаще отмечали, что при приобретении продуктов, они часто обращают внимания на сроки их годности и содержащиеся небезопасные пищевые добавки (Приложение, табл. 4). Среди студенток из Белоруссии больше доля часто обращающих внимание на различные сведения о продовольственных товарах, чем среди девушек из России.

Еще одна важная составляющая культуры здоровья – использование питьевой воды полезного состава, без вредных примесей. Специалисты в области водоснабжения считают, что в России большой износ водопроводных сетей. После централизованной очистки воды в процессе водоподготовки и транспортировки происходит ухудшение ее качества. Подчеркивается, что «в настоящий момент и на ближайшую перспективу многие водоканалы регионов страны не способны гарантировать, что у конечного потребителя из крана будет поступать вода, качество которой в 100% случаев будет соответствовать всем требованиям санитарных норм и, кроме того, субъективным ощущениям самих

пользователей. Частичное решение этой проблемы заключается в этом случае в использовании индивидуальных (бытовых) систем доочистки воды» [20, с. 9].

Водоочистительные фильтры улучшают качество водопроводной воды. Покупателю предлагается широкий их ассортимент по различной цене. Регулярность использования фильтров студентами для доочистки воды в домашних условиях отражена в табл. 7.

Таблица 7

Использование водоочистительного фильтра студентами (по полу, %)

Пользуетесь ли Вы дома водоочистительным фильтром?	Юноши	Девушки
Всегда	36,3	36,1
Часто	10,1	11,6
Иногда	20,0	21,0
Никогда	33,6	31,3

Всегда дома пользуются водоочистительными фильтрами только треть студентов. Примерно столько же никогда их не применяет (скорее всего, в их семье такого фильтра нет). Еще треть респондентов, видимо, имеют дома водоочистительные фильтры, но не всегда их эксплуатируют.

В уже цитированном исследовании состояния питания и качества жизни россиян было установлено, что люди, использующие водоочистительные фильтры, имеют более высокие параметры качества жизни. Предположительно, это объясняется тем, что они проявляют бóльшую активность в заботе о здоровье и защите от неблагоприятных воздействий [8]. Исследование «Здоровье студентов» показало, что чаще «всегда» пользуются водоочистительными фильтрами и юноши, и девушки, внимательные к своему здоровью, по сравнению с теми, кто не считает нужным заниматься им. Среди юношей – 38,2% против 29,5%, среди девушек, – 37,2% против 29,7%.

По регулярности употребления студентами водоочистительного фильтра в домашних условиях города, где проводилось исследование, можно разделить на три группы. В первой – Москва и Хабаровск, здесь респонденты особенно часто отмечали, что «всегда» применяют их дома. В столице – 61% юношей и 65,4% девушек, в Хабаровске – соответственно 54,7 и 51,8%. В Москве уже сложилась культура использования бытовых фильтров для доочистки воды, кроме того, это город с высоким уровнем доходов и потребления. В Хабаровске большая доля применяющих бытовые фильтры для воды во многом объясняется экологической ситуацией на реке Амур. Для нее характерен естественно повышенный «фенольный фон», наличие в водах токсичных веществ как следствие техногенного воздействия на окружающую среду [21, с. 29].

Во второй группе – Ульяновск и Нижний Новгород – крупные города, расположенные на берегах Волги, куда в огромных количествах долгие годы сливались промышленные отходы. В Ульяновске всегда пользуются дома водоочистительным фильтром 45,5% юношей и 49,5% девушек, в Нижнем Новгороде – соответственно 41,5 и 44,7%. В остальных регионах (3-я группа) доля ответов «всегда» существенно меньше.

Студенты-россияне несколько чаще отмечали, что очищают воду с помощью бытового водоочистительного фильтра, по сравнению со студентами из Белоруссии. «Всегда» в домашних условиях используют его 39,9% юношей из России и 23,7% – из Белоруссии, среди девушек – соответственно 38,3 и 28,4%. Сравнение ответов учащихся

столиц и провинциальных городов России и Белоруссии Брянска и Гродно³ также показало, что и в центре, и на периферии россияне чаще применяют бытовые фильтры для доочистки воды. Возможно, это связано с ее качеством или с особенностями рекламы водоочистительных фильтров в союзных государствах.

Завершая рассмотрение питания как важной составляющей образа жизни студентов, отметим низкую культуру их самосохранительного поведения в данной сфере, а именно:

– недостаточное внимание к качеству продовольственных товаров (отметили, что избегают употребления некачественных продуктов питания, только треть юношей и чуть более 40% девушек; около 40% юношей и более 20% девушек при приобретении продуктов редко обращают внимание на сроки их годности или никогда этого не делают; три четверти и юношей, и девушек редко проявляют интерес к информации о содержащихся в пищевых продуктах консервантах, красителях или совсем игнорируют ее). И хотя в старшей возрастной группе сокращается доля студентов, которые, говоря о еде, выбирают ответ «ни в чем себя не ограничиваю», она остается внушительной. Сравнение ответов студентов вузов России и Белоруссии на вопрос об ограничениях в питании не выявило существенных различий. В Белоруссии действует система ГОСТов на производимую продукцию. Вероятно, доверие к ней служит одним из объяснений недостаточного внимания к качеству продуктов студентов белорусских вузов;

– невнимание к доочистке воды в бытовых условиях с помощью водоочистительных фильтров («всегда» ими пользуется дома только треть студентов).

При сохранении такого отношения к питанию можно ожидать появления с возрастом у современных студентов заболеваний, связанных с неправильным питанием. Полученные данные говорят о том, что молодежь в массе своей не готова активно отстаивать права потребителя на безопасное продовольствие – инициировать проверку различных его ингредиентов с целью выяснения возможных негативных последствий для здоровья, добиваться информирования о них покупателя.

Здоровое питание позволяет снизить заболеваемость и увеличить продолжительность жизни. Больше внимания к нему проявили студенты, ориентированные на заботу о здоровье. Поэтому для формирования культуры питания необходимо повышение ценности здоровья в системе ценностных ориентаций молодежи, нужно знакомить молодых людей и все население с основами рационального питания и с правилами выбора качественных продуктов. При этом важно учитывать возрастные особенности целевой группы и обеспечить организацию здорового питания в образовательных учреждениях.

3.3. Употребление студентами психоактивных веществ

Важный предмет настоящего исследования – реальные формы негативного поведения студенческой молодежи. К таким формам традиционно относят чрезмерное употребление алкоголя, табакокурение и наркоманию. Высокая распространенность этих разрушающих личность форм поведения в молодежной среде за последние 10–15 лет стала одной из основных причин ухудшения юношеского здоровья.

³ Брянск и Гродно – близки по территориальному расположению и по численности населения.

Алкоголь. Не может не вызывать беспокойство то, что распитие спиртных напитков становится все более популярным времяпрепровождением в студенческом кругу. Увлечение алкоголем статистически сочетается с отсутствием интереса к учебе и беспечным отношением к собственному здоровью. Исследователи здоровья студентов В.А. Медик и А.М. Осипов утверждают, что алкоголь укоренился в вузовской системе на протяжении десятилетий в виде традиции. Именно погруженность части студентов в алкогольную традицию ведет к искаженному восприятию ими общественного мнения по проблемам алкоголя. Чем чаще студенты употребляют алкоголь, тем больше склонны они преувеличивать оправдывающее отношение к этому [22, с. 145].

Наше исследование «Здоровье студентов» показало, что именно употребление алкоголя является самой распространенной вредной привычкой среди опрошенных. Алкоголь с разной частотой употребляют 40,1% учащихся вузов. Среди них примерно треть признались, что алкогольные напитки выпивают часто. Не пьют вообще 39% респондентов. Наибольшей популярностью среди студентов, употребляющих алкоголь, пользуется пиво. Его студенты пьют в несколько раз чаще, чем другие напитки, содержащие алкоголь. Так, соотношение употребления пива с употреблением сухих вин и шампанского у студентов примерно 6:1, а у студенток примерно 2:1. По крепким напиткам это соотношение составляет 1:2 у юношей и 1:8 у девушек в пользу пива. На 2-м месте по частоте употребления у юношей находятся крепкие спиртные напитки, а у девушек – сухие вина и шампанское.

Таблица 8

Частота употребления студентами спиртных напитков (по полу, %)

Название напитка	Употребляют часто		Употребляют редко		Не пьют вообще	
	юноши	девушки	юноши	девушки	юноши	девушки
Сухие вина, шампанское	5,4	8,5	60,6	29,3	29,3	22,5
Крепкие напитки	8,1	2	46,3	26	40,5	68,1
Пиво	32,6	16	38,9	40,7	25,8	40,7

Что касается региональных особенностей в предпочтениях алкогольных напитков, то наиболее активные российские студенты живут в Уфе (46,7% юношей и 25% девушек), Нижнем Новгороде (40,8% юношей и 23,9% девушек) и Москве (34,8% юношей и 15,8% девушек). Первенство по крепким напиткам держат Москва (13,7% юношей и 2,2% девушек), Брянск (11,2% юношей и 1,2% девушек) и Нижний Новгород (6,4% юношей и 0,9% девушек). Ценители шампанского и сухих вин чаще встречаются среди студентов Москвы и Брянска. Таким образом, московских и брянских студентов можно считать лидерами по употреблению более крепких алкогольных напитков, а в отношении пива – уфимцев.

Следует отметить, что в общей картине употребления алкоголя от других регионов резко отличается традиционно мусульманский Грозный. Так, в том, что изредка могут выпить крепкие напитки признались только 1% грозненских студентов и 0,4% грозненских студенток. Изредка пиво себе позволяют 1,9% юношей. Очевидно, что основная причина этого кроется в исламской культуре, не приемлющей употребление

алкоголя. Религиозные и культурные традиции в данном случае оказывают неопределимо положительное влияние на быт и досуг гродненской студенческой молодежи, в том числе и на ее алкогольное поведение.

Напомним, что в исследовании здоровья студентов помимо российских регионов принимала участие и Белоруссия. Она представлена двумя городами – Минском и Гродно. Согласно полученным данным среди белорусских студентов употребление алкоголя распространено не меньше, чем среди российских. Так, крепкие спиртные напитки в Гродно часто употребляют 7,8% юношей и 0,5% девушек от общего числа студентов, ответивших, что они пьют спиртные напитки. В Минске таких респондентов оказалось больше – 9,8% юношей и 3,8% девушек. По количеству студентов, употребляющих пиво почти ежедневно, Минск превзошел российскую столицу почти на 6% по мужской страте. А в Гродно эта категория студентов составила 50% от общего числа выпивающих респондентов, что на 4% больше, чем у лидера российских любителей пива – Уфы.

Анализ возрастных различий в частоте и приоритетах употребления алкогольной продукции позволил выявить четкую закономерность, которая заключается в том, что с увеличением возраста среди юношей растет число часто употребляющих алкоголь. Так, вино и шампанское в возрасте 18–20 лет у студентов мужского пола часто пьют 5,4%. В возрастной категории 23–25 лет таких любителей уже 8,5%, а к 26–30 годам их удельный вес увеличивается до 18,8% от общего количества поклонников сухого вина и шампанского. Частое употребление крепких напитков у мужчин также имеет тенденцию к увеличению от 7,4% в возрастной группе 18–20 лет до 20% в возрасте 26–30 лет. Но особенно эта закономерность верна в отношении любителей пива. В 18–20 лет удельный вес студентов, пьющих пиво практически ежедневно, составляет 29,8% от общей совокупности респондентов, употребляющих алкогольные напитки в этом возрасте, к 21–22 годам их число достигает 38,1%, в возрасте 23–25 лет – 37%, а в возрастном интервале 26–30 лет – уже 50%. В упомянутом выше исследовании образа жизни и здоровья студенчества В.А. Медика и А.М. Осипова отмечена аналогичная тенденция, касающаяся роста положительного отношения к алкоголю от первого курса к пятому [22, с. 142]. Исследователи также отмечают, что у регулярно употребляющих алкоголь студентов существенно ниже учебная успеваемость, среди них почти вдвое больше тех, кто утратил интерес к учебе и для кого учебный процесс сводится в основном к экзаменационной сессии [22, с. 144].

Данные социологических исследований, проведенных в последние 10–15 лет, свидетельствуют, что, несмотря на устрашающие цифры алкоголизма в студенческой среде, опрошенные молодые люди зачастую хорошо информированы о влиянии на организм человека больших доз алкоголя, но не придают этому должного значения и не всегда согласны с этим. Многие студенты в изучаемых вузах нередко дают отрицательный ответ на вопросы о возможности возникновения заболеваний центральной нервной системы, снижения интеллектуального уровня и ухудшения памяти под воздействием больших доз алкоголя [3, с. 14].

В зависимости от дохода явной дифференциации в алкогольных предпочтениях респондентов не обнаружилось.

В России для борьбы с алкоголизмом существует государственная наркологическая служба, но в последние годы она претерпела изменения не в лучшую сторону. Например, сократилась численность наркологических диспансеров и

стационаров, несмотря на то, что потребление алкоголя на душу населения у нас самое высокое в мире. В России в настоящее время потребление алкоголя составляет 14–15 литров на человека в год. Между тем уровень потребления алкоголя можно рассматривать как угрожающий генофонду нации, если его употребление в год составляет 8 литров чистого этанола на каждого жителя страны [23, с. 27].

С целью изменения сложившегося положения целесообразно было бы принять к исполнению итоговую декларацию конференции ВОЗ «Молодежь и алкоголь», которая прошла в Стокгольме в 2001 году. Эта декларация призвала правительства европейских стран, межправительственные, правительственные организации и другие заинтересованные стороны защитить и поддержать здоровье и благополучие молодых людей. В декларации сформулировано, что конкретно нужно сделать для снижения потребления алкоголя и противодействия интенсивному его употреблению:

- 1) существенно уменьшить число молодых людей, употребляющих алкоголь;
- 2) увеличить возраст, с которого молодежи разрешены спиртные напитки;
- 3) снизить случаи и частоту рискованного употребления алкоголя молодежью;
- 4) развивать эффективные альтернативы потреблению алкоголя и наркотиков;
- 5) улучшить образование и подготовку тех, кто работает с молодежью;
- 6) усилить антиалкогольную пропаганду среди молодежи;
- 7) свести к минимуму стимулы, побуждающие молодежь к употреблению спиртного: его доступность, реклама горячительных напитков;
- 8) поддерживать акции, направленные против нелегальной продажи алкоголя;
- 9) обеспечить и облегчить доступ к медицинским и консультативным услугам, особенно для молодых людей с алкогольными проблемами и членов их семей [24].

Очевидно, что этот документ мог бы лечь в основу антиалкогольной молодежной политики в России и сыграть в борьбе с молодежным алкоголизмом важную роль. Все принципы этого документа – практические рекомендации, которые могут реально снизить угрозы здоровью молодых людей. Важно, что декларация призывает к тому, чтобы повысить ответственность юношей и девушек в решении проблем, связанных с алкоголем.

Табакокурение. В апреле 2008 года Россия присоединилась к Международной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, в которой курение впервые было обозначено как глобальный вызов и угроза. С целью борьбы за здоровый образ жизни россиян 18 мая 2009 года вышло Постановление правительства «О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнования федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение табака и алкоголя». Для реализации этих целей в 2008 году Минздравсоцразвития РФ начало работу над концепцией развития здравоохранения до 2020 года, одна из целей которой – увеличение численности и продолжительности жизни населения России. На заседании Государственной думы РФ 30 января 2009 года концепция получила окончательное одобрение и поддержку. Но, несмотря на принимаемые меры, по оценкам экспертов, в России от болезней, связанных с табакокурением, ежегодно умирает от 330 до 500 тыс. человек. Пагубная привычка захватила все социально-демографические слои россиян, включая детей и подростков. По данным НИИ профилактики медицины, в настоящее время в России курят 63% мужчин и 10% женщин в возрасте 15–30 лет. Если в большинстве стран Европы распространенность курения среди населения, и, что особенно

важно, среди молодежи, неуклонно снижается, то в России наблюдается противоположная тенденция [23, с. 26].

Борьба с курением ведется и в студенческой среде. Законодательные акты по борьбе с курением принимаются не только на уровне государства, но и в вузах. Внутренние нормативные акты направлены на ограничение курения в помещениях и непосредственной близости от учебных заведений ради поддержания безопасности и должного уровня санитарии, сохранения здоровья и культуры быта. Но, несмотря на серию приказов, ситуация мало где изменилась коренным образом. Курильщики, нарушающие нормативные акты об ограничении курения в общественных местах, как правило, не подвергаются наказаниям, предусмотренным за соответствующие действия [22, с. 140]. Не влияют эти нормативы и на снижение количества курящих. Исследования последних лет показывают, что курильщики составляют примерно 30–40% от общего числа студентов.

По данным исследования «Здоровье студентов», наиболее благоприятная обстановка в отношении курения среди опрошенных регионов России и Белоруссии наблюдается в Грозном. Курящих юношей среди опрошенных – 13,5%, а девушек – 0,9%. Не курят вообще 86,5% и 99,1% соответственно. Не столь масштабное распространение вредной привычки табакокурения в среде чеченских студентов можно объяснить, как и в случае с минимальным употреблением алкоголя, мусульманскими традициями.

В целом по опрошенному массиву респондентов картина в отношении употребления табака менее радостная: курящих юношей – 35,4%, курящих девушек – 20,9%. Не курят 64,6 и 79,1% соответственно. В региональном аспекте по числу курящих молодых представителей мужского пола на 1-е «почетное» место выходит Уфа (50,3%), на 2-м месте – Брянск (42,1%), на 3-м – Хабаровск (37,3%). Лидирующую позицию по числу курящих девушек занимает Мурманск (34,7%), 2-е место у Хабаровска (31,8%), 3-е – у москвичек (26,1%).

Сравнительный анализ данных российских городов с Минском и Гродно показал, что вредная привычка табакокурения далеко не чужда белорусским студентам. Количество курильщиков среди учащихся вузов Гродно и Минска в среднем соответствует их количеству в Москве и других российских регионах. Курящие юноши составляют немногим более трети от общего числа студентов мужского пола (33,3% в Минске и 35,5% в Гродно). Это примерно как в Мурманске, Нижнем Новгороде или Ульяновске. Курящих девушек в Гродно приблизительно в два раза меньше – 15,7%. В столице Белоруссии – Минске их на 10% больше, чем в Гродно, что примерно соответствует количеству курильщиц-студенток в российской столице (ср.: Минск – 25,7%, а Москва – 26,1%).

Таблица 9

Интенсивность курения студентов (по полу, %)

Количество выкуриваемых сигарет в день	Юноши	Девушки
До 10 сигарет	48,9	69
10–20 сигарет	42,8	28,2
Более 20 сигарет	8,3	2,8

Соотношение между гендерными группами студентов по количеству выкуриваемых сигарет в день одинаково: большинство юношей и девушек употребляют

до 10 сигарет в день. Однако среди курящих девушек таких почти 70%, а среди курящих юношей – только около 50%. Тогда как тех, кто выкуривает более пачки в день, в мужской группе примерно в 2,5 раза больше, чем в женской (табл.9).

По интенсивности курения особо выделяются Москва, Мурманск и Брянск. Так, из числа московских курящих студентов-юношей более 20 сигарет в день выкуривают 19,1% респондентов. В Брянске эта цифра составляет 13,5% от опрошенных курильщиков мужского пола, а в Мурманске – 12,5%. Интенсивно курящих девушек больше всего в брянских вузах – 9,1%. По числу курильщиков-юношей, употребляющих во вред своему здоровью от 10 до 20 сигарет в день, 1-ю позицию занимает Брянск (59,5%), 2-ю – Нижний Новгород и Москва (по 38,3%, 3-ю – Хабаровск (29,1%). Что касается заядлых курильщиц, то число студенток, осиливающих 10-20 сигарет в день, больше всего в Мурманске (61,6% от курящих студенток), Ульяновске (30%) и Брянске (21,2%).

По стажу курения в студенческой среде наиболее многочисленной является группа, которая начала свою карьеру курильщика в 15–16 лет. И среди юношей, и среди девушек удельный вес таких респондентов примерно 50%. С 18 лет и позднее начали курить в обеих гендерных группах от 25 до 30 % опрошенных курильщиков. Есть и такие студенты, которые назвали более ранние сроки, но их число незначительно.

Проведенный анализ данных исследования позволил обнаружить, что число курящих студентов с возрастом увеличивается. Так, в младшей возрастной группе их число составило 27%, а некурящих – 73%. В возрастной группе 21–22 года это соотношение достигло 28,3% и 71,1% соответственно. К 23-25 годам число курильщиков увеличилось до 32,1%, а в 26–30 лет к табакозависимым себя отнесли уже 38,9% респондентов (табл.10).

Таблица 10

Соотношение курящих и некурящих студентов в зависимости от возраста (%)

Ответ на вопрос «Курите ли Вы?»	Возраст			
	18–20 лет	21–22 года	23–25 лет	26–30 лет
Да	27	28,3	32,1	38,9
Нет	73	71,7	67,9	6,1

Исследования, изучающие здоровье студентов, как и в случае с злоупотреблением алкоголем, выявили высокий уровень знаний студентов о негативном влиянии табакокурения на организм человека. В частности, знаний о том, что курящие подвержены заболеваниям легких, о вреде пассивного курения для детей и взрослых. В то же время обнаружилось, что студенты в меньшей степени знают, что курение способствует развитию сердечно–сосудистых заболеваний и язвенной болезни. Таким образом, выяснилось, что с медицинскими аспектами вреда табакокурения знакомы далеко не все студенты [3, с. 14].

Наркотики. Наркомания – заболевание, обусловленное зависимостью от наркотических средств или психотропных веществ. Факторы риска, приводящие к употреблению наркотических веществ, делятся на три группы: 1) социальные факторы – доступность вещества, мода на него, влияние группы сверстников; 2) психологические факторы – характер человека, привлекательность для него испытываемых ощущений;

3) биологические факторы – изначальная толерантность, пути и природа употребляемого вещества. Считается, что наиболее опасными являются социальные факторы. С целью борьбы с наркоманией в России была принята Федеральная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005–2009 годы». Главной целью программы стало сокращение к 2010 году масштабов незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ в РФ на 16–20% по сравнению с 2004 годом [25]. При ее разработке учитывались российский и зарубежный опыт противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту, предложения федеральных органов исполнительной власти, ведущих научно-исследовательских и образовательных учреждений, научных и практических работников.

На сегодняшний день можно говорить о том, что правительство РФ продолжает работать над совершенствованием методики и методологии борьбы с наркоманией. Так, 27 января 2011 года был подписан Указ «О внесении изменений в Указ Президента РФ от 18 октября 2007 года № 1347 «О дополнительных мерах по противодействию незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров» и в положения, утвержденные этим Указом». Этим же числом датируется и Указ «О внесении изменений в Положение о правоохранительной службе в органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, утвержденное Указом Президента РФ от 5 июня 2003 года № 613 и в Положение о Федеральной службе РФ по контролю за оборотом наркотиков, утвержденное Указом Президента РФ от 28 июля 2004 года № 976».

В целях улучшения борьбы с распространением наркотиков в молодежной среде 18 апреля 2011 года Д.А. Медведев провел заседание президиума Госсовета «О мерах по усилению противодействия потреблению наркотиков среди молодежи». Говоря о стратегии государственной антинаркотической политики до 2020 года, он обратил внимание на то, что деятельность Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН) должного результата пока не принесла. Для борьбы с наркоманией Д.А. Медведев предложил членам Госсовета – главам регионов, министрам и руководителям научных центров – ввести тестирование на наркотики в школах, вузах и при приеме на работу.

Проблема наркомании существует в большей или меньшей степени во всех странах мира, в том числе и в России. Стремительный рост наркотизации населения у нас в стране идет с начала 1990-х годов. Только по данным статистической отчетности Минсоцразвития РФ, число официально зарегистрированных наркоманов в РФ в период 1991–2004 годов выросло с 31,5 тыс. человек до 342,7 тыс., т.е. более чем в 10 раз. В то же время реальное число наркозависимых, по мнению различных специалистов, было в 3–10 раз больше приведенных данных. Другими словами, истинное количество наркоманов в России уже в 2004 году, даже по самым оптимистичным оценкам, превышало 1 млн. человек [26]. В настоящее время в России, по разным данным, количество лиц, употребляющих наркотики, достигло уже 5–10 млн. Уровень потребления наркотиков может рассматриваться как угрожающий генофонду нации, если 5% населения и более употребляют наркотики [23, с. 27].

Проблема наркотиков и наркомании во всем мире воспринимается, прежде всего, как молодежная. Главным фактором увеличения масштабов наркомании становится возраст. Количество наркоманов постоянно растет, а средний возраст их уменьшается. Но

молодежь пока не в полной мере осознает всю серьезность этой проблемы. Лишь незначительное количество молодых людей относят наркоманию к числу общественных проблем, которые их очень беспокоят. За легализацию наркотиков выступают 30–45% молодых россиян [23, с. 27]. Проблема усугубляется криминальной ситуацией, риском заражения различными инфекциями, включая СПИД.

Мода на употребление наркотиков молодежью пришла к нам в основном с Запада вместе с танцевальной культурой, когда плохим тоном стало появляться на дискотеке без ЛСД или таблетки экстази. Сегодня наркотики достаточно доступны – их можно купить на рынках, в метро, дискотеках, школах, вузах. В университетах и институтах продавцами являются как студенты-иностранцы, так и россияне. Исследователи причин появления наркомании в России составили своеобразный рейтинг московских вузов, где наркотики наиболее доступны, это Российский Университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы, МГУ им. М.В. Ломоносова, Московская сельскохозяйственная академия, МГИМО.

По факультетам наибольшим спросом наркотики пользуются у журналистов, экономистов и философов [27].

Проблема наркомании в студенческой среде изучалась и в ходе настоящего исследования. При опросе на данную тему возникает стандартная ситуация, когда прямой ответ на вопрос может содержать критическую информацию об окружающей действительности или самом респонденте, что приводит к его неискренности. Поэтому для получения более точных эмпирических данных мы использовали испытанную «социологическую хитрость» – контрольные вопросы, которые перепроверяют полученные ответы. На вопрос «Пробовали ли Вы когда-нибудь наркотики?» положительно ответили 11,4% респондентов. Юношей, давших утвердительный ответ, среди пробовавших оказалось 16,2%, а девушек – 7,4%. Задав вопрос «Употребляете ли Вы наркотики сейчас?» мы получили совсем другую картину: судя по полученным ответам на момент опроса, наркоманами являются 2,7% юношей и 1% девушек. Далее мы попытались выяснить, есть ли среди знакомых наших респондентов люди, употребляющие в настоящее время наркотики. Положительный ответ дали 28,2% юношей и 20,8% девушек. С учетом того факта, что основная часть ближайшего окружения наших респондентов – это представители студенческой среды, был сделан вывод, что истинная цифра употребляющих наркотики все же значительно выше указанных 11,4%.

В региональном аспекте «лидером» по наркомании среди городов, охваченных исследованием, является Мурманск. В этом городе признались, что употребляют наркотики 17,1% респондентов среди юношей и 10,5% – среди девушек. Второе место можно отдать Брянску (4,2% юношей и 0,6% девушек) и Москве (3,7 и 1,2% соответственно). Отклоняются от среднего значения по регионам (1–2%) мужская наркомания в Нижнем Новгороде (3,1%), а в Хабаровске наоборот – женская (3,7%).

Что касается признавшихся в том, что они пробовали разные наркотические вещества, то первенство здесь принадлежит Москве (29,3% юношей и 13,8% девушек), Мурманску (23,6 и 12,1% соответственно), Уфе (23,4 и 8%), а также Брянску (17,8 и 4,4%).

Как показал опрос, на употребление наркотиков в студенческой среде влияет возраст респондентов. Если в возрастной группе 18–20 лет какой-либо наркотик пробовал примерно каждый 10–11-й респондент, то в возрасте 23–25 лет – это уже каждый 6–7-й студент как мужского, так и женского пола. Признались, что в настоящее время употребляют наркотики, в младшей возрастной группе 1,6% опрошенных, а в группе 23–

25-летних респондентов наркоманы составили уже 6,3%. Можно предположить, что истинная цифра «пробующих» и «употребляющих» в группе 18–20 лет выше, так как доля друзей, не понаслышке знакомых с этими опасными для здоровья веществами, у данных респондентов составляет 25,3%.

При рассмотрении вопроса о том, как факт употребления наркотиков связан с материальной обеспеченностью респондентов, было обнаружено, что процент употребляющих наркотические вещества в настоящее время и имеющих таковых среди знакомых почти в два раза выше в высокодоходных группах студентов, чем в низкодоходных. Так, в группе респондентов, имеющих доход свыше 30 тыс. рублей в месяц на человека в семье, употребляют наркотики 4,7% юношей и 1,1% девушек, а в группе с доходом до 15 тыс. рублей в месяц на человека в семье наркоманов-юношей – 2,3%, девушек – 0,8%. Здесь уместно заметить, что исследование здоровья московской студенческой молодежи, проводившееся сектором социальных проблем здоровья ИС РАН с 2000-го по 2008 год, обнаружило обратную тенденцию. В московских вузах наркотики чаще употребляли представители низкодоходных групп. Это объяснялось характером проведения досуга и увлечениями студентов. В высокодоходных группах молодые люди и девушки чаще занимались спортом, ходили в кино и театр [28].

В опрошенных городах Белоруссии ситуацию с употреблением наркотиков среди студентов тоже нельзя назвать благополучной. Количество юношей, употребляющих наркотики, в Минске выше, чем в российской столице, на 0,7% (ср.: Минск – 4,4%, а Москва – 3,7%). Пробовали различные наркотические вещества в Минске каждый 6-й юноша-студент и каждая 8-я девушка-студентка. В Гродно картина более оптимистичная. Доля употребляющих наркотики составила не более 1% как у юношей, так и у девушек. Пробовали «наркотическое зелье» каждый 11-й учащийся вуза и каждая 18-я учащаяся. На вопрос «Имеете ли вы знакомых, употребляющих наркотики?» в Минске 31% юношей и 21,5% девушек дали положительный ответ, в Гродно эта пропорция составила 15,4% и 17,1% соответственно. Следовательно, можно предположить, что число студентов, связанных с наркотиками, в Гродно и Минске выше описанных цифр.

Существующие данные по наркомании в студенческой среде говорят о необходимости срочного принятия профилактических мер. Профилактика делится на первичную, вторичную и третичную. К первичной относятся мероприятия, направленные на лиц, которые не употребляют наркотиков. Здесь основная цель – предупредить начало употребления психоактивных веществ. Вторичная профилактика является избирательной. Она ориентирована на лиц, у которых уже отмечены эпизоды употребления наркотических веществ, либо на лиц, имеющих признаки формирующейся зависимости в ее начальной стадии. Третичная профилактика является преимущественно медицинской и ориентирована на контингент больных, зависимых от наркотиков. В разработанной в 2000 году «Концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде» главной целью названо объединение образовательных, социальных и медицинских мер в рамках всех трех профилактических форм. Согласно полученным в исследовании эмпирическим данным о распространенности и уровне употребления наркотиков в среде опрошенных студентов, можно сделать вывод, что студенческая молодежь нуждается во всех трех видах профилактических мер, включая и медицинскую форму.

Уделять большее внимание антинаркотическим профилактическим мерам важно еще и потому, что отношение студентов к факту употребления и распространения наркотиков далеко не однозначно. Большинство студентов к наркотикам относятся отрицательно и пропагандируют их пагубное воздействие. В то же время есть студенты, которые придерживаются другого мнения. Так, исследование, проведенное В.Н. Стегнием и Л.Н. Курбатовой в 2009 году в Пермском государственном технологическом университете, выявило, что каждый третий опрошенный респондент безразлично относится к употреблению наркотических веществ своими сверстниками. Считают, что каждый должен решить этот вопрос для себя сам, 29,8% студентов этого вуза. Пермские ученые определили, что таких «толерантных» студентов больше среди детей коммерсантов и служащих (13,1 и 11,9% соответственно), чем среди студентов, чьи родители занимают более скромное место на социальной лестнице [29].

Характеризуя ситуацию по борьбе с наркотиками в России в целом, можно предположить, что дальнейшая криминализация многих видов экономической и хозяйственной деятельности, отсутствие надлежащей системы антинаркотического воспитания и пропаганды, государственной системы лечения и реабилитации больных наркоманией приведут к расширению «черного рынка» наркотиков и увеличению спроса на них. Этому также может способствовать наличие широких возможностей для нелегального изготовления наркотических средств в совокупности с имеющимися условиями для их контрабанды.

3.4. Эмоциональный стресс и его профилактика у студентов

Эмоциональное напряжение, возникающее в ответ на непривычную, сложную, нежелательную по своим последствиям, экстремальную ситуацию, называют психическим или эмоциональным стрессом. Ганс Селье считал, что небольшой стресс может служить мобилизации ресурсов, повышающей адаптационные возможности организма, и почти полностью компенсироваться восстановлением его энергетического потенциала, тогда как сильный и/или продолжительный стресс приводит к чрезмерным и необратимым потерям энергии и в итоге к преждевременному старению.

В процессе обучения в вузе стрессорами для студентов могут выступать большая интеллектуальная нагрузка, нехватка времени, в том числе на отдых и сон, необходимость адаптации к новой по сравнению со школой организации образовательного процесса, а также неопределенность будущего трудоустройства и карьеры в условиях постоянного изменения рынка труда. По мнению социологов, значительная часть студентов неясно представляет перспективы профессиональной работы и осознает, «что получаемая специальность не обеспечит в ближайшем будущем основы их достаточного благосостояния» [22, с. 170].

Специалисты, изучающие здоровье учащихся высшей школы, отмечают, что наиболее отчетливо нервно-психическое напряжение проявляется у студентов в начале обучения, отрицательно влияя на их здоровье и успешность учебы [3, с. 35]. Исследования личностной и реактивной тревожности у студенток показали повышение ее уровня не только на 1-м, но и на 5-м курсах, т.е. в переходные периоды, требующие мобилизации адаптационных ресурсов [12, с. 39, 66].

Особенно сильным стрессогенным фактором для вузовской молодежи является экзаменационная сессия – время усиленных занятий на протяжении нескольких недель.

Экзамен несет в себе неопределенность и элементы случайности – даже хорошо подготовленному слушателю может достаться билет с вопросами, которые он знает хуже остальных вопросов. Ситуацию обостряет влияние результатов сессии на будущее студентов, включая оплату пересдачи экзаменов обучающимися на платной основе. Обследование студенток показало, что непосредственно перед экзаменом по сравнению с межсессионным периодом у них происходило изменение физиологических показателей жизнедеятельности организма – увеличение частоты сердечных сокращений, систолического и диастолического артериального давления (АД), что являлось следствием реакции организма на экзаменационный стресс [30]. По данным анкетирования студентов медицинского вуза, около 30% из них жалуются на учащенное сердцебиение перед экзаменами, 20% отмечают неконтролируемую мышечную дрожь, четверть – нарушение сна в сессионный период, 5% – головные боли при подготовке к экзаменам. Доля студентов, у которых эти симптомы достигают значительной интенсивности и приобретают длительный характер, составляет 5–10% [31, с. 38]. Следствием нервных перегрузок могут стать соматические болезни. В Казани за 2003–2006 годы были обследованы 579 студентов 1–5-х курсов различных вузов этого города. Преобладали обращения после экзаменационной сессии. По мнению специалистов, у «92% пациентов обострение эрозивно-язвенной патологии было связано с психоэмоциональным напряжением, вызванным в большей степени экзаменационным периодом» [32].

Реакция на стрессогенную ситуацию индивидуальна. В формировании эмоционального стресса многое зависит от отношения к происходящим событиям: от восприятия их как угрозы удовлетворению каких-то значимых потребностей и социальному благополучию, от уровня саморегуляции и от сложившихся стереотипов реагирования. Изучение психических и вегетативных сдвигов, возникающих у учащихся вуза при психоэмоциональном стрессе, показало, что у студентов с высоким уровнем тревоги и в спокойной обстановке наблюдаются проявления, характерные для стрессовой ситуации: «В частности, у них ухудшены оперативная память и оперативное мышление, снижено внимание, замедлено психомоторное реагирование, они склонны к плохому самочувствию и вегетативным нарушениям» [33].

В состоянии эмоционального стресса прежде всего снижается уровень планирования и выполнения сложной целенаправленной деятельности, поэтому чрезмерно эмоциональное реагирование на ситуацию экзамена мешает студенту показать свои знания, ухудшает результаты. Способность противодействия стрессу можно развивать, формируя в процессе специального обучения навыки, повышающие уровень саморегуляции. В Воронежской государственной медицинской академии в рамках специальной программы проводилась работа по оптимизации уровня экзаменационного стресса у учащихся. Выявлялись студенты «группы риска» – с выраженными физиологическими реакциями на процедуру экзамена, ощущающие перед ним дискомфорт и повышенную тревогу. Это позволяло осуществлять профилактические мероприятия с целью предотвращения нарушений АД в результате эмоционального стресса во время экзамена. Кроме того, для формирования уверенности и спокойствия у студентов, подверженных повышенному страху перед экзаменом, проводились специальные занятия с элементами аутогенной тренировки и условно-рефлекторной регуляции. В результате комбинированного применения этих методик у студентов снижился уровень тревожности, произошла нормализация сердечных сокращений и

систолического АД. Студенты могли успешнее справляться с экзаменационными заданиями, что мотивировало их на дальнейшую учебу [31, с. 39].

Как отклик на потребность студентов в преодолении нервозности в повседневной жизни в вузах разрабатываются лекционные курсы и тренинги, направленные на снижение психоэмоционального стресса учащихся. В частности, на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Нижегородской государственной медицинской академии был разработан проект предмета «Основы здорового образа жизни» для студентов старших курсов. Программа включала психологические и медицинские аспекты здорового образа жизни, практические занятия по методикам релаксации (гимнастика, самомассаж, аромотерапия, музыкотерапия), дискуссии, игры. Занятия проходили с добровольцами. В начале и в конце курса среди них и студентов из контрольной группы проводилось анкетирование. По результатам исследования был сделан вывод об эффективности курса – его слушатели «смогли сохранить здоровье и высокий уровень психологического благополучия, повысить удовлетворенность основных жизненных потребностей, а также избежать депрессии и беспокойства, в том числе из-за финансовых проблем» [34].

Еще одним важным аргументом в пользу организации работы с молодежью в направлении повышения ее саморегуляции и эмоциональной культуры служат исследования самосохранительного поведения населения. Было показано, что люди, которые реже испытывают негативные эмоции, хотят и надеются жить дольше [35, с. 136].

В эмоциональной форме человек реагирует на явления и события, значимость которых определяется системой его ценностных ориентаций и потребностей, включая социальные потребности в общении, признании и др. Эмоции ситуативны, настроение по сравнению с ними – более устойчивое состояние меньшей интенсивности, отражающее происходящее через призму жизненных перспектив, планов и интересов.

В исследовании «Здоровье студентов» на основе изучения ответов респондентов о частоте переживания различных эмоциональных состояний выделялась категория учащихся «ежедневно» и «часто» испытывающих негативные эмоции и плохое настроение, что свидетельствует о неблагополучии (повышенная тревожность, фрустрации каких-то важных потребностей и др.) (табл. 11, 12). Рассматривались также особенности их противодействия стрессу.

Позитивные эмоции «ежедневно» и «часто» переживают свыше 80% юношей и около 90% девушек. Можно сказать, что у респондентов они преобладают над отрицательными. Большинство опрошенных указали, что испытывают последние лишь «иногда». Речь шла о таких эмоциях, как тревога, раздражение, гнев, уныние и др. Ответы «ежедневно» и «часто» суммарно составили 30,3% у юношей и 44,1% у девушек. Девушки менее стрессоустойчивы, чем юноши.

Таблица 11

Регулярность переживания студентами различных эмоций (по полу, %)

Как часто Вы испытываете негативные эмоции (тревога, раздражение, гнев, уныние и др.)?	Юноши	Девушки
Ежедневно	7,7	7,8
Часто	22,6	36,3
Иногда	61,3	53,8
Никогда	8,4	2,1
Как часто Вы испытываете положительные эмоции?		
Ежедневно	32,5	35,0
Часто	50,2	53,8
Иногда	16,4	10,6
Никогда	0,9	0,6

Таблица 12

Регулярность пребывания студентов в хорошем или плохом настроении (по полу, %)

Как часто Вы бываете в плохом настроении?	Юноши	Девушки
Ежедневно	5,4	3,2
Часто	18,3	25,3
Иногда	72,8	70,5
Никогда	3,5	1,0
Как часто Вы бываете в хорошем настроении?		
Ежедневно	23,7	21,5
Часто	60,1	65,8
Иногда	15,3	12,4
Никогда	0,9	0,3

Хорошее настроение сопутствует жизни большинства респондентов. Плохое настроение «ежедневно» или «часто» бывает у более четверти опрошенных (в общей сложности эти ответы выбрали 23,7% юношей и 28,5% девушек). Плохое настроение способно ухудшить работоспособность, стать помехой для достижения намеченного и при общении. Стабильно сниженное настроение может служить признаком пограничного или даже болезненного состояния.

Эмоции и настроения – две взаимосвязанные характеристики переживаний человека, нередко мало дифференцируемые обыденным сознанием. Среди юношей, которые «ежедневно» пребывают в плохом настроении, негативные эмоции каждый день испытывают 69,4%, а среди тех, кто «часто» находится в плохом расположении духа, таких только 14,1%, среди тех, у кого оно бывает «иногда» – 1,6%, «никогда» – 3,6%, среди девушек – соответственно 47,5; 17,7; 2,5; 0%.

В Уставе Всемирной организации здравоохранения здоровье определено как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия». Высокая конфликтность, как и частые отрицательные эмоциональные состояния, показатель социального неблагополучия, причем не только одного человека, так как конфликтная

личность тиражирует деструктивные модели поведения. В исследовании «Здоровье студентов» на основании изучения периодичности конфликтов выделялась группа учащихся, которые часто конфликтуют (табл. 13). Анализировались их установки на повышение своей социальной компетентности (потребность в информации о психологии общения).

Таблица 13

Регулярность конфликтов (по полу, %)

Как часто Вы конфликтуете с окружающими?	Юноши	Девушки
Ежедневно	3,5	2,9
Часто	12,9	14,5
Иногда	69,5	69,9
Никогда	14,1	12,7

Межличностные конфликты – это атрибут жизни человека. Их почвой становятся различия взглядов, ценностей и норм, а также столкновение интересов. Различают конфликты, возникающие вследствие разногласий по принципиальным вопросам и по незначительным поводам. Последние нередко провоцирует личность, склонная к конфликтам. Не исключено, что это качество свойственно студентам, «ежедневно» и «часто» вступающим в конфликты (16,4% юношей и 17,4% девушек).

Анализ частоты конфликтов в региональном разрезе показал, что среди юношей с заметным отрывом лидируют московские студенты («ежедневно» и «часто» конфликтуют 25,9% из них), замыкают этот рейтинг молодые люди из Ульяновска, Уфы (по 12,8%) и Хабаровска (10,8%). По показателю полного отсутствия конфликтов на 1-м месте студенты из Грозного (24% юноши; 32,3% – девушки). Нужно специальное исследование, чтобы понять, что за этим стоит – умение обходить «острые углы», смысловые особенности понятия «конфликт» или социально одобряемое поведение (исследование выявило также и социокультурные особенности ответов на вопрос об эмоциональном реагировании, которые должны стать предметом специального исследования).

Общеизвестно, что конфликты сопряжены с негативными эмоциями. В основе этого утверждения – личный опыт подавляющего большинства людей. Среди юношей, у которых конфликты возникают каждый день, «ежедневно» и «часто» переживают негативные эмоции 69,1%, среди конфликтующих «часто» – 66,7%, «иногда» – 24,4%, «никогда» – 15,8%, среди девушек – 85,5; 73,2; 40; 23,8% соответственно.

Подверженность респираторным заболеваниям является одним из показателей состояния иммунной системы и здоровья. В жизни тех, кто чаще ими болеет, больше негативных переживаний и чаще возникают конфликты. Среди юношей, у которых респираторные заболевания бывают 1–2 раза в год, 28,4% «ежедневно» и «часто» испытывают негативные эмоции. Среди тех, кто переносит эти заболевания 3–5 раз за год, – 41,3%, 6–8 раз в год, – 52,9%, среди девушек – 40,2; 53,8; 67,4% соответственно (Приложение, табл. 5).

На ответы о частоте переживания различных эмоциональных состояний и регулярности конфликтов влияет и самооценка здоровья. Студенты, хуже его оценившие по сравнению с теми, кто считает свое здоровье более хорошим, отмечали:

– несколько реже позитивные эмоции и значительно чаще отрицательные. «Ежедневно» и «часто» переживают последние 21,1% юношей с хорошей самооценкой

здоровья, 36,7% – с удовлетворительной и 55,3% – с плохой, среди девушек – соответственно 31,8; 52,4 и 66,7%;

– более частое возникновение конфликтов. «Ежедневно» и «часто» конфликтуют с окружающими 13,2% юношей с хорошим, по самооценке, здоровьем, 17,5% – с удовлетворительным, 30,7% – с плохим, среди девушек – соответственно 11,8; 19,7 и 37,9% .

Установлено также, что негативные переживания и конфликты чаще отмечали студенты, которые не заботятся о своем здоровье, много курят, часто употребляют пиво, вина и крепкие спиртные напитки (Приложение, табл. 6–7), а кроме того, девушки, имеющие опыт наркопотребления.

В частности, указали, что «ежедневно» и «часто» испытывают негативные эмоции:

– среди юношей, которые заботятся о здоровье, – 26,6%; среди тех, кто этого не делает, – 44,6%; среди девушек – соответственно 40,7 и 63,5% (отсутствие установки на заботу о здоровье является девиацией);

– среди юношей, которые «часто» пьют крепкие спиртные напитки, – 42,4%; «редко» – 30,3%; вообще их не пьют – 27,9%, среди девушек – соответственно 71; 53,1; 41,2%;

– среди юношей, выкуривающих до 10 сигарет в день, – 31,8%; от 10 до 20 сигарет – 30,1%, более 20 сигарет – 54,8%, среди девушек – соответственно 53,1; 55,4; 77,8% (доля девушек, выкуривающих более 20 сигарет в день, небольшая);

– среди девушек, которые пробовали наркотики, – 53,5%, среди тех, которые этого не делали, – 43,2%.

Полученные данные свидетельствуют, что студенты, злоупотребляющие легальными психоактивными веществами (девушки еще и нелегальными), чаще отмечают эмоциональный дискомфорт. Как известно, нередко именно он толкает к психоактивным веществам, позволяя на время снять напряжение. Заметим, что использованные индикаторы, особенно «часто» и «редко», весьма субъективны.

Поиск информации о профилактике стресса. Как оказалось, доля учащихся, отметивших потребность в освоении методик противодействия стрессу, мало меняется со временем. В частности, сравнительное исследование валеологической культуры студентов (1998-й и 2008-й годы) выявило незначительный рост за 10 лет части студенческой молодежи, желающей получить знания и умения, касающиеся методик профилактики стресса и утомления, – с 35 до 37%. Однако за этот период с 27 до 37% выросла доля интересующихся средствами психофизического восстановления и коррекции [36, с. 122]. В последнем случае акцент поставлен не на мерах предупреждения психоэмоционального стресса, а скорее на способах преодоления его последствий.

По данным исследования «Здоровье студентов», респонденты, подверженные негативным эмоциям, чаще пытались найти информацию о профилактике стресса. На это указали 23,8% юношей, которые переживают эти эмоции «ежедневно»; 22,8% – «часто», 12,7% – «иногда»; 10% – «никогда»; среди девушек – соответственно 41,6; 31,7; 20,4; 15%. Получается, что значительная доля часто поддающихся стрессу студентов, особенно девушек, осознают эту проблему. Вместе с тем многие учащиеся с низким уровнем саморегуляции не отдают себе отчета в необходимости и возможности его повышения.

Поиск информации о психологии общения. Конфликты по принципиальным вопросам могут оказывать положительное влияние на развитие личности и малой группы. Различают конструктивное и деструктивное поведение в конфликте. Первое предполагает переговоры с противоположной стороной при сохранении своего и чужого достоинства, корректировку стратегии поведения в конфликте, поиск новых средств достижения цели. Для деструктивного поведения характерен высокий уровень негативных эмоций, стремление к доминированию, агрессивность по отношению к другому участнику конфликта, отсутствие гибкости, анализа собственных действий, шаги, приводящие к эскалации конфликта. Оказалось, что частота конфликтов практически не влияет на попытки найти информацию по проблемам психологии общения. Это свидетельствует в пользу того, что конфликтные личности или жертвы навязываемых конфликтов не стремятся изменить себя и свое поведение.

В заключение отметим, что у студентов положительные эмоциональные состояния преобладают над отрицательными. Вместе с тем значительная часть опрошенных, особенно девушек, подвержены отрицательным эмоциям. Последние, как правило, сопровождают конфликты, в которые «ежедневно» и «часто» вовлекаются 16,4% юношей и 17,4% девушек.

Негативные эмоциональные состояния и конфликты чаще отмечают две категории студентов: с худшей самооценкой здоровья и с низким уровнем самосохранительного поведения.

Среди учащихся, подверженных негативным переживаниям, больше доля пытавшихся найти информацию, касающуюся профилактики стресса, чем среди тех, кто более устойчив к отрицательным эмоциональным состояниям. В то же время большинство респондентов «ежедневно» и «часто» испытывающих эти состояния (тревога, раздражение, гнев, уныние и др.), не пытаются искать сведения по оптимизации стресса.

Потребность в улучшении общественного здоровья и повышении толерантности актуализирует задачу формирования культуры саморегуляции и культуры поведения в ситуации конфликта у молодежи. Проблематика профилактики стресса найдет своих слушателей, если ее включить в курс по здоровью. Прежде всего ими станут студенты, интересующиеся вопросами противостояния стрессу в провоцирующих его ситуациях. Однако, как уже отмечалось, многие учащиеся, часто переживающие отрицательные эмоции, не осознают, что их можно преодолеть и не ищут соответствующую информацию. Здесь возникает вопрос о создании мотивации у этой категории молодежи к овладению практиками улучшения и оздоровлению своего эмоционального состояния. Скорее всего, посетившие удачный курс, получив реальную помощь, станут пропагандировать его в студенческой среде.

Многим студентам в будущем предстоит работать с людьми, стать руководителями. Не исключено, что высокая конфликтность кого-то из них может означать профнепригодность. Как оказалось, частота конфликтов практически не влияет на попытки найти информацию по проблемам психологии общения.

Разные вузы своими силами разрабатывают и изучают результативность лекционных курсов по ЗОЖ, тренингов общения, противодействия негативным эмоциям, рассчитанных на массового студента, а также тренингов, адресованных тем, у кого ситуация экзамена вызывает состояние, близкое к патологическому. Важно, чтобы Минобрнауки РФ создавало банк таких разработок и организовывало независимую

экспертизу их эффективности. Это поможет совершенствованию таких программ, курсов и тренингов.

3.5. Активность студентов в сфере физической культуры

Для техногенной цивилизации характерно снижение двигательной активности человека и соответственно его энергетических затрат. Это результат сокращения физических нагрузок в сферах производства и быта. Урбанистская культура, пассивные формы досуга и развитие средств коммуникации приводят к распространению гиподинамии, которая чревата серьезными отклонениями в здоровье, прежде всего, в работе мышечной и сердечно-сосудистой систем. Снижение сосудистого тонуса и силы сокращения сердечной мышцы в свою очередь вызывает ухудшение кровоснабжения органов и тканей и обмена веществ в них, включая липидный. Гиподинамия может стать причиной развития целого ряда заболеваний.

Поскольку профилактикой гиподинамии в повседневной жизни является «полноценная физическая активность, ежедневная утренняя зарядка, производственная гимнастика, занятия физкультурой и спортом, физический труд, пешие прогулки и т.д.» [37], постольку необходима пропаганда оздоровительных физических нагрузок, разработка научно-методических основ организации физической культуры и спорта в образовательных учреждениях, а также создание инфраструктуры доступных для населения разного возраста спортивных сооружений и рекреационных зон, а для молодежи еще и спортивно-оздоровительных лагерей. Их наличие должно предусматриваться при планировании и застройке территорий. Другими словами, на государственном уровне нужна проработанная политика, преследующая цели создания и развития традиций физической культуры и охватывающая базовые институты социализации подрастающего поколения. Это требует материальных вложений и информационного сопровождения.

Несмотря на признание важности данной проблемы руководством страны, у россиян снижаются возможности для занятий физкультурой и спортом. В 2004 году Счетная палата Российской Федерации пришла к выводу, что «в настоящее время обеспечение населения страны физкультурно-оздоровительными и спортивными сооружениями составляет 21% от норматива обеспеченности, а их состояние не отвечает современным требованиям. Количество физкультурно-оздоровительных и спортивных сооружений в стране за 1990-2000 гг. уменьшилось на 15,3%» [38].

В этих условиях закономерно уменьшение числа активных приверженцев физической культуры. На совещании в мэрии Москвы с ректорами вузов отмечалось сокращение числа студентов, занимающихся физкультурой и спортом, и недостаточное количество спортивных сооружений [39].

Специалисты подвергают критике состояние студенческого спорта. Подчеркивается, что «неразработанность социальных, правовых, экономических и организационных основ деятельности государственных и общественных структур в новых экономических условиях затрудняет развитие студенческого спорта в университетах страны» [40].

Исследователи здоровья вузовской молодежи констатируют низкую физическую активность почти у 76% студентов, избыточную массу тела имеют 15–20% [3, с. 35]. Не удивительно, что обследования с использованием системы специальных тестов выявляют низкий уровень физической подготовленности значительной части студентов. По разным

данным, их доля колеблется от 30 до 60% от общего числа обследованных, не относящихся к специальной медицинской группе. Трудности в достижении должного уровня физической подготовленности вузовской молодежи обусловлены плохой физической подготовкой абитуриентов, недостаточным материально-техническим обеспечением физического воспитания и объемом выделяемого на него учебного времени. Что касается отсутствия мотивации, то было установлено, что студенты, имеющие низкий уровень физической подготовленности, «в большинстве случаев отличаются индифферентным или негативным отношением к физической культуре, процессу физического воспитания, нагрузочным воздействиям» [41]. В качестве негативного момента отмечается также преобладание дидактических форм обучения и оторванность образования в области физической культуры от практического применения, что приводит к отсутствию прямой взаимосвязи между уровнем знаний в этой сфере и объемом двигательной активности студентов, сознательно выполняемой в оздоровительных целях [42].

Физическая работоспособность учащихся вузов снижается от младших курсов к старшим. Исследование «Качество жизни и здоровья студентов» показало, что у студенток работоспособность падала от 1-го к 5-му курсу. Это объяснялось снижением их двигательной активности – уменьшалась доля выполняющих утреннюю гимнастику и доля занимающихся в спортивных секциях [12, с. 60].

В исследовании «Здоровье студентов» использовался индикатор регулярности занятий физической культурой (табл. 14). Известно, что физические упражнения, адекватные возможностям человека, положительно сказываются на его здоровье. Физкультура – широкое понятие, объемлющее вариативный комплекс различных сбалансированных упражнений, выполняемых самостоятельно или в качестве разминки перед занятиями спортом. Физкультурные упражнения можно делать в любое время в домашних условиях или на свежем воздухе, как индивидуально, так и организованно (в группе по программе вуза, в фитнес-центре и др.).

Таблица 14

Регулярность занятий физкультурой (по полу, %)

Как часто Вы занимаетесь физкультурой?	Юноши	Девушки
Ежедневно	15,4	8,2
Часто	39,3	28,4
Иногда	40,7	57,2
Никогда	4,6	6,2

Как показано в табл. 14, наибольшая доля ответов приходится на вариант «иногда». Суммарная доля ответов «ежедневно» и «часто» составляет более 50% у юношей и более одной трети у девушек. Среди юношей из Грозного заметно больше доля ответов о каждодневных занятиях физической культурой.

Среди студентов первых курсов больше доля тех, кто уделяет время физическим упражнениям, чем среди студентов 3–4-х курсов и особенно 5–6-х курсов. Если на 1–2-м курсе «ежедневно» и «часто» их выполняют 60,2% юношей, то на 5–6-м курсах – 43,7%, среди девушек – соответственно 44,2 и 29,1%. Снижение доли занимающихся физкультурой от младших курсов к старшим в полтора раза объясняется тем, что ее преподают на младших курсах. Старшекурсники же, за исключением профильных вузов,

занимаются ею по собственной инициативе. Как показало исследование, такие занятия широко не распространены.

По данным опросов взрослого населения⁴, с возрастом, особенно после 25 лет, значительно увеличивается доля респондентов, которые никогда не бывают в спортивно-оздоровительных секциях и не занимаются физкультурой. Причем оказалось, что те, кто хочет поддерживать свое здоровье с помощью гимнастики, бега трусцой, находят для этого возможности и реже ссылаются на отсутствие необходимых условий [35, с. 132, 134].

Различия между ответами студентов двух союзных государств очень небольшие. «Ежедневно» занимаются физической культурой по 15,4% юношей из России и Белоруссии, «часто» – 39,9 и 37,4%, среди девушек на каждодневные занятия указали – соответственно 8,8% и 6,7%, на частые – 28,7 и 27,4%.

Как и следовало ожидать, среди студентов, подверженных гриппу, ОРЗ и простудным заболеваниям, а также с плохим, по самооценке, здоровьем больше доля тех, кто никогда не занимается физической культурой, хотя комплекс посильных индивидуальных оздоровительных упражнений мог бы быть полезен многим из них [Приложение, табл. 8]. Никогда не делают физкультуру 1,9% юношей с самооценкой здоровья «хорошее», 4,8% – с самооценкой «удовлетворительное», 19,7% – «плохое», среди девушек – 4,5; 6,7; 14,9% соответственно.

Студенты, «ежедневно» и «часто» выполняющие физические упражнения, чаще (чем те, кто делает их «редко» или «никогда») отмечали: роль воспитания в формировании у них внимания к своему здоровью, желание быть физически сильнее, заботу о своем здоровье, поиск информации по проблемам, связанным с ним (студенты обоего пола чаще интересовались оздоровительной гимнастикой, закаливанием, ЗОЖ, юноши – еще и правильным питанием, психологией общения, факторами риска для их здоровья). [Приложение, табл. 9].

В группе, заботящихся о здоровье, «ежедневно» практикуют физкультуру 17,4% юношей, «часто» – 42,6%, у девушек – 9,2 и 30,7%. В группе не заботящихся о своем здоровье ответы «ежедневно» и «часто» выбрали соответственно 8,4 и 26,8% юношей и 2,1 и 16% девушек.

Оказалось что, хотя среди студентов, которые не курят, больше доля «ежедневно» и «часто» занимающихся физической культурой по сравнению с курящими, тем не менее различия по этому показателю между курящими и некурящими не очень большие. Сравнивались ответы учащихся старших курсов (5–6-х), имеющих эту вредную привычку и не отягощенных ею. «Ежедневно» занимаются физической культурой 4,3% курящих юношей-старшекурсников, «часто» – 31,9%, среди некурящих – 14,8 и 32,3%. Среди курящих девушек – соответственно 7,1 и 11,9%. Среди некурящих – 9,9 и 22,4%. С одной стороны, это показатель того, что курение широко распространено и становится нормой, совместимой с оздоровительной гимнастикой. С другой – что культура физических упражнений не является панацеей от девиаций в отношении здоровья.

⁴ Исследование демографического поведения населения «Демографическая ситуация и демографическая политика в Липецкой области», проведено в конце 2005-го – начале 2006 года в рамках Договора экономического факультета МГУ с администрацией Липецкой области (опрошено 1125 взрослых и 683 подростка).

Среди курильщиков 69,3% юношей и 73,2% девушек указали, что заботятся о здоровье, среди некурящих доля, отметивших заботу о своем здоровье, больше – соответственно 84,1 и 87,9%. В сознании многих курящих их вредная привычка уживается с заботой о здоровье.

Наименее внимательны к своему здоровью злостные курильщики. Указали, что заботятся о нем 77,6% юношей, выкуривающих до 10 сигарет в день, 62,8% выкуривающих от 10 до 20 сигарет, 50% – более 20 сигарет за день, среди девушек – соответственно 78,1; 63,9; 22,2%. Из этого следует, что отсутствие действенной установки на внимание к здоровью снизит эффективность вторичной профилактики курения в вузах.

Влияние уровня доходов на занятия физической культурой анализировалось среди студентов 3–6-х курсов. Оказалось, что доля «ежедневно» выполняющих физические упражнения в группе с высокими доходами (более 30 тыс. рублей на человека в месяц) в два раза больше, чем в группе с самыми низкими (до 15 тыс. рублей на человека в месяц). Среди юношей – 22,1% против 10,9%, среди девушек – 13,8% против 7%. Можно предположить, что большие материальные возможности позволяют посещать спортивные и оздоровительные секции. Вероятно, это дисциплинирует и приучает каждый день выполнять комплекс физических упражнений.

Подводя итоги, отметим, что в целом по массиву наибольшая доля ответов о периодичности занятий физической культурой приходится на ответ «иногда». В сумме «ежедневно» и «часто» занимаются физической культурой более 50% юношей и свыше одной трети девушек (сюда входят и занятия по вузовской программе). Заметно снижение занятий физической культурой от младших курсов к старшим, на которых уже нет соответствующего предмета.

Доля «ежедневно» выполняющих физические упражнения в группе с наиболее высокими доходами в два раза больше, чем в группе с самыми низкими. Отрицательно влияет на физическую активность с оздоровительной целью плохая самооценка здоровья, положительно – установки на заботу о нем и на развитие своих физических возможностей. Среди студентов с плохим, по их оценке, здоровьем больше доля тех, кто никогда не занимается физической культурой. В их числе есть учащиеся, относящиеся к специальной медицинской группе и освобожденные от занятий по программе. Для них целесообразно разработать индивидуальные комплексы оздоровительных упражнений.

Занятия физической культурой для значительной доли опрошенных совместимы с курением. Это результат его широкого распространения.

Недостаточная активность студентов в сфере оздоровительной физической культуры, ее снижение на протяжении вузовского обучения – индикатор риска гиподинамии в будущем, а также показатель отсутствия у респондентов навыков снятия напряжения, улучшения психофизического состояния и поддержания высокого уровня работоспособности посредством физических упражнений. Эти навыки невозможно формировать силами только образовательных учреждений. Свою роль играет низкая оздоровительная физическая активность населения нашей страны, отсутствие эффективной пропаганды культуры здоровья в СМИ и недостаточная доступность спортивных секций для студенческой молодежи.

3.6. Репродуктивное здоровье и контрацептивное поведение

Процессы воспроизводства населения в России, несмотря на некоторые положительные тенденции в последнее время, характеризуются высокой смертностью и низкой рождаемостью, снижением жизнеспособности поколения новорожденных. В связи с этим чрезвычайно важно понимание значимости не только количественных аспектов рождаемости, но и качественных, которые находят наиболее полное выражение в формулировке термина «репродуктивное здоровье». Репродуктивное здоровье - состояние полного физического, умственного и социального благополучия во всех вопросах, касающихся функций и процессов репродуктивной системы, а также психосоциальных отношений на всех стадиях жизни [43], – является важнейшей основой общего состояния здоровья и занимает центральное место в развитии человека. Создание в обществе благоприятных условий и предпосылок для достижения оптимального уровня репродуктивного здоровья позволит женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и даст супружеским парам наилучший шанс иметь здорового младенца. Понятие «репродуктивное здоровье» касается как женщин, так и мужчин [44]. И особенно важно, чтобы репродуктивное здоровье сохранялось с детства [45].

В исследовании «Здоровье студентов» изучалось контрацептивное поведение вузовской молодежи. Контрацепция – это предупреждение нежелательной беременности, предотвращение аборта и его последствий, средство профилактики заболеваний, передающихся половым путем. Контрацептивное поведение – совокупность поведенческих реакций, сопровождающих гетеросексуальную активность, по предохранению от возможной беременности и инфекций, передаваемых половым путем. Это поведение существенно отличается и по функциям, и по свойствам от репродуктивного поведения, которое предполагает целую систему действий и отношений, опосредующих рождение или отказ от рождения ребенка в браке или вне брака. Кроме того, репродуктивное поведение все же более связывается с семьей [46]. Контрацептивная культура охватывает все половозрелые слои населения. Нормы репродуктивного поведения складывались веками, существуют определенные каналы его передачи. Контрацептивное поведение в современном его виде чрезвычайно молодо. Кроме того, сами виды контрацептивов сменяются несколько раз при жизни одного поколения, возникают молодежные нормы и ценности, формируется молодежная культура этой сферы.

Процесс этот глубоко противоречив. Становление новых норм и образцов сексуального поведения всегда значительно отстает от разрушения старых стандартов, которое поначалу воспринимается как проявление аномии и анархии. Ослабление сексизма и многих традиционных табу расширяет индивидуальную свободу и избирательность только при условии достаточно высокой общей и сексуальной культуры. В противном случае социальные издержки этого процесса оказываются огромными.

Долгое время в России в контрацептивном поведении преобладал выбор аборта. Однако с 2000 года наблюдается отрицательная динамика в этом вопросе, особенно среди 15–19-летних: 2000 год – 213,1 тыс. человек; 2005-й – 165,7; 2007-й – 142,1; 2008 год – 124,6 тыс. человек. Снижение количества абортов в последнее время в значительной степени обусловлено ростом числа женщин, использующих эффективные средства контрацепции. Так, в 2008 году число женщин, применявших внутриматочные спирали (ВМС), составило 5007 тыс., а гормональную контрацепцию – 4120 тыс. [47] За период

1990–2008 годов частота использования гормональной контрацепции в РФ увеличилась с 1,7 до 10,8 случаев на 100 женщин в возрасте 15–49 лет. Однако за этот же период времени число женщин, применявших ВМС, сократилось с 17,2 до 13,3 на 100 женщин того же возраста. Имеются ярко выраженные региональные различия в распространенности использования этих средств. Кроме того, в 2008 году 14,7 тыс. женщин (38,4 на 100 тыс. женщин 15–49 лет) была проведена операция стерилизации [48].

Обращает на себя внимание, что количество аборт у девушек в возрасте до 15 лет остается практически неизменным уже несколько лет – 0,9 тыс. [49], что может говорить о необходимости усиления пропаганды репродуктивной культуры среди подростков. Так, сравнительный региональный анализ использования средств контрацепции в рамках исследования «Планирование семьи по-русски» [50] показал, что в 2000 году наивысший уровень гормональной контрацепции и ВМС был характерен для Западно-Сибирского региона, составляя 118,3 и 252,4 на 1000 женщин, наименьший уровень гормональной контрацепции отмечался в Волго-Вятском регионе – 40,7 на 1000 женщин, а наиболее редкое использование ВМС – в Северо-Западном регионе – 68,1 на 1000 женщин фертильного возраста. За рассматриваемый период времени для большинства регионов страны был характерен рост использования гормональной контрацепции на фоне снижения частоты использования женщинами ВМС, что, по-видимому, связано с ростом гинекологической заболеваемости и ЗППП в результате ее применения. Требуют серьезного осмысления наметившиеся параллели расширения использования обоих видов контрацепции и роста распространенности ЗППП. Исследователи пришли к выводу, что резкое снижение жизненного уровня респонденток и повышение стоимости медицинского обслуживания способствуют накоплению нереализованных потребностей в охране репродуктивного здоровья молодежи [50, с. 43–47].

Однако стоит отметить, что еще функционируют стереотипы старшего поколения россиянок о вредном влиянии контрацепции на здоровье. Многие молодые люди думают, что лучше сделать аборт, чем в течение длительного времени регулярно использовать контрацепцию. Отсутствие у молодежи правильного представления о показаниях и противопоказаниях к использованию контрацептивных средств во многом объясняет настороженное отношение молодых женщин к современным методам контрацепции. Это, в свою очередь, может стать одной из причин их психологической неготовности к применению контрацептивов и вызвать «новую волну» своеобразного перехода от контрацепции к абортам. Среди абортирующего контингента каждая третья женщина наступление нежеланной беременности связывает с проблемами подбора и (или) использования современных контрацептивных средств, каждая пятая – со сложностями их приобретения из-за их дороговизны или отсутствия в продаже, каждая шестая – с нежеланием супруга (партнера) их применять [50, с. 43–47].

В анкету «Здоровье студентов» был включен блок вопросов о контрацептивном поведении, который ранее использовался в исследовании «Контрацептивная культура современной российской молодежи» (2002) [51], когда были опрошены студенты Москвы и Чебоксар. Повторение опроса через 7 лет позволяет сделать некоторые выводы относительно развития контрацептивной культуры среди студенческой молодежи России.

Следует отметить, что при проведении исследования «Здоровье студентов» в Чеченской Республике организаторы исследования исключили из анкеты блок вопросов,

связанных с контрацептивным поведением, по этическим соображениям. Респонденты остальных регионов ответили на вопросы этого блока.

На первый вопрос «Имели ли Вы когда-нибудь сексуальные отношения?» положительно ответили 72,1% девушек и 81,6% юношей. Среди особенностей ответа на этот вопрос по регионам выделяется больший процент утвердительно ответивших в Москве (81,3%), Нижнем Новгороде (81,2%) и Хабаровске (80,2%). Наименьшее количество ответивших «да» оказалось в Ульяновске – 66,3%.

Распределение ответов по полу имеет существенные различия в регионах. В Москве и Мурманске среди ответивших положительно примерно поровну и юношей, и девушек. В Гродно, Ульяновске, Минске, Нижнем Новгороде, Брянске и Уфе в ответе на этот вопрос доминируют юноши, а в Хабаровске – девушки (рис. 1). Возможно, что в таких ответах можно уловить различия в культурных нормах, присущих гендерным группам. В целом по сравнению с опросом 2002 года число девушек, давших положительный ответ на этот вопрос, практически не изменилось. Во всех регионах наблюдается общая тенденция – чем старше студенты, тем больше среди них доля ответивших «да».

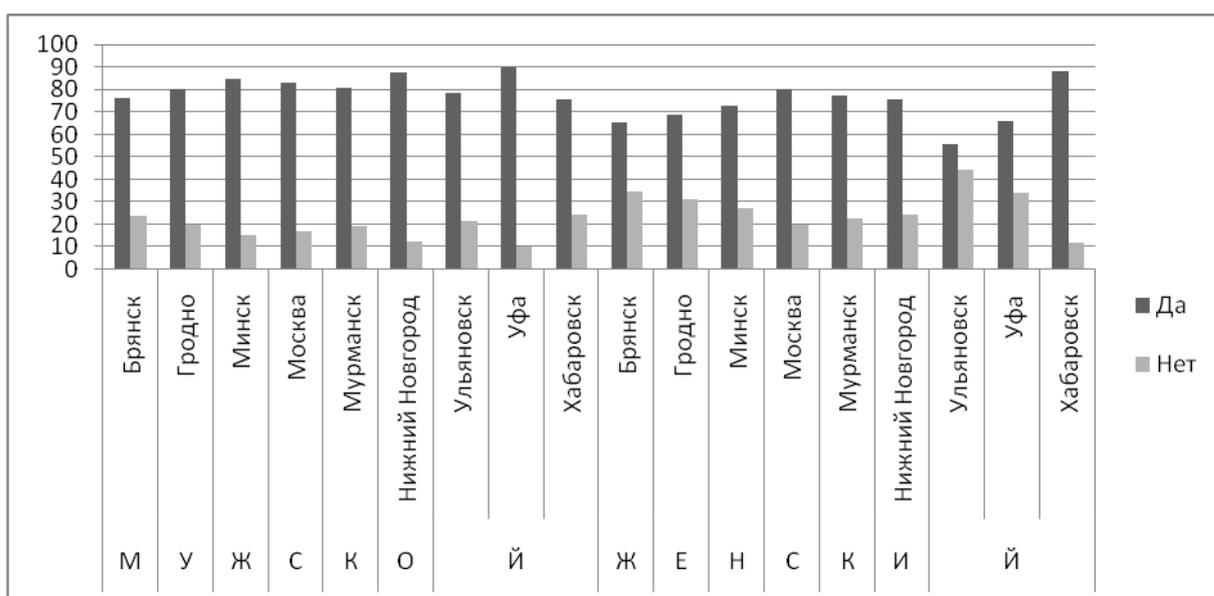


Рис. 1 Распределение ответов на вопрос «Имели ли вы когда-нибудь сексуальные отношения?» (по полу, % от ответивших)

Тем респондентам, которые положительно ответили на первый вопрос, был задан следующий: «Имеете ли Вы сейчас сексуальные отношения?». Утвердительно ответили 52% девушек и 48% юношей. Региональных особенностей при ответах на этот вопрос обнаружено не было. Также практически не обнаружено отличий по сравнению с предыдущим исследованием.

На вопрос «Пользуетесь ли Вы противозачаточными средствами?» 58,9% девушек и 66,6% юношей ответили «да». Среди них наибольшее число юношей проживает в Гродно (75,3%), Минске (74,7%) и Уфе (70,9%), наименьшее – в Брянске (44,2%) и Мурманске (58,9%). Причем показатель Брянска существенно ниже (табл. 15).

Наибольшее число девушек, пользующихся противозачаточными средствами, проживает в Гродно (67,9%) и Хабаровске (66,1%). Наименьшее – в Брянске (55,6%) и Минске (52,6%). Но в целом разрыв между ответившими «да» и «нет» не настолько велик, как у юношей. В предыдущем исследовании в Москве и Чебоксарах цифры отличались в гораздо большей степени.

На вопрос «Какими противозачаточными средствами Вы пользуетесь?» 81,5% респондентов ответили «презервативами», 15,1% – «гормональными контрацептивами», 3,1% – другими средствами, 0,4% отметили «календарный метод», что, по сути, не является контрацептивным средством.

Таблица 15

Пользуетесь ли Вы противозачаточными средствами? («Да», % от ответивших)

Пол	Регион								
	Брянск	Гродно	Минск	Москва	Мурманск	Нижний Новгород	Ульяновск	Уфа	Хабаровск
Юноши	44,2	75,3	74,7	67,5	58,9	66,4	65,1	70,9	69,7
Девушки	55,6	67,9	52,6	59,8	58,6	53,1	59,6	59,1	66,1

При анализе распределений ответов на этот вопрос обращает на себя внимание разница в ответах в зависимости от пола молодых людей, причем присутствует и некоторая региональная специфика. Так, 94,1% юношей в Брянске ответили, что они пользуются презервативами, в то время как брянские девушки утвердительно ответили лишь в 50% случаев. В целом во всех регионах между ответами девушек и юношей существует большой разрыв: девушки упоминают презервативы гораздо реже. В то же время большое количество девушек называют в качестве средств контрацепции гормональные препараты. Лидируют в применении их Брянск (47,5%) и Уфа (41,1%). Наименьшее количество употребляющих гормональные препараты девушек учится в Москве – всего 7,3%. В Москве вообще и среди девушек, и среди юношей больше популярны презервативы (90,9% и 100% соответственно). Цифры по применению экстренной контрацепции (препараты типа «постинор») в целом невысоки, самые высокие в Брянске (5% девушек) и Минске (3,6% юношей). Остальные методы контрацепции (вагинальные свечи, колпачки, мази и проч.) практически не употребляются, что свидетельствует об их непопулярности.

Эти результаты отличаются от исследования 2002 года. Тогда был гораздо обширнее спектр использования контрацептивных средств. Так, презервативы назвали 59% москвичей и 68,9% жителей Чебоксар, 91,2% москвичек и 92,9% девушек Чебоксар. Прерывание полового акта отметили юноши из Москвы –16,4% и из Чебоксар – 11,1%, девушки – соответственно 47,1 и 53,6%. В исследовании 2009 года последний «метод» практически никто не указал, что может свидетельствовать о росте информированности современной молодежи. Об этом же свидетельствует и достаточно большое количество студентов, применяющих сегодня гормональные контрацептивы. В то время как в 2002 году их упомянули лишь 11,9% московских юношей, 6,7% юношей Чебоксар и по 25% девушек обоих городов. В 2002 году также был популярен календарный метод (юноши – 5,2% и 8,9%, девушки – 14,7 и 25%) и свечи (юноши – 3 и 2,2%, девушки – 10,3 и 10,7%). Также в качестве метода контрацепции в Чебоксарах упоминали аборт 2,2% юношей и

10,7% девушек. Сегодняшние студенты практически не воспринимают аборт как средство контрацепции, что говорит об их большей грамотности в этой сфере.

Тем, кто ответил, что не пользуется средствами контрацепции, было предложено ответить на вопрос «Почему Вы не пользуетесь средствами контрацепции?». Заявили, что были уверены в себе 26,7% (девушки и юноши примерно поровну), 27,4% отметили вариант «не захотел» (32,1% – девушки и 22,1% – юноши); «не было с собой» ответили 8,7% (в том числе 5,5% девушек и 12,3% юношей); деторождение планирует менее 1% опрошенных. «Не знаю» ответили 15,7% (11,9% – девушки и 20,1% – юноши), что говорит о большом числе молодых людей, вообще не задумывающихся о своем репродуктивном здоровье.

Последний вопрос этого блока – «Нужна ли Вам какая-либо информация для улучшения сексуального здоровья?». Утвердительно ответили 17,3% девушек и 11,9% юношей. В некоторых регионах студенты ощущают потребность в такой информации особенно сильно – в Брянске (40% юношей и 31,7% девушек) и Хабаровске (33,1 и 33,6% соответственно). Наименьшую потребность в данной информации продемонстрировали студенты Мурманска (12,1 и 24,8%). Однако многие респонденты ответили на этот вопрос отрицательно – в целом по массиву 51,3% девушек и 61,9% юношей. Примечательно, что ответы «нет» преобладали в тех регионах и у тех студентов, где в вузах нет никакого учебного курса по проблемам здоровья. Там же, где такие курсы есть, студенты указывают, что им необходимо больше информации и знаний по проблемам сексуального здоровья.

Таким образом, можно констатировать, что в современной молодежной контрацептивной культуре произошли серьезные изменения. На первый план в использовании противозачаточных средств выходит одно из самых надежных – презерватив. Однако осознать, почему именно его они выбирают, молодые люди еще не могут – в большинстве случаев это результат рекламы. А раз это не вполне осознанный выбор, то он и не постоянен (нельзя забывать, что доля абортов среди молодежи остается неизменной, несмотря на все усилия по уменьшению их числа). Можно говорить, что в данный момент на смену абортному типу контрацепции в России приходит скорее презервативный тип контрацептивной культуры, а не гормональный, который более распространен на Западе [52; 53]. В частности, в Голландии 90,7% девушек в возрасте 20–24 лет используют гормональную контрацепцию, в Венгрии этот метод используют 68,1% респондентов.

Возможно, что такое отношение к гормональной контрацепции связано с несколькими факторами. Во-первых, в памяти женщин и специалистов остались воспоминания о гормонах первого поколения, вызывавших не только побочные эффекты, но и осложнения. Во-вторых, большое количество побочных эффектов от использования гормонов связано с самим способом применения – в России это происходит не под контролем врача, а даже если контрацептив назначает врач, то не индивидуально, в соответствии с данными гормонального исследования (тесты на гормоны стоят слишком дорого для среднестатистической россиянки, и врачи обычно не назначают их, не считая необходимыми), а «на глазок» или как рекомендуют производители (которые очень часто работают в связке с врачом). В-третьих, в России нет практики обращения за контрацептивной помощью к врачам гинекологу и эндокринологу, считается, что консультация по этому вопросу не входит в их обязанности. Кроме того, практически

отсутствуют контрацептивные консультации, центры. Девушкам и юношам просто некуда бывает обратиться, о чем свидетельствуют ответы молодежи по данному вопросу.

Однако в последнее время наметилась тенденция более широкого применения гормональных средств контрацепции, что подтверждает наше исследование, а также исследования других авторов [54]. Кроме того, необходимо учитывать особенности сексуального поведения молодежи – небольшая доля браков, смена партнеров и т.д. В отсутствие постоянного партнера оправдано использование презерватива, а не гормональных средств. У юношей практически отсутствуют знания и опыт применения гормонов, они в таком вопросе полагаются на своих партнерш. Таким образом, в ближайшей перспективе не приходится ожидать большого роста в использовании гормональных средств предохранения, скорее всего уровень их применения не достигнет европейских значений [52]. С другой стороны, исследование показало, что значительная часть опрошенных сексуально активных студентов, не планирующих деторождение в ближайшее время, не пользуются контрацептивами вообще (41,1% девушек и 33,4% юношей). Поэтому среди девушек, не практикующих предупреждение беременности, высок риск аборта, следствием которого нередко становится бесплодие.

Обращает на себя внимание тот факт, что студенты ощущают дефицит информации по половому просвещению, это может быть одной из причин такого контрацептивного поведения современной молодежи и свидетельствовать о необходимости разработки и внедрения специальных курсов для студентов. Более того, именно студенты, получившие какие-то знания на курсах, посвященных проблемам здоровья, чаще говорят о необходимости информации по половому просвещению, подтверждая полезность подобного рода знаний.

* * *
*

Исследование «Здоровье студентов» показало, что вторичная занятость студентов не соответствующая их возможностям, – это риск для здоровья учащихся, особенно при плохой его самооценке. Также была выявлена распространенность среди вузовской молодежи таких поведенческих рисков, как: 1) употребление психоактивных веществ; 2) недостаточная компетентность в вопросах питания и внимание к нему; 3) недостаточная саморегуляция; 4) слабая физическая активность с оздоровительной целью; б) низкая культура использования средств контрацепции (значительная часть опрошенных сексуально активных студентов, не планирующих деторождение в ближайшее время, не пользуются контрацептивами). Сочетание поведенческих рисков в жизни человека может создавать синергетический эффект, усиливая с годами отрицательное воздействие каждого из них.

В РФ продолжительность жизни женщин существенно выше, чем мужчин. Во многом это результат гендерных особенностей рискованного для здоровья поведения. Среди юношей больше доля употребляющих различные психоактивные вещества, юноши меньше заботятся о здоровом питании. В то же время девушки менее стрессоустойчивы и вовлечены в занятия физической культурой. Следует подчеркнуть, что среди студенток значительно больше, чем среди женщин старших возрастных групп (в том числе и среди имеющих высшее образование), распространено употребление легальных ПАВ (табак,

алкоголь). Это может отрицательно сказаться и на здоровье, и на продолжительности жизни современных студентов.

Для формирования у молодежи культуры управления собственным здоровьем через оздоровление своего образа жизни необходимо повышение в обществе престижа духовного и интеллектуального развития человека, культивирование ЗОЖ и ответственного отношения к будущему родительству. Важно создать систему первичной и вторичной профилактики употребления различных ПАВ, пропагандировать здоровое питание и организовать его в вузах; предложить студентам курсы обучения практикам улучшения своего эмоционального состояния; развивать инфраструктуру для занятий физкультурой и спортом, создавать службы содействия студентам в выборе посильной работы, не сопряженной с переутомлением и многое другое. Необходима организация просвещения в области ЗОЖ. В России из-за отсутствия экспертизы программного обеспечения предмета «Валеология» было много некачественных разработок, что дискредитировало само это понятие. Лекционные курсы, где рассматриваются проблемы здоровья, нередко называются иначе. Исследование показывает актуальность широкого внедрения в вузах различных здоровьесберегающих технологий и образования в области здоровья с использованием не только дидактических форм, но и тренингов.

В «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.» отмечается необходимость внедрения системы государственных и общественных мер по совершенствованию медико-гигиенического образования и воспитания населения (особенно детей, подростков, молодежи), по эффективной борьбе с вредными привычками, по мотивированию граждан к ЗОЖ и участию в профилактических мероприятиях [55, с.19–20.]. Решение задачи минимизации поведенческих рисков нуждается в социологическом сопровождении и должно опираться на их выявление и изучение. Необходимо отслеживать динамику изменения рискованного поведения различных социально-демографических групп, анализируя эффективность стратегий побуждения к ЗОЖ.

Примечания

1. Эфендиев А.Г., Дудина О.М. Московское студенчество в период реформирования российского общества // Социологические исследования. 1997. №9.
2. Константиновский Д.Л., Чередниченко Г.А., Вознесенская Е.Д. Российский студент сегодня: учеба плюс работа. М.: Изд-во ЦСП, 2002.
3. Здоровье студентов / Под ред. Агаджаняна Н.А. М.: Изд-во РУДН, 1997.
4. Розенфельд Л.Г., Батрымбетова С.А. Здоровье студентов по данным субъективной оценки и факторы риска, влияющие на него // Здравоохранение Российской Федерации. 2008. №4.
5. Черепов В.М., Соболевская О.В., Кузыбаева М.П., Хмель А.А. Проблемы питания населения России как фактор риска здоровью // Здравоохранение Российской Федерации. 2007. №2.
6. Законодательное обеспечение государственной политики в области здорового питания граждан Российской Федерации на период до 2020 года. URL: http://www.council.gov.ru/inf_sl/bulletin/item/314/index.html

7. Президент России – Flash Player Installation / Утверждена Доктрина продовольственной безопасности Российской Федерации. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/6752>
8. Качество жизни и питания населения РФ. URL: http://www.foodsupplements.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=991&Itemid=1
9. *Онищенко Г.Г.* Государственная политика в области здорового питания населения и пути ее реализации // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2009. № 3.
10. Министерство здравоохранения и социального развития РФ // Всемирный день защиты прав потребителей. URL: <http://www.minzdravsoc.ru/social/rights/0>
11. Об организации здорового питания студентов №2324-ПП от 04.09.2009. URL: <http://www.apartment.ru/Article/48767269.html>
12. *Ушаков И.Б., Соколова Н.В., Корденко А.Н. и др.* Провинция: качество жизни и здоровье студентов. Москва-Воронеж: Изд-во «Истоки», 2002.
13. *Камаев И.А., Васильева О.Л.* Динамика заболеваемости и особенности медицинского обслуживания студентов // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2002. №1.
14. В Госдуме обсудили вопросы питания студентов. Круглый стол на тему «Организация питания студентов в условиях реализации антикризисной программы Правительства РФ». URL: <http://www.qwas.ru/russia/edinros/V-Gosdume-obsudili-voprosy-pitanija-studentov/>
15. Накормите студента, и он будет отличником // *Учительская газета*. 2009. №33 (10270). 18 августа. URL: http://www.ug.ru/?action=topic&toid=5994&i_id=62
16. Все, что нужно знать о консервантах. URL: <http://nmn.by/news/530.html>
17. Большой Кулинарный Словарь. Полный список пищевых добавок Е. URL: <http://supercook.ru/1-spe.html>
18. Пищевые добавки // *Питание и общество*. 2008. №6; 2009. №1.
19. Методические рекомендации в области оздоровительного питания. URL: http://www.opitanii.ru/services/food_consult.shtml
20. *Адрианов А.П., Журба М.Г.* Условия безопасного применения бытовых систем доочистки питьевой воды // *Питьевая вода*. 2009. №6.
21. *Носенко М.О.* Исследование вопросов образования и обработки осадков водопроводных сооружений г. Хабаровска // *Питьевая вода*. 2009. №1.
22. *Медик В.А., Осипов А.М.* Университетское студенчество: образ жизни и здоровье. М.: Логос, 2003.
23. *Сапова Н.И., Слуцкий Е.Г.* Здоровье молодежи: Учебное пособие / Под ред. Н.И. Саповой. СПб.: ООО «Агенство «Бис - принт», 2006.
24. Конференция ВОЗ «Молодежь и алкоголь» (Стокгольм, 2001 год). URL: <http://www.tubvichnarco.com/nod/71>
25. Федеральная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005–2009 годы». М., 2005.
26. *Стародубова В.И., Татаркина А.И.* Влияние наркомании на социально-экономическое развитие общества. М., 2005. С. 10.
27. Распространение наркотиков в московских вузах. URL: <http://nodrugs.magelan.ru/velcom.html>

28. Социальная стратификация российского общества / Отв. ред. З.Т. Голенкова. М.: Летний сад, 2003. С.256.
29. *Стегний В.Н., Курбатова Л.Н.* Социальный портрет студенчества в условиях трансформации российского общества. Пермь: Изд-во ПГТУ, 2009. С.111.
30. *Карпенко Ю.Д.* Влияние экзаменационного стресса на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у студентов. URL: http://www.rusnauka.com/SND/Biologia/8_karpenko%20ju.d..doc.htm
31. *Фаустов А.С., Щербатых Ю.В.* Коррекция уровня экзаменационного стресса у студентов как фактор улучшения их здоровья // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2001. №4.
32. *Самигуллин М.Ф.* Экзаменационный стресс – причина эрозивно-язвенных поражений желудка и 12-перстной кишки у студентов // *Казанская государственная медицинская академия*. URL: <http://mfvt.ru/ekzamenacionnyj-stress-prichina-erozivno-yazvennyx-porazhenij-zheludka-i-12pk-u-studentov/>
33. *Варес А.Ю.* Исследование эмоционального стресса у студентов и способы его коррекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. URL: <http://www.childpsy.ru/dissertations/id/18115.php>
34. *Камаев И.А., Иванов А.А., Миронов С.В.* Эффективность внедрения здоровьесберегающих технологий в процесс обучения студентов старших курсов // *Здоровье как ресурс* / Под ред. З.Х Саралиевой. Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2010. С. 232–233.
35. *Архангельский В.Н., Данилова И.А., Денисенко М.Б. и др.* Демографическая ситуация и демографическая политика в Липецкой области. Липецк, 2006.
36. *Боронина Л.Н., Вишневский С.Ю., Вишневский Ю.Р., Лопалева Н.С.* Валеологическая культура студента: 10 лет спустя // *Здоровье как ресурс* / Под ред. З.Х Саралиевой. Н.Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2010. С.122.
37. Медицинская энциклопедия. URL: <http://dikarka.ru/medicina/gipodinamia.shtml>
38. Как используются спортивные сооружения / Управление информации и общественных связей Счетной палаты РФ. 24.02.2004. URL: <http://www.ach.gov.ru/ru/news/archive/792/>
39. *Молодцова В.* Время зависимостей / *Учительская газета*. 2008.10 июня. URL: <http://www.ug.ru/issues07/?action=topic&toid=5101>
40. *Рапопорт Л.А.* Спорт в вузе: проблемы организации // *Теория и практика физической культуры*. 2001. №8. URL: <http://lib.sportedu.ru/press/tpfk/2001N8/p16-18.htm>
41. *Синельников Ю.А.* Проблема обеспечения коррекции низкого уровня физической подготовленности студентов вуза и возможности ее решения // *Физическая культура: воспитание, образование, тренировка*. 2009. №6. С.32.
42. *Немцев О.Б., Козлов Р.С.* Уровень знаний по физической культуре и двигательная активность студентов вуза. URL: <http://www.adygnet.ru/konfer/konfifk2006/soob/3/3NemcevK/3NemcevK.htm>
43. Репродуктивное здоровье: роль ВОЗ в глобальной стратегии. Охрана здоровья матери и ребенка и планирование семьи: качество помощи // *Материалы 48-й сессии ВОЗ*. Серия технических докладов № 569. Женева: ВОЗ, 1977. С. 7.
44. *Каткова И.П.* Репродуктивное здоровье россиянок // *Народонаселение*. 2002. № 4. С. 7–42.

45. *Лопатина Т.В., Пискунова С.Г.* Общественные организации: роль в охране и укреплении репродуктивного здоровья населения. URL: <http://www.socpolitika.ru/rus/conferences/3985/3989/3991/document4225.shtml>
46. *Кротин П.Н., Кожуховская Т.Ю., Таенков А.А.* Репродуктивное поведение и контрацептивный выбор подростков и молодежи. URL: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=20774>
47. *Здравоохранение в России 2009.* URL: http://www.gks.ru/wps/portal/!ut/p/_s.7_0_A
48. *Римашевская Н.М., Каткова И.П., Кравченко Н.А. и др.* Оценка медико-экономической эффективности программ снижения абортов // *Методические рекомендации / МЗ РФ. М., 2001. С.19.*
49. *Здравоохранение в России. 2009.* URL: <http://www.gks.ru>
50. *Андрюшина Е.В., Каткова И.П., Куликова О.А.* Планирование семьи по-русски // *Народонаселение. 2000. № 3. С. 43-47.*
51. *Резникова Т.П.* Контрацептивное поведение молодежи // *СОЦИС. 2003. № 1. С. 86.*
52. *Международное обследование рождаемости и семьи // Демоскоп-weekly. №99-100.* URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2003/099/tema05.php>
53. *Применение контрацепции в мире в 2009 году // Демоскоп-weekly. №417-418. // URL: http://demoscope.ru/weekly/2010/0417/reprod01.php*
54. *Богатова И.К.* Контрацептивное поведение девушек-подростков в течение последних 20 лет. URL: *Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1999. № 3.*
55. *Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. / Минздравсоцразвития // URL: http://www.nrma.ru/Reform/zdr_conception_2020.shtml*

ГЛАВА 4. ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ИНТЕРЕСЫ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ, МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Данная глава посвящена анализу факторов, которые способствуют появлению интереса к здоровью и проявлению активности в отношении него у студенческой молодежи. К таким факторам относится, прежде всего, информированность в сфере здоровья. Информированность студентов о состоянии своего здоровья подразумевает не только их знание о своих заболеваниях, подтвержденных врачебным диагнозом. Термин «информированность» имеет и более широкое значение и может пониматься как образование в области здоровья, знание личности о наиболее распространенных и опасных заболеваниях, о признаках их проявления и о методах профилактики. Это знание полностью зависит от того, насколько человек заботится о своем здоровье. Низкая информированность личности о своем здоровье и об основных факторах, представляющих угрозу для него, приводит к тому, что человек посещает медучреждения только по необходимости, а это обстоятельство, в свою очередь, приводит к различным негативным последствиям, например к росту числа хронических заболеваний. Исследования последних лет, посвященные студенческому здоровью, констатируют развитие негативных тенденций в состоянии здоровья учащихся вузов и недостаточную их информированность в области своего здоровьесбережения. В корне изменить такое положение может только полноценный процесс оздоровления молодого поколения России, в том числе и его элиты – студенчества. Процесс этот должен во многом основываться на продуманной и грамотно преподнесенной информации о ценности здоровья человека, о возможностях современной медицины, о новых методах лечения и профилактики различных заболеваний. Эффективная политика информирования населения по различным медицинским вопросам зависит от того, из каких источников большинство получает данную полезную информацию. Естественно, что это должны быть только достоверные источники, в роли которых могут выступать серьезные и представительные СМИ, а также специалисты в области медицины.

Значительное внимание в главе уделено удовлетворенности студентов платной и бесплатной медицинской помощью и работой различных медицинских учреждений. Вопрос об отношении студентов к разным формам оказания медицинских услуг касается, прежде всего, их качества и доступности для разных категорий учащихся вузов. Полученные сведения приобретают особую актуальность в свете «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.», где отмечено, что одним из приоритетов государственной политики должно являться сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи.

4.1. Потребность в информации о здоровье и здоровый образ жизни

Необходимым условием для поддержания здоровья являются гигиенические знания. Высокая ценность здоровья в системе ценностных ориентаций и установки на заботу о нем побуждают человека пополнять эти знания и применять в повседневной жизни.

Изучение познавательных интересов учащихся различных образовательных учреждений, относящихся к тематике здоровья, влияющим на него факторам и условиям его сохранения, имеет прикладной аспект, так как выводы могут быть использованы для разработки соответствующих учебных курсов. Причем низкий интерес к каким-то важным вопросам означает необходимость создания соответствующей мотивации у слушателей для их успешного освоения.

Особую ценность представляют данные мониторинга потребности учащихся в информации по проблемам здоровья и здорового образа жизни (ЗОЖ). В этой связи остановимся на результатах изучения валеологической культуры студентов в 1997–1998 годах и в 2008 году. Оказалось, что за истекшее десятилетие интерес студентов к валеологии несколько вырос. На желание получить больше знаний в этой области в 1998 г. указали 32% студентов, в 2008 г. – 44% (еще по 12% в каждом срезе считают, что им хватает имеющихся). Небольшая позитивная динамика интереса к валеологической проблематике, по мнению исследователей, связана с недостаточной ролью учебных занятий, что, на их взгляд, повышает актуальность введения в вузах курса валеологии. Изучение желания учащихся расширить свою осведомленность и умения в конкретных областях показало заметное увеличение за 10 лет доли стремящихся пополнить знания о культуре интимных отношений (с 37 до 48%), о средствах психофизического восстановления и коррекции (с 27 до 37%), о программах регуляции веса и коррекции фигуры (с 24 до 31%); о диагностике своего здоровья и физического состояния (с 20 до 31%), о профилактике заболеваний (с 17 до 26%). При этом в 2008 году по сравнению с 1998 годом существенно снизился и до этого невысокий интерес к такому важному компоненту ЗОЖ, как рациональное питание (с 26 до 11%). Зафиксированы и совсем небольшие изменения: увеличение доли интересующихся методами профилактики стресса и утомления (на 2%), сокращение – интересующихся нетрадиционными методами и видами оздоровления (на 5%) и методами преодоления вредных привычек (на 2%). Уменьшение доли желающих получить знания и умения по этой важной для сохранения здоровья проблеме авторы объясняют распространением вредных привычек и неумением учесть социально-психологические особенности молодежи в социальной рекламе и пропаганде [1, с. 122–124].

В исследовании «Здоровье студентов» стремление вузовской молодежи приобрести сведения, которые можно использовать для улучшения своего здоровья, рассматривалось как проявление внимания к нему. Менее половины респондентов (41,9% юношей и 51,5% девушек) указали, что им нужна такая информация. В вопросе речь не шла о каких-то усилиях по ее добыванию, тем не менее отрицательно на данный вопрос ответили соответственно 38,4 и 24,9%, остальные затруднились с ответом. Из этого следует, что почти 60% юношей и половину девушек устраивает состояние их здоровья, а если и не устраивает, то нет желания что-то менять.

Как и ожидалось, мнение о собственном здоровье влияет на потребность в информации, которую можно использовать для его улучшения (табл. 1).

Таблица 1

Потребность в информации для своего оздоровления в зависимости от самооценки здоровья (по полу, %)

Нужна ли Вам какая-либо информация для улучшения своего здоровья?	Юноши				Девушки			
	хорошее	удовлетворительное	плохое	затрудняюсь ответить	хорошее	удовлетворительное	плохое	затрудняюсь ответить
Да	38,6	44,0	52,0	46,5	46,9	56,9	54,1	44,3
Нет	44,4	33,1	36,0	27,2	30,6	19,6	25,9	20,9
Затрудняюсь ответить	17,1	22,9	12,0	26,3	22,5	23,5	20,0	34,8

Среди респондентов с худшей самооценкой здоровья больше доля желающих обладать знаниями, позволяющими его улучшить. Однако, подчеркнем, что не хотят их получить, треть юношей и четверть девушек с «плохим» здоровьем. У юношей более заметна зависимость потребности в знаниях, позволяющих совершенствовать здоровье, от мнения о нем. Разница между ответившими «да» обладателями «хорошего» и «плохого» здоровья составила 13,4% у юношей и 7,2% у девушек.

Строго говоря, об актуальной потребности в информации, которая может служить цели улучшения здоровья и оздоровления образа жизни, правомерно говорить, если предпринимаются какие-либо действия по ее поиску (табл. 2). Причем избирательность познавательной активности выступает маркером представлений о приоритетных направлениях совершенствования своего образа жизни.

Таблица 2

Попытки найти больше информации о ЗОЖ и здоровье (по полу, % и рейтинг)

Пытались ли Вы получить больше информации по следующим вопросам:	Юноши		Девушки	
	%	Рейтинг	%	Рейтинг
Здоровый образ жизни	42,8	1	46,1	3
Психология общения	40,5	2	53,0	2
Правильное питание	36,4	3	60,8	1
Как избавиться от вредных привычек	24,5	4	18,2	7
Факторы риска для Вашего здоровья	23,5	5	24,5	5
Закаливание	16,4	7	7,8	12
Профилактика стресса	15,5	8	26,1	4
Оздоровительная гимнастика	14,6	9	22,0	6
Защита от неблагоприятных экологических факторов	14,5	10	12,6	8
Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний	13,4	11	11,5	9
Материалы (краски и др.), которые лучше использовать в жилище, т.к. они не вредны	10,2	12	8,6	10
Ни по одному из данных вопросов не пытался(ась) получить информацию	18,7	6	8,3	11

Респонденты не были ограничены в выборе ответов. Как юноши, так и девушки чаще всего отмечали попытки больше узнать о правильном питании, ЗОЖ и психологии общения. Это доминирующие темы. Интерес к ним значительно выше, чем к остальным (что свидетельствует о понимании их важности), и имеет гендерные особенности. В группе девушек максимальная доля ответов приходится на «правильное питание» (60,8%), замыкает тройку ответов-лидеров «здоровый образ жизни» (46,1%), у юношей, наоборот, ЗОЖ на 1-м месте (42,8%), на 3-м – правильное питание (36,4%). Вместе с тем подчеркнем, что доля респондентов, которых не интересовал тот или иной из этих трех вопросов, довольно высокая. К остальным темам интерес низкий. Примерно по четверти юношей и девушек выбрали варианты, находящиеся на 4-х и 5-х местах в рейтингах ответов.

Сравнение ответов по полу показывает следующее: во-первых, среди юношей больше доля не пытавшихся получить информацию ни по одному из 11 вопросов, перечисленных в табл. 2; во-вторых, девушки проявили больший интерес к 6 из 11 этих вопросов, юноши – к 5 (избавление от вредных привычек, закаливание, защита от неблагоприятных экологических факторов, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, материалы, которые лучше использовать в жилище, так как они не вредны); в-третьих, девушки значительно чаще, чем юноши, отмечали правильное питание и психологию общения. Это закономерно. В домашнем разделении труда приготовлением пищи в основном занимаются женщины, для них также более значим эмоциональный фон взаимодействия с людьми.

Высокий рейтинг правильного питания и психологии общения объясняется тем, что еда и общение – неотъемлемые компоненты нашей повседневной жизни. Кроме того, для молодежи особенно актуальна потребность повышения социальной компетентности и коммуникативной культуры. Это необходимо для налаживания контактов с людьми в различных сферах жизни.

У вузовской молодежи низкий интерес к закаливанию (особенно у девушек), профилактике стресса и оздоровительной гимнастике (особенно у юношей). В нашей культуре не распространена физическая активность с оздоровительной целью, развитие саморегуляции (аутотренинг и др.) и укрепление иммунитета через закаливание.

Особенно низок интерес у студентов обоего пола к теме профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и к проблеме экологии в связи со здоровьем (защита от внешних неблагоприятных экологических факторов, экология жилища – материалы, которые лучше использовать в нем, так как они не вредны). Молодые люди в силу возраста и хорошего самочувствия не задумываются о причинах высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в России, полагая, что их это не коснется. Равнодушие студенчества к вопросу использования в доме безопасных материалов отчасти можно объяснить тем, что ремонт, приобретением мебели больше занимается старшее поколение в семье, а отчасти невниманием к экологическим проблемам вообще, включая экологию жилища. Слабый интерес к проблеме неблагоприятных средовых воздействий позволяет ожидать не только низкую включенность студентов в движения по защите окружающей среды, но и терпимость некурящих к курению в их присутствии (табачный дым – сильнейший загрязнитель воздуха в помещениях). Те, кто не курит, как правило, не защищают свои права на здоровую среду, хотя их протест мог бы заставить курящих задуматься о пагубности своей привычки и оказать давление на них.

Установки на внимание к здоровью влияют на познавательную активность в сфере ЗОЖ. Это показало сравнение познавательных интересов студентов:

– двух групп – одни заботятся о своем здоровье, а другие не считают нужным это делать. Первые чаще пытались найти сведения по всем перечисленным в табл. 2 вопросам, особенно о ЗОЖ и о правильном питании. Последнюю тему отметили 53,6% тех, кто уделяет внимание здоровью, против 33,4% тех, кто этого не делает; ЗОЖ – соответственно 48,3 против 29,4%, факторы риска для своего здоровья – 26,2 против 13,9%, оздоровительную гимнастику – 20,2 против 11,8%, закаливание – 12,9 против 6,9%;

– придерживающихся трех разных взглядов на то, всегда ли человек должен заботиться о своем здоровье («всегда», «только если он болен», «только когда он может заболеть»). Первые значительно чаще искали информацию по проблемам правильного питания, чем вторые и третьи (54,1 против 22 и 31,5%) и ЗОЖ (48,2 против 23,1 и 22,8%).

Многие из ответивших, что они заботятся о своем здоровье, не предпринимали попыток что-то узнать о факторах риска для него и о различных аспектах ЗОЖ. Это свидетельствует в пользу формальности их ответов о внимании к здоровью.

Предполагалось, что осознаваемые риски для здоровья стимулируют познавательную активность с целью их снижения, что и подтвердилось:

– интерес к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний выше у студентов с «плохим» здоровьем: пытались получить больше информации по данному вопросу 12,3% юношей с самооценкой здоровья «хорошее», 13,7% – «удовлетворительное», 23,7% – «плохое», среди девушек – соответственно 9,4; 12,3; 18,4%;

– учащиеся, подверженные негативным эмоциям, чаще пытались расширить свои знания о профилактике стресса: на это указали 23,8% юношей, которые переживают эти эмоции ежедневно, 22,8% – часто, 12,7% – иногда, 10% – никогда; среди девушек – соответственно 41,6; 31,7; 20,4; 15,0%;

– курящие студенты чаще ищут информацию о том, как избавиться от вредных привычек, чем некурящие: пытались больше узнать по этому вопросу 43,4% курящих юношей и 14,2% некурящих, среди девушек – соответственно 48,5 и 10,3%.

Студенты с худшей самооценкой здоровья реже демонстрировали интерес к проблематике ЗОЖ, хотя им особенно необходимо придерживаться его принципов: среди юношей с «хорошим» здоровьем – 48%, «удовлетворительным» – 40,1%, «плохим» – 30,3%, среди девушек – соответственно 49,9, 43,8, 32,2%.

Сравнение ответов студентов России и Белоруссии показало, что как юноши, так и девушки из Белоруссии несколько чаще отмечали попытки больше узнать о факторах риска для своего здоровья и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Белорусские девушки чаще, чем российские, пытались получить больше сведений о правильном питании и профилактике стресса, юноши – об избавлении от вредных привычек. По остальным вопросам различия между ответами студентов двух стран очень небольшие (Приложение, табл.10).

Как и предполагалось, на активность в поиске сведений по различным вопросам, касающимся ЗОЖ и здоровья, влияет потребность в информации для его улучшения (табл. 3).

Попытки найти больше информации о ЗОЖ и здоровье в зависимости от потребности в информации для его улучшения (по полу, %)

Пытались ли Вы получить больше информации по следующим вопросам?	Юноши		Девушки	
	нужна информация	не нужна информация	нужна информация	не нужна информация
Здоровый образ жизни	53,8	34,5	56,9	34,4
Психология общения	42,7	39,9	55,7	48,2
Правильное питание	51,8	24,6	68,6	50,3
Как избавиться от вредных привычек	27,4	20,0	18,7	17,0
Факторы риска для Вашего здоровья	27,4	18,2	30,5	18,3
Закаливание	18,1	15,8	8,7	8,9
Профилактика стресса	19,4	12,1	28,6	20,8
Оздоровительная гимнастика	16,6	12,0	24,7	19,3
Защита от неблагоприятных экологических факторов	17,7	11,6	14,9	10,8
Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.	18,9	8,1	14,4	8,5
Материалы, которые лучше использовать в жилище	11,6	9,6	9,3	8,7
Ни по одному из данных вопросов не пытался(ась) получить информацию	8,7	26,8	5,5	12,3

Более активны в поиске знаний о ЗОЖ студенты, которые указали, что им нужна информация для улучшения своего здоровья. Они чаще отмечали перечисленные в табл. 3 вопросы, особенно о ЗОЖ и правильном питании. У них также существенно выше интерес к факторам риска для своего здоровья, профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и стресса, а у юношей еще и к вопросам защиты от неблагоприятных экологических факторов и избавлению от вредных привычек, у девушек – к оздоровительной гимнастике.

По сравнению с теми, кто твердо знает, что им необходима информация для улучшения здоровья, у респондентов, которые затруднились с ответом на вопрос, нужна ли она им, также ниже интерес к знаниям о здоровье и ЗОЖ. Исключение составляет тема избавления от вредных привычек.

Поиск информации об избавлении от пагубных пристрастий важен для вторичной профилактики курения, злоупотребления алкоголем и наркопотребления. Среди курящих юношей, которые хотели бы иметь информацию для улучшения здоровья, 52,2% пытались отыскать сведения о преодолении вредных привычек, из тех, кто не знает, нужна ли им такая информация, – 48,9%; из тех, у кого нет потребности в подобной информации, – 33,5%. У девушек соответствующие цифры – 52,5; 48,1 и 43,2%. Установки на поиск

сведений, помогающих поддержать здоровье, повышают потребность в валеологическом образовании и, скорее всего, эффективность вторичной профилактики курения. Но то, что среди курящих студентов, ориентированных на приобретение знаний для улучшения здоровья, почти половина не старались найти сведения об избавлении от вредных привычек, говорит о прочном укоренении последних.

Выше отмечалось, что значительная доля ответов приходится на поиск информации о ЗОЖ. Однако само это понятие не абстракция. Оно раскрывается через позиции, перечисленные в табл. 2–3, хотя ими и не исчерпывается. Слабое внимание к оздоровительной гимнастике, закаливанию, к факторам риска для своего здоровья и другим вопросам заставляет усомниться в том, что студенты серьезно интересуются проблемами здорового образа жизни и пытаются реализовать его принципы на практике. Получается, что они сводят ЗОЖ исключительно к правильному питанию. Это неправомерно. Но и здесь не все однозначно.

Среди искавших сведения о правильном питании указали, что избегают употребления некачественных продуктов 43,9% юношей и 46,2% девушек (по массиву в целом 33,8 и 42,3%), стараются уклониться от позднего ужина 18,4% юношей и 37,6% девушек (в целом по массиву 12,2 и 31,7%). Правильное питание включает и его правильный режим. Формулировка была мягкая – «стараюсь не есть поздно вечером». Отметившие интерес к правильному питанию несколько чаще придерживаются одного из самых общих его правил – отказа от слишком позднего приема пищи (хорошо всем известная врачебная рекомендация), однако и среди них многие игнорирует этот и другие принципы рационального питания. Видимо, ознакомление с проблемой оптимизации питания у студентов имеет нередко поверхностный характер, а возможно даже, лишь сводится к чтению рецептов о вкусной и здоровой пище.

Актуальность вопроса о повышении у студентов культуры самосохранительного поведения не вызывает сомнения. В некоторых высших учебных заведениях есть специальные образовательные программы по здоровью (табл. 4).

Таблица 4

Наличие в вузе предмета по проблемам здоровья (по полу, %)

Есть ли в Вашем вузе какой-либо предмет, спецкурс по проблемам здоровья?	Юноши	Девушки
Да	32,0	40,7
Нет	52,2	46,6
Трудно сказать	15,8	12,7

Немногим менее трети юношей и свыше 40% девушек отметили, что в их вузе преподают предмет или спецкурс по проблемам здоровья (в целом по выборке 36,7%). В Белоруссии студенты указывали на подобный курс значительно чаще, чем в России (59,6 против 30,7%). Распределение по городам союзных государств приводится в приложении (Приложение, табл. 11–12). В столице Белоруссии и Гродно доли студентов, указавших такой предмет, очень близки. В РФ чаще остальных его отмечали юноши из Брянска и Ульяновска и девушки из Москвы, Ульяновска и Уфы. Почти в каждом образовательном заведении нашлись те, кто считает, что такой предмет читают в их вузе, и те, кто имеет противоположное мнение. На 1–2-х курсах доля отметивших наличие предмета меньше,

чем на 3–4-х и 5–6-х курсах. Это означает, что его, как правило, начинают преподавать с 3-го курса или еще позже (Приложение, табл. 13).

Учащиеся вузов – это будущая интеллигенция. За годы обучения они развиваются как специалисты, расширяется их кругозор. Однако по уровню интереса к возможностям оздоровления своего образа жизни старшекурсники мало отличаются от учащихся младших курсов. Сравнение распределения ответов студентов 5–6-х и 1–2-х курсов на вопрос о попытках отыскать информацию о здоровье, о ЗОЖ и его разных аспектах показало, что юноши-старшекурсники немного чаще отмечали интерес к психологии общения (45,9 против 40,5%), девушки-старшекурсницы – к правильному питанию (63,3 против 55,5%). В остальных вопросах различия ответов между студентами старших и младших курсов очень небольшие. Напрашивается вывод, что вузовское образование не является фактором, стимулирующим познавательную мотивацию и активность в сфере здоровья и ЗОЖ.

В Белоруссии как юноши, так и девушки, обучающиеся на 5–6-х курсах, по сравнению с учащимися 1–2-х курсов заметно реже отмечали попытки найти информацию о ЗОЖ и факторах риска для своего здоровья. Кроме того, юноши реже указывали на попытки отыскать сведения об оздоровительной гимнастике, девушки – о психологии общения. Как показано выше, среди студентов Белоруссии больше доля указавших, что в их вузе читается курс по здоровью. Скорее всего, вышеназванные темы в нем не затрагиваются или раскрываются, не увлекая студентов. Ценность образования, прежде всего, в стимуляции познавательной потребности и поиска знаний. Использованный инструментарий не позволяет выделить группу студентов, прослушавших курс по здоровью, тем не менее, справедливо заметить, что ни в России, ни в Белоруссии не прослеживается позитивное влияние вузовского образования на познавательную активность студентов по перечисленным в табл. 2 вопросам.

Анализ влияния возраста на попытки получить знания о здоровье и ЗОЖ показал, что и у юношей, и у девушек в возрастной группе 23–25 лет по сравнению с возрастной группой 18–20 лет существенно больше доля пытавшихся расширить представления о профилактике стресса (31,9 против 20,5%), о защите от неблагоприятных экологических факторов (20 против 13%), об экологически безопасных материалах для жилища (20 против 8,9%), о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (20 против 11%). Видимо, с возрастом студенты попадают в ситуации, повышающие интерес к проблемам сохранения здоровья и создания более благоприятных условий жизни. Но это происходит независимо от вузовского образования в сфере здоровья.

О недостаточном освещении в высшей школе проблем первой медпомощи пострадавшим в различных ситуациях, которые возникают в быту, и/или о том, что такая просветительская работа не проводится, свидетельствует почти полное отсутствие динамики знаний у респондентов по перечисленным в табл. 5 вопросам.

Таблица 5

Зависимость умения оказать первую медицинскую помощь от курса обучения (%)

Сможете ли Вы оказать первую медицинскую помощь:	1–2-й курс	5–6-й курс
Когда человеку стало плохо в транспорте, на улице и т.п.	66,6	69,0
При ожоге	58,6	59,9
При отравлении	57,2	64,2
Тонувшему человеку	54,0	53,6
Получившему сотрясение мозга	34,0	36,8
При переломе	50,2	55,5
Пораженному электрическим током	24,9	34,6
При сердечной недостаточности	17,4	21,3

Овладение навыками оказания первой медицинской помощи помогает существенно снизить последствия для здоровья человека чрезвычайных происшествий, перечисленных в табл. 5. На старших курсах по сравнению с младшими несколько больше доля отметивших, что они могут оказать помощь при отравлениях и переломах. Знания о предпринимаемых в этих ситуациях мерах, скорее всего, приходят после столкновения с несчастными случаями. Наиболее заметно увеличивается от первых курсов к выпускным доля ответов об оказании помощи пораженному электрическим током, особенно среди учащихся технических вузов. Скорее всего, в процессе обучения молодые люди проходят инструктаж по технике безопасности. В Белоруссии доля отметивших владение навыками помощи пострадавшему от воздействия электротока на первых курсах в два раза больше, чем в России.

Важность медицинского просвещения в вузах РФ провозглашается на высоком управленческом уровне. Так, на совещании с ректорами вузов Москвы отмечалось: «Улучшение состояния здоровья студентов невозможно без медицинского просвещения. Санитарное просвещение необходимо вести не только среди студентов, но и среди преподавателей. Однако сегодня никакой серьезной работы в этом направлении не ведется. Медицинское просвещение, к сожалению, ушло глубоко в советское прошлое. Сегодня лишь отдельные вузы организывают у себя подобную работу. ... В качестве первого шага нам необходимо с помощью общественных организаций воссоздать центры санитарного просвещения и, может быть, начать именно с вузов» [2].

В «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.» отмечается, что для формирования здорового образа жизни необходимо внедрение системы государственных и общественных мер, включая меры по: «совершенствованию медико-гигиенического образования и воспитания населения, особенно детей, подростков, молодежи, через средства массовой информации и обязательному внедрению соответствующих образовательных программ в учреждения дошкольного, среднего и высшего образования» [3, с. 16]. Сейчас в ряде регионов открылись Центры здоровья, рассчитанные на здорового человека. Нужно думать о том, как мотивировать на посещение этих центров здоровое население трудоспособного возраста, подростков и молодежь. Туда скорее обратятся люди пожилого возраста,

которые и так часто посещают медицинские учреждения. Просветительская работа указанных центров нуждается в социологическом сопровождении.

В завершение анализа отметим, что почти 60% юношей и около половины девушек не выразили желания иметь информацию, которая могла бы как-то способствовать улучшению их здоровья. Немногие опрошенные пытались найти сведения об улучшении экологии жилища, о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, менее четверти – о факторах риска для своего здоровья, о профилактике стресса и об оздоровительной гимнастике. Напрашивается вывод, что значительная доля ответов об интересе к ЗОЖ скорее дань социально одобряемому поведению. То же можно сказать и об интересе к правильному питанию, который отметила значительная часть студентов. Большинство указавших попытки найти информацию по этой теме не стараются выполнять простейший принцип режима правильного питания (избегать позднего ужина) и не проявляют должного внимания к качеству употребляемых продуктов. Вероятно, главная причина столь частого упоминания правильного питания состоит в его роли в нашей обыденной жизни.

Факторами, влияющими на познавательную активность в сфере ЗОЖ, являются установки на внимание к здоровью, поэтому актуально их формирование через СМИ и в системе высшего образования. Вместе с тем многие из студентов, отметивших заботу о своем здоровье, не предпринимали попыток что-то узнать о факторах риска для него, о различных вопросах, касающихся ЗОЖ. Это свидетельствует в пользу формальности их ответов о внимании к здоровью.

Рейтинг тем, по которым учащиеся пытались искать сведения, будет полезен для совершенствования образования студентов в сфере здоровья. Желание следовать социально одобряемым нормам может мотивировать их на изучение вопросов, касающихся здоровья и ЗОЖ, в рамках специального предмета.

Риски в отношении здоровья стимулируют познавательный интерес к тому, как их снизить. Студентам, которые хотят сократить уровень эмоционального напряжения или бросить курить, нужна помощь. Первым – в повышении уровня саморегуляции, вторым – в избавлении от вредной привычки.

Исследование показало, что вузовское образование не формирует у студентов познавательной мотивации в сфере здоровья и ЗОЖ и не дает знаний об оказании первой медицинской помощи в требующих их жизненных ситуациях.

4.2. Медицинская активность и профилактика заболеваний

Своевременное обращение за медицинской помощью и регулярное прохождение профилактических осмотров способствует предотвращению возникновения хронических болезней и осложнений. Значение профилактических мероприятий для здоровья современной молодежи постоянно возрастает, учитывая усиление влияния ряда факторов риска, включая поведенческий. На 14-м Конгрессе европейского сообщества школьной и университетской медицины (Финляндия, Тампере, июнь 2007 года) была принята декларация по охране здоровья студентов в Европе. В ней в качестве наиболее актуальных и значимых проблем здоровья этого контингента отмечались «повышение уровня психических расстройств, избыточной массы тела и ожирения, желудочно-кишечных расстройств, расстройств костно-мышечной системы, возрастание риска сердечно-сосудистых заболеваний, подростковая беременность, инфекции, передающиеся половым

путем, проблемы со здоровьем, вызванные табакокурением, употреблением алкоголя и наркотиков» [4, с. 37].

В России исследования, посвященные здоровью вузовской молодежи, проводятся в основном на региональном уровне. Часто отмечается его неблагоприятная динамика. Так, анализ общей заболеваемости студентов Магнитогорска за 2000–2004 годы показал ее рост на 15,2% при снижении первичной заболеваемости на 7,4%, «что является критерием роста накапливаемой хронической патологии среди студентов. Это, прежде всего, относится к болезням глаза и его придаточного аппарата, нервной системы, костно-мышечной системы и соединительной ткани» [5, с. 56]. Целый ряд исследований констатировал ухудшение здоровья студентов на протяжении учебы в высшей школе. Например, в одном из них было установлено, что за годы обучения «число здоровых и практически здоровых лиц уменьшилось на 25,9%, а хронически больных увеличилось на 12,7%» [6, с. 86]. Аналогичные результаты были получены и при анализе данных длительного мониторинга [6]. Углубленный медицинский осмотр учащихся вузов Нижнего Новгорода, проведенный бригадой врачей студенческой поликлиники, показал, что «уровень морфофункциональных отклонений и хронических заболеваний у первокурсников составляет 118,9 на 100 осмотренных, а у студентов IV курсов – в 1,4 раза больше, 167,7 на 100 осмотренных» [7, с. 27]. В исследовании медицинской активности и гигиенического поведения студентов выпускных курсов высших и средних медицинских заведений, проведенном в Санкт-Петербурге, выяснялось мнение самих учащихся о динамике их здоровья за последний год. Около 69% выпускников отметили его ухудшение за этот период. Среди них преобладали студенты вузов (78%) [8, с. 12]. Динамику показателей здоровья студентов изучают и ученые стран СНГ. По данным опроса студентов г. Актобе (Республика Казахстан), «удельный вес хронически больных увеличивается с 18,7% на первом курсе до 24,9% на 5-м» [9, с. 38].

На медицинскую активность населения и его различных контингентов не может не влиять состояние здравоохранения и медицинской помощи (ее доступность и качество). В начале нашего века исследователи охраны здоровья учащихся высшей школы РФ пришли к выводу об отсутствии единого методического подхода к вопросам организации медицинского обслуживания студентов. Действует разрозненная сеть лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) данного профиля. В разных городах России в нее входят отделения городских территориальных поликлиник, консультативные поликлиники, а также самостоятельные ведомственные, вузовские и межвузовские здравпункты (фельдшерские и врачебные), поликлиники и объединенные больницы. По мнению аналитиков, утвержденное Минздравом «Положение о городской поликлинике, оказывающей медицинскую помощь студентам высших и учащимся средних специальных заведений» (1985) не акцентирует внимания на структуре прикрепленных контингентов. ЛПУ, обслуживающие учащихся учреждений среднего и высшего профессионального образования, школьников выпускных классов, создавались по принципу и подобию территориальных, работавших с взрослым населением, которому они также оказывают медицинскую помощь. Возрастная специфика молодежи, прикрепленной к студенческим здравпунктам, поликлиникам, объединенным больницам, учитывается не в полной мере, поэтому «лечебно-профилактические и оздоровительные мероприятия, проводимые данными учреждениями в отношении студентов, не всегда достигают поставленных целей» [7, с. 28].

В настоящее время состояние медицинской помощи школьникам, учащимся учреждений среднего и высшего профессионального образования оценивается по-разному. «Если школьное здравоохранение еще теплится (к нему сейчас приковано внимание многих госслужащих), то медицинское обеспечение учащихся профессиональных училищ находится в плачевном состоянии, студентов – тоже не в лучшем виде. Крупные вузы пока не в состоянии его поддерживать, а в небольших учебных заведениях, филиалах оно организовано крайне слабо» [4, с. 37–38]. Снижается обеспеченность высших учебных заведений здравпунктами. Со времен перестройки их лишились 11 столичных вузов, так как не могли получить лицензии на эту деятельность [2]. На совещании в правительстве Москвы с ректорами вузов представители студенческой общественности подняли еще одну проблему – доступности бесплатной медицинской помощи. Отмечалось, что даже при наличии у студента страхового полиса лечебные учреждения могут отказать ему в ее предоставлении [2]. Это подтверждают и социологические исследования. Например, в интервью, проведенном в одной из поликлиник Липецка в 2006 году¹, учащаяся колледжа, получившая полис ОМС в Липецкой области (в областном центре она проживала в период обучения), рассказала, что после перелома ноги ей не оказали бесплатной медицинской помощи в больнице этого города, куда ее доставили работники скорой помощи. Сильная боль заставила девушку воспользоваться платными медицинскими услугами.

Опрос студентов Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого показал, что только около 15% респондентов считают доступной учащимся высшей школы качественную медицинскую помощь. Почти каждый второй придерживается противоположного мнения (девушки чаще, чем юноши). Доля отрицательных ответов растет с возрастом, с ухудшением самооценки здоровья и снижением уровня благосостояния. Интерпретируя результаты опроса, авторы высказывают справедливое опасение, что обращаемость студентов в муниципальные учреждения здравоохранения оказывается ниже реальной потребности, заменяясь самолечением [10, с. 118–120].

Реформы здравоохранения в РФ стимулировали рост платных медицинских услуг. В комментариях этой ситуации, как правило, подчеркивается, что государство, декларируя гарантии медицинского обслуживания, на деле стремится переложить расходы по лечению на самих пациентов. Особенно трудно приходится малообеспеченным слоям населения. Официальные и неофициальные платежи за формально гарантированную государством медпомощь забирают у наименее обеспеченных семей более значительную долю дохода, чем у семей состоятельных. «Причем в "бедном" регионе эта социальная дискриминация выражена сильнее, чем в "богатом"» [11, с. 208]. Как показал опрос университетского студенчества, экономические мотивы отказа от помощи врача во время болезни отметили почти 38% опрошенных. С тем, что стоимость хорошего обследования, лечения не позволяет обращаться за медицинской помощью, согласились более половины студентов с удовлетворительным уровнем материального благосостояния, почти две трети – с низким и свыше 80% – с критически низким уровнем [10, с. 132–133].

¹ Проект «Поддержка развития системы учреждений первичной медицинской помощи на государственном и муниципальном уровнях» (TACIS, EuropeAid / 121293/C/SV|RU, 2006-2007 гг.). Руководитель с российской стороны – И.В. Журавлева.

При малых затратах на здравоохранение крайне важна диспансеризация населения, снижающая потребности в более дорогостоящей стационарной помощи. В конце 90-х годов специалисты констатировали неполный охват диспансерным наблюдением студентов, относящихся к группе повышенного риска в связи с социально-гигиеническими характеристиками и состоянием здоровья. Отмечались такие недостатки диспансеризации учащихся вузов, как сведение ее к «очередному медицинскому осмотру». Мало внимания уделялось выявлению отрицательных факторов в образе жизни учащихся. Об этом свидетельствовало «отсутствие в амбулаторных картах студентов рекомендации по оптимизации образа жизни со стороны цехового врача» [6, с. 86]. Кроме того, обращалось внимание на недооценку студентами значимости диспансерного обследования. Оказалось, что только 17% из них считают его прохождение нужным и полезным [6; с. 86]. Такое отношение у многих учащихся встречается и поныне.

В столице действует Постановление правительства Москвы «О состоянии диспансеризации студентов московских вузов и мерах по ее улучшению» от 21 августа 2007 года. В 2006 году диспансеризацию прошли 280 тыс. студентов. В 2007–2008 годах за счет прикрепления 10 вузов увеличилось число студентов, подлежащих диспансеризации. «В 2008 году столичным Департаментом здравоохранения были заключены соответствующие договоры с вузами о проведении диспансеризации студентов, общее количество обслуживаемых увеличено до 320 тыс. человек, но почти 40% (а это 200 тыс. студентов) остались неохваченными» [2]. В числе причин называется и отношение учащихся вузов к диспансерному обследованию – в настоящее время нет законов, обязывающих студенческую молодежь проходить его. Не определены и правовые отношения со студентами по вакцинопрофилактике и по тестированию на употребление наркотиков [2].

Исследование «Здоровье студентов» проводилось в России и Белоруссии. В этих союзных государствах системы оказания бесплатной медпомощи имеют свои особенности, поэтому в данном параграфе ответы студентов российских и белорусских вузов приводятся раздельно. Распределение ответов о посещении учащимися врачей за истекший год представлено в табл.6.

Таблица 6

Обращение студентов к врачам за последний год на платной и бесплатной основе в целом по массиву и по государствам (по полу, %)

Обращались ли Вы на протяжении последнего года к врачам?	Юноши		Девушки		В целом по массиву	
	Рос-сия	Бело-руссия	Рос-сия	Бело-руссия	Юноши	Девушки
<i>На условиях бесплатного обслуживания</i>						
Да	61,6	59,9	63,6	78,4	61,3	66,8
Нет	38,4	40,1	36,4	21,6	38,7	33,2
<i>За плату</i>						
Да	43,1	24,6	54,2	49,3	39,7	53,2
Нет	56,9	75,4	45,8	50,7	60,3	46,8

В обоих государствах по посещению врачей девушки активнее юношей. Они чаще отмечали обращение к докторам, как бесплатное, так и платное, за последний год. Среди учащихся российских вузов, особенно среди юношей, больше доля заплативших за

свой визит к врачам, чем среди студентов Белоруссии. В России меньше доля девушек посещавших их бесплатно, чем в Белоруссии.

Студенты-белорусы чаще, чем россияне, отмечали обращение только к бесплатной медицинской помощи, реже – исключительно к платной (табл. 7)

Таблица 7

Обращение студентов к врачам за последний год в целом по массиву и по государствам (по полу, %)²

Обращались ли Вы на протяжении последнего года к врачам:	Юноши		Девушки		В целом по массиву	
	Россия	Белоруссия	Россия	Белоруссия	Юноши	Девушки
Только бесплатно	30,1	38,1	27,5	35,0	31,6	29,1
И платно, и бесплатно	30,0	20,6	35,1	42,0	28,2	36,6
Только платно	12,8	3,9	18,1	7,2	11,2	15,8
Не обращались	27,1	37,4	19,3	15,8	29,0	18,6

В России пользовались услугами врачей за последний год (на платной или бесплатной основе) 72,9% юношей и 80,7% девушек, в Белоруссии – соответственно 62,6 и 84,2%. Доля юношей, прибегавших к помощи врачей, в РФ больше, чем в Белоруссии.

Доля пользовавшихся платной медициной (и юношей, и девушек) в Москве больше, чем в Минске, в Брянске больше, чем в Гродно. В отношении бесплатной медицины не все так однозначно. Заметно чаще к ней обращались юноши из Брянска по сравнению с юношами Гродно, минчанки по сравнению с москвичками.

Как уже отмечалось выше, среди юношей Белоруссии на 10,3% больше доля не посещавших врача в течение года, чем среди юношей из России. Этому трудно найти исчерпывающее объяснение, исходя из имеющихся данных. Самооценка здоровья белорусских юношей в среднем оказалась несколько хуже (Приложение, табл. 14), и они более подвержены респираторным заболеваниям (Приложение, табл. 15). Сопоставление ответов юношей – россиян и белорусов, которые не пользовались врачебной помощью за прошедший год, показало, что хотя российские юноши этой категории лучшего мнения о собственном здоровье, чем белорусские, но различия в ответах о заболеваемости гриппом, ОРЗ и другими простудными заболеваниями у этих категорий студентов не выражены.

Очевидно, что мнение о своем здоровье и частота заболеваемости ОРВИ, гриппом взаимосвязаны и влияют на обращаемость к врачам. В исследовании на конкретных цифрах показано, что доля посещавших их за последний год больше среди респондентов с «плохим» здоровьем и среди часто болеющих респираторными заболеваниями (Приложение, табл. 16–17).

Доля прибегавших за последний год исключительно к платным услугам (не пользовавшихся бесплатными) в России существенно больше, чем в Белоруссии, в каждой из трех групп с разным уровнем доходов. В группах с душевым доходом до 15 тыс. рублей 14,5% в России и 5,3% в Белоруссии (больше в 3 раза), в группе от 15 до 30 тыс. рублей – соответственно 17,2 и 8,9% (больше в 2 раза), свыше 30 тыс. рублей 21,5 и 6,7% (больше в 3 раза).

² Данные табл. 7 вычислялись только к ответившим на оба вопроса (обращение к платным и бесплатным услугам). Поэтому сумма ответов, отражающая долю получивших платную или бесплатную медпомощь, рассчитанная по этой таблице, незначительно отличается от данных, приведенных в табл. 6.

То, что белорусские студенты реже отмечали обращение исключительно к платной медицинской помощи, чаще – к бесплатной, является аргументом в пользу большей доступности, а возможно, и лучшего качества бесплатного медицинского обслуживания в Белоруссии. Однако такой вывод только на основании имеющихся материалов был бы преждевременным. Для его обоснования необходимо специальное исследование: рассмотрение обращения к услугам бесплатного и платного здравоохранения, удовлетворенность и тем, и другим респондентов с разным уровнем доходов (выделяемым на основе прожиточного минимума в каждой из стран), с различным состоянием здоровья и др. Необходим анализ обращения к разным сегментам рынка медицинских услуг, применение качественных методов сбора данных и др. Очень важно изучить поведение населения с низким душевым доходом и с «плохим» здоровьем.

В белорусском массиве оказались малочисленными категории учащихся с самооценкой здоровья «плохое» и с высокими доходами. Тем не менее в обеих странах прослеживаются некоторые общие тенденции посещения врачей в зависимости от мнения о своем здоровье и в зависимости от группы доходов:

– по данным анализа структуры обращений за последний год (только платно; только бесплатно; и платно, и бесплатно), с ухудшением самооценки здоровья и с повышением заболеваемости гриппом, ОРЗ и другими простудными заболеваниями значительно увеличивается доля студентов, пользовавшихся как бесплатной, так и платной медицинской помощью;

– девушки из высокодоходной группы по сравнению с низкодоходной в среднем чаще пользовались платной врачебной помощью. Разница по этому показателю между ними в РФ – 9%, в Белоруссии –12,2% (Приложение, табл. 18).

Понятие «медицинская активность» отражает не просто частоту посещений медицинских учреждений. Оно имеет содержательные характеристики: своевременность, цель (профилактика, лечение) и др. Запоздалое обращение за квалифицированной медицинской консультацией, обследованием, лечением является показателем низкой культуры самосохранительного поведения. Но именно оно распространено среди учащихся вузов. Это установлено, в частности, в исследовании гигиенического поведения студентов выпускных курсов высших и средних медицинских учебных заведений. Согласно полученным данным своевременно обращались за первичной медико-социальной помощью при появлении серьезных симптомов заболевания только 55,7% студентов, а в том случае, если не помогли имеющиеся средства лечения или состояние здоровья серьезно ухудшалось, – 42,3% [8, с. 12]. По материалам уже упоминавшегося опроса университетской молодежи, если температура превышает нормальную, всегда обращаются за врачебными услугами только 5,2% студентов, часто – 10,3%, редко – 41,2%, остальные – никогда. При сильной боли – соответственно 27,8, 28,5 и 34,3% [10, с. 125]. Выраженный болевой синдром свидетельствует об остром состоянии. Но даже в этом случае многие студенты довольствуются самолечением.

В исследовании «Здоровье студентов» также рассматривался вопрос о поводах обращения студентов за медицинской помощью (табл. 8).

Наиболее характерные поводы обращения за медицинской помощью студентов в России и Белоруссии (по полу, % и рейтинг)

Какая из следующих ситуаций обращения за медицинской помощью наиболее характерна для Вас?	Юноши				Девушки			
	Россия		Белоруссия		Россия		Белоруссия	
	%	рей- тинг	%	рей- тинг	%	рей- тинг	%	рей- тинг
Обращаюсь при малейшем недомогании	4,1	6	1,3	6	3,3	5	2,6	5
Обращаюсь, когда в течение нескольких дней плохо себя чувствую	33,5	2	28,7	2	40,7	1	44,8	1
Обращаюсь только в случае тяжелой болезни	40,1	1	39,9	1	40,2	2	31,8	2
Обращаюсь, когда нужен бюллетень	5,3	4	10,2	4	4,2	4	7,4	4
К врачам по своей инициативе не обращаюсь, но прохожу обязательные диспансерные обследования (в вузе, на работе)	12,6	3	17,5	3	8,4	3	13,0	3
К врачам никогда не обращаюсь	4,4	5	2,3	5	3,1	6	0,5	6

Наблюдается общность тенденций в поведении учащихся вузов двух государств. Ранговое распределение ответов, как юношей, так и девушек РФ и РБ совпадают. У юношей на 1-м месте обращение в случае тяжелой болезни, у девушек – после нескольких дней плохого самочувствия. На последнем месте у юношей обращение при малейшем недомогании, у девушек – отказ от врачебных услуг. Идентичность ранжирования ответов студентов России и Белоруссии, скорее всего, объясняется общностью традиций отношения к здоровью и верой молодежи в его большие запасы.

Самая низкая медицинская активность или ее полное отсутствие у респондентов, которые вообще не ходят к врачам или идут к ним формально, за бюллетенем. Низкая она и у тех, кто посещает медицинские учреждения только потому, что диспансеризация – обязательное требование в вузе или на работе. Легкое недомогание, как правило, приводит к врачам очень небольшую часть студентов. Вузовская молодежь идет к ним по более серьезным поводам. Студенты в начале болезни надеются на свое здоровье и домашние средства. Посещение по причине легкого недомогания – это признак повышенной заботы, возможно, и тревоги за здоровье. Обходятся без врачебных услуг или получают их под влиянием внешних обстоятельств (обязательная диспансеризация, потребность в бюллетене) также немногие. По преобладающим поводам обращения выделяются две весомые категории студентов. Одни идут за квалифицированной медицинской помощью, если им самостоятельно на протяжении нескольких дней не удастся преодолеть недомогание. Других во врачебный кабинет приводит значительное ухудшение состояния здоровья (тяжелая болезнь). Обращение к медицине даже после

короткого периода плохого самочувствия означает, что студенты нередко переносят на ногах заболевания, требующие постельного режима. Это тем более справедливо в отношении посещающих поликлинику только в случае тяжелой болезни.

Среди российских студентов больше доля предпочитающих вообще не обращаться к врачам, среди белорусских – идти к ним только, когда нужен бюллетень. Учащиеся из РФ немного реже, чем их белорусские сверстники, отмечали, что хотя и не прибегают по своей инициативе к медицинской помощи, но проходят обязательную диспансеризацию. Трудно сказать, связано ли это с особенностями системы ее организации и проведения в союзных государствах. Юноши-россияне чаще, чем белорусы, отмечали в качестве повода посещения медицинских работников несколько дней плохого самочувствия. Сравнение ответов студенток по этому индикатору оказалось в пользу девушек из РБ. Российские студентки существенно чаще белорусских выбирали ответ «обращаюсь, только в случае тяжелой болезни». Это показатель их более низкой культуры самосохранительного поведения.

Установки в отношении здоровья влияют на поводы обращения за медицинской помощью. Учащиеся, которые проявляют заботу о здоровье, чаще (35,4% юношей и 43,6% девушек), чем те, кто этого не делает (23,4 и 30,3% соответственно), указывали обращение к врачам после нескольких дней плохого самочувствия. Те, кто не считает нужным проявлять внимание к здоровью, чаще отмечали приход в медицинское учреждение за бюллетенем (11,1% – юноши, 9,3% – девушки, против 4,8 и 4,1% среди тех, кто заботится о своем здоровье). Кроме того, среди тех, кто думает, что человек всегда должен заботиться о своем здоровье, заметно больше доля посещающих врача после нескольких дней плохого самочувствия, чем среди тех, кто считает, что о здоровье, нужно заботиться только в случае болезни или при повышении риска заболевания, и меньше тех, кого приводит к врачу тяжелая болезнь. Студенты с «хорошим», по самооценке, здоровьем чаще, чем с «удовлетворительным» и «плохим», ограничивают свое посещение врачей обязательной диспансеризацией, с «удовлетворительным» и «плохим» – чаще приходят за профессиональной медицинской помощью в случае тяжелой болезни. Скорее всего, именно она – причина самооценки здоровья «плохое». Здесь приведены данные по общему российско-белорусскому массиву, так как эти тенденции общие для учащихся России и Белоруссии.

Среди российских студентов (и юношей, и девушек), которые не обращались к врачам за последний год, в 2–3 раза больше доля ответов «к врачам никогда не обращаюсь» (10,5% юноши и 11,4% девушки), чем в среднем по массивам российских юношей и девушек (табл. 8). То есть среди респондентов РФ, которые не были у докторов в течение последнего года, присутствуют не только те, у кого не было повода их посещать, но и те, для кого отказ от медицинской помощи – это принципиальная позиция, реализуемая на практике. Диспансеризация – единственная возможность предупредить развитие возможных серьезных заболеваний у этой категории опрошенных.

Самосохранительное поведение предполагает меры профилактики возможных заболеваний. Это не только укрепление здоровья, но и обращение к специалистам по своей инициативе для его контроля, и предупреждение обострения хронических заболеваний, и профилактические меры в период эпидемий гриппа, а также в то время года, когда организм страдает от недостатка витаминов (табл. 9).

**Профилактика заболеваний студентами в целом по массиву и по государствам
(по полу, %)**

Предпринимаете ли Вы какие-либо из следующих профилактических мер?	Юноши		Девушки		В целом по массиву	
	Рос-сия	Бело-руссия	Рос-сия	Бело-руссия	Юноши	Девушки
Самостоятельно обращаюсь к врачу с целью профосмотра или консультации	17,9	11,7	19,8	23,5	16,7	20,7
Принимаю витамины в зимне-весенний период времени	56,4	68,1	65,0	79,8	58,7	68,3
Принимаю профилактические меры в случае эпидемии гриппа	34,5	39,2	40,5	43,9	35,4	41,3
Принимаю профилактические меры для предупреждения обострения хронических заболеваний	21,2	22,0	19,4	26,1	21,4	20,9
Другое	6,8	4,0	4,3	2,9	6,3	4,0

Как следует из полученных данных, предупреждение возможных заболеваний находится у студентов обоих государств на низком уровне – превентивные меры в случае эпидемии гриппа принимают только треть юношей из России и около 40% из Белоруссии. В каждом государстве девушки чаще отмечали этот ответ, чем юноши, но и их доля лишь немного превышает 40%.

Невнимание к предупреждению гриппа увеличивает риск заражения им. Особенно непопулярны профилактические меры в период его эпидемии среди студентов, подверженных этому заболеванию, ОРЗ и другим простудным заболеваниям. Среди тех, кто болеет ими 6–8 раз в году, обращение к профилактике в период повышения риска заразиться гриппом отметили 27,3% юношей и 32,9% девушек, среди тех, кто болеет 1-2 раза в году, – соответственно 35,3 и 42,4%.

Визит к врачу по своей инициативе для профилактического осмотра также не распространен. В какой-то мере это объясняется неразвитостью профилактической медицины. Обращение с этой целью к врачу чаще отмечали российские юноши, чем белорусские, и белорусские девушки чаще, чем российские.

При рассмотрении превентивной активности студентов в зависимости от наиболее характерных поводов обращения в медицинские учреждения оказалось, что среди тех, кто как правило приходит к врачам при малейшем недомогании, намного больше доля самостоятельно обращающихся к врачам и с целью профилактики, – 42,3% юношей и 65% девушек, тогда как в целом по всему массиву – соответственно 16,7 и 20,7%.

Как и ожидалось, большее внимание предупреждению возможных заболеваний уделяют студенты, заботящиеся о здоровье. Среди них почти в 2 раза больше доля самостоятельно посещающих врача с целью профилактического осмотра или консультации (Приложение, табл. 19). Эта тенденция характерна для студентов как Белоруссии, так и России.

Между ответами учащихся двух союзных государств есть различия. Респонденты из Белоруссии заметно чаще отмечали прием витаминов в зимне-весенний период и немного чаще – попытки предотвратить заражение во время эпидемии гриппа (табл.9). Не исключено, что это результат более широкого охвата белорусских студентов образованием в сфере здоровья.

В заключение отметим, что в России обращались к врачам за последний год (на платной или бесплатной основе) 72,9% юношей и 80,7% девушек, в Белоруссии – соответственно 62,6 и 84,2% (доля юношей из РБ на 10,3% меньше, чем в РФ). Девушки обоих государств чаще прибегают к медицинской помощи, как к бесплатной, так и платной.

Студенты из Белоруссии чаще, чем из России, отмечали, что пользовались только бесплатным здравоохранением, реже – исключительно платным. Это свидетельствует в пользу большей доступности бесплатного медицинского обслуживания в Республике Беларусь.

Обращаемость за медицинской помощью зависит от таких показателей, как самооценка здоровья и подверженность респираторным заболеваниям. Среди респондентов с «плохим» здоровьем и чаще болеющих гриппом и ОРЗ больше доля посещавших врача за последний год.

Профилактика возможных заболеваний у студентов находится на низком уровне.

Наиболее распространенные поводы, вынуждающие студентов идти к врачу: несколько дней плохого самочувствия или тяжелая болезнь. Это означает, что вузовская молодежь нередко переносит на ногах болезни, которые требуют постельного режима. Белорусские студентки существенно реже российских выбирали ответ «обращаюсь, только в случае тяжелой болезни», что свидетельствует об их более высокой культуре самосохранительного поведения.

4.3. Удовлетворенность бесплатной медицинской помощью

Системы бесплатного медицинского обслуживания населения в России и Белоруссии имеют особенности. В России действует программа обязательного медицинского страхования (ОМС). Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (1991)³ принимался в спешке, аналитики отмечали его плохую проработанность. Слабая законодательная база стала одной из причин несоответствия госгарантий и их реализации.

Главными ориентирами эффективности здравоохранения принято считать затраты на него, качество медпомощи и здоровье населения. «Эксперты ВОЗ проанализировали: по расходам на 1 жителя Россия на 75-м месте в мире, по показателям здоровья – на 126-м, по эффективности здравоохранения – на 130-м. Это значит, что нигде в мире здоровые так жадно не растаскивают средства, предназначенные для больных» [12, с. 4].

В середине первого десятилетия нынешнего столетия Минздравсоцразвития РФ особо выделил следующие проблемы, накопившиеся в отрасли: недофинансирование, устаревшая материально-техническая база и методы управления ЛПУ, низкая заработная

³ Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» утратил силу с 01.01.2011. Вместо него с того же дня вступил в силу Федеральный закон от 29.11.2010 "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"

плата медработников, структурные диспропорции, ослабление профилактической направленности и пропаганды ЗОЖ среди населения [13, с.15]. Приоритетный национальный проект «Здоровье» разрабатывался для исправления этой ситуации в российском здравоохранении. Его цель – повышение доступности и качества медицинской помощи населению, улучшение условий труда работников отрасли и повышение престижа врачебной профессии.

В 2006–2007 годах в рамках нацпроекта «Здоровье» поддержку получило первичное звено здравоохранения, которому длительное время уделялось значительно меньше внимания, чем стационарам. Была произведена замена устаревшей, изношенной аппаратуры и лабораторного оборудования, за счет чего улучшилась диагностика. Но заменено было не все диагностическое оборудование, которое требовало обновления. Медицинским работникам участковой сети стали выплачивать субвенции, что позволило закрепить и привлечь в нее кадры. Однако нацпроект не мог устранить глубинных причин кризиса российского здравоохранения. Система ОМС была выстроена так, что несла ряд негативных моментов. Интервью с врачами в проведенном нами в 2007 году исследовании⁴ показали, что:

– в оплате не учитываются показатели состояния здоровья населения на обслуживаемой территории. Сокращение заболеваемости врачу экономически невыгодно. Больше посещений, больше услуг – выше оплата. Выплата субвенции не зависит от объема услуг и не влияет на качество работы. Рычаги воздействия на врача – право администрации не продлять с ним контракт, если не устраивает его работа, санкции по ОМС за ошибки;

– контрасты жизни и экономического развития регионов создают тупик для поощряющей роли страховой медицины, что отрицательно сказывается на пациентах. Регионы значительно различаются по размерам финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи. В частности, субъекты Федерации оказались не в состоянии оплачивать счета московского городского фонда за обслуживание приезжих. Взаиморасчеты с регионами не работали. Тарифы были снижены;

– низкие тарифы оплаты медицинских услуг по ОМС толкают первичное звено здравоохранения на экстенсивный путь увеличения их объема. Но, во-первых, есть грань, за которой это приводит к снижению их качества, – человеческие возможности ограничены. Во-вторых, именно вследствие того, что тарифы низкие, значение материального стимулирования труда медработников посредством ОМС уменьшается;

– работу медицинских учреждений первичного звена затрудняет громоздкая система контроля и большое число проверяющих организаций – Горздрав, фонд ОМС, страховые компании (если их, например, три, а проверки производятся дважды в год, то получается 6 проверок ежегодно), нацпроект добавил соцстрах по родовым сертификатам. По ним сложно подавать реестры;

⁴ Проект «Повышение доступности первичной медицинской помощи детям и подросткам (на материалах г. Москвы и Липецкой области)» поддержан Советом по Международным исследованиям и обменов (IREX) № CSSP –SR07/ Health15/ARP от 22 марта 2007 года. Исполнители: Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация общественного здоровья» и сектор социальных проблем здоровья Института социологии РАН. Руководитель – д-р. полит. наук А.К. Демин. Полевые исследования – Л.Ю. Иванова и Л.С. Колесова.

– увеличивается и усложняется документация. У врачей много времени занимает заполнение талонов. Это время, которое врач мог бы уделить пациенту. Есть страховые компании, которые не разрешают ввести клише. Врачи занимаются дополнительным лекарственным обеспечением (ДЛО). В первую очередь бесплатными препаратами обеспечиваются пациенты с тяжелыми заболеваниями. Для них получение необходимых лекарств – вопрос жизни. На остальных льготников приходится немного дешевых препаратов. Увеличение количества учетных документов приводит к росту численности немедицинского персонала в ЛПУ;

– профилактическая работа по ОМС не оплачивается или оплачивается очень скромно. А это, например, выступления в образовательных учреждениях, у педиатров – работа с молодыми матерями и многое другое;

– необоснованные диспропорции в оплате врачей – узких специалистов в глазах медицинских работников выглядят, как недоработка тех, кто выделял услуги, расписывал медицинские манипуляции и их стоимость. Различия в оплате определяют вектор перемещения рабочей силы без каких-либо административных установок;

– недостаточная гибкость медико-экономических стандартов и необходимость доказывать случаи отклонения от заложенных сроков лечения и частоты посещений отвлекают от лечения пациентов.

В этом же исследовании пациенты отмечали, что не могут бесплатно сделать важные анализы.

Специалисты со своей стороны обращают внимание на то, что классификатор медицинских услуг в ОМС не исчерпывает всех видов медицинской деятельности и отстает от разработки и внедрения новых медицинских технологий диагностики и лечения больных. «Внести дополнения в этот классификатор можно только через централизованную комиссию экспертов при ФФОМС, поэтому медицинские учреждения не могут представлять новые медицинские технологии для оплаты в ОМС и применяют их только в качестве платных медицинских услуг, от чего страдают прежде всего пациенты» [14, с. 59–60].

У страховых компаний и фондов превалирует контролирующая функция. «По мнению экспертов, до лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), т.е. до врачей и пациентов, доходит только 30–40 коп. из каждого выделенного медицине рубля. Выходит, что больше половины средств уходит страховым и посредническим структурам» [12, с. 4].

Повышение доступности медицинской помощи и приближение ее к потребителю возможно за счет дистанционного консультирования, учитывая развитие диагностических методов, средств визуализации и коммуникации, но этому направлению уделяется мало внимания, как и вообще инновационным методам организации труда в первичном звене.

В РФ получение медицинских услуг, предусмотренных программой ОМС, обеспечивает полис обязательного медицинского страхования. В исследовании «Здоровье студентов» респондентов спрашивали, имеют ли они его и полис добровольного медицинского страхования (ДМС). Оказалось, что подавляющее большинство опрошенных учащихся российских вузов (93,6%) являются обладателями полиса для бесплатного медобслуживания (ОМС). Обеспеченность им ниже среди студентов, которые на вопрос о наиболее характерной ситуации обращения за медицинской помощью, ответили, что никогда к врачам не ходят (83,7%).

Полис добровольного медстрахования (ДМС) может приобрести сам студент, могут оплатить другие лица (родственники и близкие) или какая-либо организация. Этот документ есть у одной трети респондентов (34,4%). Как оказалось, отсутствие полиса ОМС не стимулирует российских студентов на покупку полиса ДМС. Последним владеют 34,5% опрошенных, обслуживающихся по программе ОМС, и 30,3% – не имеющих полиса ОМС. Среди юношей из группы с ежемесячным доходом свыше 30 тыс. рублей в месяц на 10% больше доля обладателей полиса ДМС, чем в группах с меньшим уровнем доходов. Несколько чаще его приобретают студентки с «плохим», по самооценке, здоровьем (38,6%) по сравнению с оценившими его как «удовлетворительное» (28,1%) и «хорошее» (33,0%).

В РФ самые низкие показатели обеспеченности полисом ОМС в Грозном, где его наличие отметили 76,1% студентов (76% юношей и 76,2% девушек). В остальных регионах охват программой ОМС существенно больше (свыше 90%). В столице Чеченской Республики самая низкая по сравнению с другими городами посещаемость врачей на бесплатной основе за последний год – 19,2% юношей и 17,5% девушек. Заболеваемость студентов гриппом, ОРЗ, другими простудными заболеваниями здесь лишь немного отличается от средних показателей по всему массиву РФ. Чуть больше ответов о частых заболеваниях (6–8 раз в году) и меньше «ни разу», зато меньше ответов «3–5 раз» и больше «1–2 раза в году». Здоровье учащихся из столицы Чеченской Республики существенно лучше по самооценке, чем в других регионах. Сравнение обращения за бесплатной медицинской помощью в последний год грозненских студентов с данными по всему массиву РФ дифференцировано в группах с разной самооценкой здоровья показало, что в Грозном доля пользовавшихся этой помощью среди студентов с самооценкой здоровья «хорошее» и «удовлетворительное» меньше в 3 с лишним раза, «плохое» – в 1,7 раза. Обращение за платными медицинскими услугами в столице Чеченской Республики лишь немного отличается от средних показателей по РФ.

Доля студентов, не отметивших посещение врача за последний год, в Грозном в 1,9 раза больше, чем по стране. В столице Чеченской Республики 13,5% юношей и 9,9% девушек, отвечая на вопрос о характерной для них ситуации обращения за медицинской помощью, выбрали вариант «к врачам никогда не обращаюсь», что в 3 раза превышает средние показатели по России, доля ответов «к врачам по своей инициативе не обращаюсь, но прохожу обязательные диспансерные обследования (в вузе, на работе)» существенно меньше, чем в целом по выборке. Для объяснения низкой посещаемости врачей и меньшей обеспеченности полисом ОМС грозненских студентов необходимы сравнительные этнокультурные исследования медицинской активности населения, а также изучение состояния здравоохранения и реализации программы ОМС в Чеченской Республике.

Среди российских студентов, имеющих полис ОМС, бесплатной медицинской помощью за последний год пользовались 64,9%. Среди тех, у кого его нет, – 27,2%. У этих двух категорий респондентов показатели здоровья (самооценка, подверженность простудным заболеваниям) и обращаемость за медицинской помощью за плату довольно близки.

Важной характеристикой работы системы здравоохранения служит удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием (табл. 10).

Удовлетворенность медицинской помощью в целом по массиву и среди студентов России и Белоруссии (по полу, %)

	Юноши		Девушки		В целом по массиву	
	Россия	Белоруссия	Россия	Белоруссия	Юноши	Девушки
Удовлетворены ли Вы бесплатной медицинской помощью?						
Да, полностью	12,6	8,3	6,5	5,7	11,8	6,3
Да, отчасти	40,0	54,8	40,1	51,2	42,8	42,5
Нет	34,1	24,9	37,7	31,3	32,3	36,3
Трудно сказать	13,4	12,0	15,7	11,8	13,1	14,9
Удовлетворены ли Вы платной медицинской помощью?						
Да, полностью	33,2	31,1	28,8	39,7	32,8	31,3
Да, отчасти	40,3	43,4	46,3	47,2	40,9	46,5
Нет	12,1	7,6	10,7	3,6	11,2	9,0
Трудно сказать	14,5	17,9	14,2	9,5	15,1	13,1

В России немного больше ответов о полной удовлетворенности бесплатной медициной, но в Белоруссии больше суммарная доля студентов, удовлетворенных полностью и частично (на 10,5% – у юношей, на 10,3% – у девушек). Это еще один аргумент в пользу большей доступности и лучшего качества белорусской системы здравоохранения. Кроме того, среди белорусских девушек на 11,8% больше доля удовлетворенных (полностью или отчасти) платным медицинским обслуживанием, чем среди россиян.

Сравнивалась удовлетворенность бесплатной медицинской помощью студентов столиц союзных государств и двух близко расположенных провинциальных городов России и Белоруссии. Оказалось, что она выше в Минске по сравнению с Москвой. В столице Республики Беларусь не удовлетворены бесплатной медицинской помощью 28,3% юношей и 38,2% девушек, в Москве – соответственно 44,7 и 44%. В Брянске доля недовольных бесплатным здравоохранением составляет 34,3% среди юношей и 33,7% среди девушек, в Гродно – соответственно 19,7 и 24,3%. Однако доля полностью удовлетворенных бесплатными медуслугами среди юношей Брянска в 2,5 раза больше, чем среди юношей Гродно. В отношении платных медицинских услуг четкая тенденция не просматривается.

Удовлетворенность платной медициной и в России, и в Белоруссии существенно выше, чем бесплатной. Студенты чаще отмечали, что их все устроило в платном медицинском обслуживании (удовлетворены полностью), чем в бесплатном. Разница составила 2,6 раза у российских юношей, 3,7 раза – у белорусских, у девушек – соответственно 4,4 и 7 раз. Как видим, девушки выше, чем юноши, оценивают платное здравоохранение относительно бесплатного, студенты Белоруссии – выше, чем россияне. Строго говоря, здесь нужно было бы проанализировать, какие именно услуги были оплачены и какие получены бесплатно. В данном исследовании такой задачи не ставилось.

В РФ наибольшая неудовлетворенность платными медицинскими услугами в Грозном (здесь ими не удовлетворены 32,7 юношей и 27,8% девушек), бесплатными также в Грозном (50 и 42,2%), в Москве (44,7 и 44,0%) и в Мурманске (39,0 и 43,8%).

В обоих союзных государствах бесплатное медицинское обслуживание вызывает меньше нареканий у студентов с «хорошим», по самооценке, здоровьем по сравнению с обладателями «удовлетворительного» и, особенно, «плохого» здоровья. Среди последних значительно больше доля полностью неудовлетворенных бесплатным медицинским обслуживанием. В отношении платного здравоохранения эта тенденция существенно менее выражена. Пациенты с плохим здоровьем чаще бывают у врачей и соответственно чаще сталкиваются с недостатками работы медучреждений. Кроме того, им сложнее помочь – требуется больше диагностических обследований, консультаций, назначений.

Влияние уровня доходов на удовлетворенность бесплатной медицинской помощью не существенно. Оно более заметно в отношении платного здравоохранения. Как в России, так и в Белоруссии меньше недовольных платными услугами в высокодоходных группах. Респонденты из группы с самыми низкими доходами, будучи вынуждены выделять средства из скромного бюджета на платную медицинскую помощь, рассчитывают на ее качественно более высокий уровень. В силу больших надежд их ожидания реже удовлетворяются.

Среди тех, кто пользовался за прошедший год только бесплатной медициной, полностью не удовлетворены ею 25,7% (в России – 26,2%, в Белоруссии – 23,9%), кто пользовался еще и платной – 34,1% (в России – 34,7%, в Белоруссии – 31,6%), исключительно платной – 53,8% (в России – 54,4%, в Белоруссии – 47,2%). Очевидно, что обращение к платным медицинским услугам продиктовано неудовлетворенностью бесплатными. Скорее всего, у предпочитающих только платное обслуживание очень неудачный опыт лечения бесплатно, но не исключены и априорные предубеждения. По показателю недовольства бесплатной врачебной помощью ближе друг к другу те, кто в последний год обслуживался только бесплатно, и те, кто еще и оплатил визит к врачу. Последняя категория опрошенных имеет «свежий» опыт сравнения платной и бесплатной медицины.

Анализ данных о степени удовлетворенности бесплатной медицинской помощью в зависимости от поводов обращения в медицинские учреждения показал, что больше всего недовольных среди тех, кто вообще к врачам не ходит. Вероятно, отказ от медицинских услуг этой категории опрошенных объясняется также неудачным общением с медработниками или заведомо предвзятым отношением. Среди тех, кто не обращается к врачам, больше всего и затруднившихся ответить на вопрос об удовлетворенности бесплатной медициной.

Для получения медицинских услуг студенты идут в конкретные медучреждения. Процентное распределение ответов «удовлетворен» и «не удовлетворен» работой того или иного из них приводится в таблице 11, остальные затруднились с ответом.

Исходя из соотношения ответов «да» и «нет» можно констатировать, что среди девушек РФ и Белоруссии значительно больше по сравнению с юношами не удовлетворенных работой районной поликлиники – основного звена в охране здоровья населения. Лучшего мнения о работе территориальной поликлиники белорусские юноши по сравнению с российскими, россиянки по сравнению с девушками из Белоруссии. Среди белорусских студентов (и юношей, и девушек) выше удовлетворенность работой таких

медицинских учреждений, как районная специализированная поликлиника, туберкулезный и психоневрологический диспансер, а также специализированное учреждение по направлению.

Таблица 11

Удовлетворенность студентов России и Белоруссии работой медучреждений, в которые приходилось обращаться (по полу, %)

Удовлетворены ли Вы работой медучреждений, услугами которых пользуетесь?	Юноши		Девушки	
	Россия	Белоруссия	Россия	Белоруссия
<i>Районная поликлиника</i>				
Да	36,9	39,4	26,8	24,8
Нет	32,7	28,4	38,4	43,2
Разница в ответах	4,2	11,0	-11,6	-18,4
<i>Районная специализированная поликлиника</i>				
Да	27,1	29,7	17,5	31,4
Нет	18,0	15,6	13,8	14,0
Разница в ответах	9,1	14,1	3,7	17,4
<i>Стоматологическая поликлиника</i>				
Да	51,4	47,7	53,6	62,1
Нет	19,2	20,4	16,1	17,5
Разница в ответах	32,2	27,3	37,5	44,6
<i>Женская консультация</i>				
Да			38,8	50,1
Нет			16,2	29,5
Разница в ответах			22,6	20,6
<i>Туберкулезный диспансер</i>				
Да	14,0	18,4	10,7	18,7
Нет	10,7	10,1	6,4	5,5
Разница в ответах	3,3	8,3	4,3	13,2
<i>Психоневрологический диспансер</i>				
Да	14,4	22,8	9,5	18,5
Нет	10,6	9,9	7,8	4,6
Разница в ответах	3,8	12,9	1,7	13,9
<i>Врач общей практики (семейный врач)</i>				
Да	19,0		19,6	
Нет	11,3		9,1	
Разница в ответах	7,7		10,5	
<i>Специализированное медицинское учреждение по направлению</i>				
Да	21,3	35,4	20,2	35,7
Нет	9,6	11,8	6,6	5,4
Разница в ответах	11,7	23,6	13,6	30,3

Как в РФ, так и в РБ положительные оценки респондентами работы стоматологической поликлиники (особенно среди белорусских студенток) и женской консультации значительно перевешивали отрицательные.

Причины неудовлетворенности бесплатной медицинской помощью отражены в табл. 12.

Таблица 12

Причины неудовлетворенности бесплатной медицинской помощью студентов России и Белоруссии (по полу, % и рейтинг)

Что именно Вас не устраивает в бесплатной медицинской помощи?	Юноши				Девушки			
	Россия		Белоруссия		Россия		Белоруссия	
	%	Рей-тинг	%	Рей-тинг	%	Рей-тинг	%	Рей-тинг
Нет возможности записаться к нужному специалисту	15,4	6	13,4	6	21,0	6	24,3	5
Неудобный режим работы врачей	25,6	4	29,5	3	24,8	4	25,7	4
Невысокий уровень квалификации врачей	29,1	3	23,3	4	30,2	3	31,2	3
Большие очереди в медицинское учреждение	58,3	1	72,6	1	59,4	1	70,0	1
Часто нет нужного врача	21,3	5	20,9	5	21,6	5	20,7	7
Медицинское учреждение далеко от дома	6,1	9	7,5	8	4,6	9	6,7	8-9
Врачи невнимательны к пациентам	34,6	2	32,2	2	44,1	2	49,8	2
Не всегда можно вызвать врача на дом	6,6	8	5,1	9	7,2	8	6,7	8-9
Нет возможности выбрать участкового по своему желанию	8,3	7	10,3	7	11,2	7	21,2	6
Другое	3,8	10	3,8	10	2,6	10	1,4	10

В обоих государствах самой острой и болезненной проблемой в бесплатной медицине являются очереди. На 2-м месте – невнимание врачей. У пациентов есть потребность в том, чтобы их выслушали, обследовали, прокомментировали результаты диагностики. Это не всегда получается в условиях краткого времени приема и недостаточной культуры части медперсонала. Возможно, у некоторых пациентов завышенные требования в этом вопросе. Здесь интересно было бы сравнить нормы времени приема пациента, нормы численности прикрепленного к участкам обслуживаемого населения, коэффициенты совместительства и оплату труда врачей в территориальных поликлиниках (т.е. в первичном звене здравоохранения) в обоих государствах, но это задача специального исследования.

На 3–4-м местах среди причин неудовлетворенности невысокий уровень квалификации врачей и неудобный режим их работы. Утром и днем студенты очного отделения, как правило, заняты. Им был бы удобен вечерний прием.

На 5–9-х местах – претензии к доступности врачебной помощи и отсутствию возможности выбрать участкового терапевта: «часто нет нужного врача», «нет возможности записаться к нужному специалисту», «не всегда можно вызвать врача на дом», «медицинское учреждение далеко от дома», «нет возможности выбрать участкового по своему желанию».

Студенты из Белоруссии значительно чаще отмечали очереди. Белорусские и российские девушки чаще, чем юноши обоих государств, высказывали нарекания на отсутствие возможности записаться к нужному специалисту и невнимание врачей. Как было показано выше, среди девушек больше, чем среди юношей, доля посещавших врачей за последний год. Скорее всего, это касается и врачей – узких специалистов. Кроме того, девушки более эмоциональны и чувствительны к обращению медицинского персонала с пациентами. Белорусские студентки значительно чаще жаловались на невозможность выбрать участкового терапевта по своему желанию. В основном это студентки из Гродно (29,5%). В России такое право у пациентов есть. Правда, пока оно носит декларативный характер и на деле трудно реализуемо. Желание сменить участкового врача возникает при большом недовольстве его работой или в условиях конфликта, а также если появляется возможность сравнения, когда, например, на соседнем участке коллега работает значительно лучше и о нем идет хорошая слава. В такой ситуации у пациента, нуждающегося в квалифицированной медицинской помощи, возникает надежда, что у этого врача лечение будет более эффективным. Судя по ответам, серьезное недовольство своим участковым терапевтом испытывает каждый десятый студент в РФ (каждый 12-й юноша и каждая 9-я девушка). В Белоруссии – каждый девятый юноша в столице и десятый в провинциальном городе, а также каждая восьмая девушка в Минске и третья в Гродно. Скорее всего, в какой-то из обслуживающих студенток гродненских поликлиник те столкнулись с невниманием и грубостью своего врача.

Мониторинг мнений пациентов о здравоохранении, работе ЛПУ и его медперсонала служит одной из составляющих оценки динамики качества обслуживания, организационной и этической культуры персонала ЛПУ. Изучение удовлетворенности студентов различными аспектами бесплатной медицинской помощи и работы ЛПУ, к которым они прикреплены, необходимо использовать с целью повышения качества медицинского обслуживания в этих медучреждениях.

Чаще других невысокий уровень квалификации врачей отмечали юноши (и Белоруссии, и России), которые, по собственному признанию, к ним не обращаются. Этот аргумент оправдывает их нежелание идти в медицинское учреждение.

Чтобы лучше разобраться в причинах, вызывающих наибольшее недовольство бесплатной медицинской помощью, сопоставлялись ответы респондентов с разной степенью удовлетворенности ею (табл.13).

Причины неудовлетворенности бесплатной медицинской помощью студентов России и Белоруссии с разным уровнем удовлетворенности ею (%)

Что именно Вас не устраивает в бесплатной медицинской помощи?	Россия			Белоруссия		
	степень удовлетворенности					
	полностью удовлетворен(а)	отчасти	не удовлетворен(а)	полностью удовлетворен(а)	отчасти	не удовлетворен(а)
Нет возможности записаться к нужному специалисту	13,6	16,7	23,5	16,2	15,8	27,8
Неудобный режим работы врачей	19,6	26,6	26,7	16,2	27,6	22,0
Невысокий уровень квалификации врачей	9,3	22,7	43,5	5,4	21,3	46,8
Большие очереди в медицинское учреждение	57,0	62,2	56,7	70,3	74,7	64,4
Часто нет нужного врача	19,2	17,1	27,5	18,9	16,8	27,8
Медицинское учреждение далеко от дома	6,1	6,5	4,2	8,1	7,1	6,3
Врачи невнимательны к пациентам	16,4	30,6	55,2	8,1	31,6	73,7
Не всегда можно вызвать врача на дом	2,8	7,1	7,7	–	6,1	5,9
Нет возможности выбрать участкового по своему желанию	5,6	8,6	12,4	13,5	12,1	22,4
Другое	2,3	1,6	4,2	5,4	2,4	2,9

Есть показатель, по которому в каждой из стран различия в ответах респондентов с разной удовлетворенностью бесплатным медицинским обслуживанием относительно невелики – это большие очереди. Но есть показатели, по которым их мнения сильно расходятся. Это невысокий уровень квалификации врачей и невнимание к пациенту, т.е. характеристики профессионализма медицинского персонала.

Для сравнения ответов тех, кто «отчасти удовлетворен» бесплатным здравоохранением, и тех, кто «не удовлетворен» им полностью, вычислялась разница в распределении ответов по каждому показателю между этими категориями опрошенных. Рейтинг различий позволяет судить о том, что именно нужно предпринять в первую очередь для улучшения мнения тех, кого совершенно не устраивает работа учреждений бесплатного здравоохранения. Как следует из табл.13 и Приложения (табл. 20), и в РФ, и в РБ, прежде всего, нужно совершенствовать профессионализм врачей, включая культуру общения с пациентами. Кроме того, респонденты, которые «полностью не

удовлетворены» бесплатной медициной, заметно чаще отмечали невозможность записаться к нужному специалисту и то, что часто нет нужного врача, по сравнению с теми, кого бесплатное обслуживание устраивает хотя бы частично. Оба ответа – показатель недостаточной доступности врачей (Приложение, табл. 20).

Сравнение ответов тех, кто удовлетворен «полностью» и «частично», также показало существенную разницу мнений этих категорий опрошенных о внимании и квалификации врачей, а также о неудобном режиме их работы. Соответственно, необходимы условия, стимулирующие медперсонал к качественной работе и к улучшению здоровья населения на обслуживаемой территории. Это вопрос оценки труда в зависимости от реальных результатов работы медиков и ее условий (оснащенность диагностическим оборудованием, врачебная нагрузка, оплата труда и др.).

Сравнение ответов о претензиях к бесплатному здравоохранению двух категорий респондентов (пользовавшихся и не пользовавшихся платной медицинской помощью за последний год) в России и Белоруссии позволяло не просто рассмотреть, что именно не устраивает студентов в бесплатном медицинском обслуживании, но и выяснить, что их выталкивает в сферу платных медицинских услуг. Как в России, так и в Белоруссии учащиеся, пользовавшиеся платной медициной за последний год, гораздо чаще по сравнению с теми, кто не обращался к ее услугам, отмечали отсутствие возможности записаться к нужному специалисту (23,2, против 14,2% в России и 23,3 против 16,7% в Белоруссии), невнимание врачей (43,2, против 35,9% в России и 51 против 38,8% в Белоруссии). Немного чаще отмечался в РФ невысокий уровень врачебной квалификации, в обоих государствах – частая недоступность нужного врача.

Подводя итоги, отметим, что подавляющее большинство российских студентов имеют полис ОМС. Его нет только у 6,4% из них. Самые низкие показатели обеспеченности полисом ОМС в Грозном. Здесь же высокий показатель неудовлетворенности учащихся как бесплатными, так и платными медицинскими услугами, и самый низкий – обращения к бесплатной медицине за последний год.

Несмотря на различия в системах оказания бесплатной медицинской помощи в России и Белоруссии, в ответах студентов двух стран на вопрос о том, что именно их не устраивает в этой помощи, просматриваются общие тенденции. Отчасти это связано с психологией пациентов, для которых особенно важно качество обслуживания и затраты времени на него. Как следует из распределения ответов, самой острой и болезненной в бесплатной медицине проблемой являются очереди. На 2-м месте – невнимание врачей. Сравнение мнений о бесплатном медобслуживании респондентов с разным опытом обращения к платным медицинским услугам и с разной степенью удовлетворенности бесплатной медициной показало, что для сокращения обращений к платной медицине из-за недостатков бесплатного здравоохранения и в России, и в Белоруссии нужно прежде всего обратить внимание на профессионализм врачей (квалификация, умение общаться с пациентом) и на обеспеченность ЛПУ врачами нужного профиля.

В Белоруссии больше доля студентов полностью удовлетворенных, меньше доля не удовлетворенных бесплатной медицинской помощью. Однако здесь больше недовольных очередями.

Были выявлены гендерные особенности ответов студентов двух стран. Девушки и в Белоруссии, и в России чаще, чем юноши, высказывали нарекания на отсутствие

возможности при бесплатном медобслуживании записаться к нужному специалисту и невнимание врачей к пациентам.

Если исходить из соотношения ответов «удовлетворен» и «не удовлетворен» работой различных медицинских учреждений, то получается, что лучшего мнения о работе территориальной поликлиники белорусские юноши по сравнению с российскими, россиянки по сравнению с девушками из Белоруссии. Белорусские студенты (как юноши, так и девушки) чаще отмечают, что их устраивает работа таких медицинских учреждений, как районная специализированная поликлиника, туберкулезный и психоневрологический диспансер, а также специализированное учреждение по направлению.

Удовлетворенность платной медициной и в России, и в Белоруссии существенно выше, чем бесплатной.

Меньшая обращаемость студентов Белоруссии к платной медицине и бóльшая удовлетворенность бесплатной медицинской помощью свидетельствуют в пользу большей доступности последней в союзном с Россией государстве. Было бы интересно провести специальное исследование по этой проблеме.

В обеих странах доля удовлетворенных бесплатной медицинской помощью выше среди студентов с «хорошим», по самооценке, здоровьем по сравнению с теми, кто оценил его как «удовлетворительное» и особенно «плохое». Среди последних существенно больше полностью не удовлетворенных бесплатным медобслуживанием. Пациенты с «плохим» здоровьем чаще бывают в поликлиниках и их сложнее лечить. Бесплатное здравоохранение хуже справляется с задачей оказания им медицинской помощи.

4.4. Отношение к платным медицинским услугам и работе различных медучреждений

В сегодняшней России реальной альтернативой бюджетному здравоохранению стала система частных клиник и платных медицинских услуг. Строго говоря, деление медицины на платную и бесплатную является условным. В конечном итоге почти любая медицинская помощь является платной – за счет фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) или личных средств граждан. Обычно под платными понимают медуслуги, за которые платит сам пациент. К видам медицинской помощи, не оплачиваемой из средств ОМС и бюджета и, следовательно, предоставляемых за плату, относятся: косметологические услуги, гомеопатическое лечение, зубное протезирование, керметотомия без медицинских показаний, судебно-медицинская экспертиза в порядке личной инициативы граждан, услуги «Центров здоровья», нетрадиционные методы лечения (за исключением обследования на СПИД), медикаментозное обеспечение амбулаторных больниц, а также медицинская помощь по желанию пациентов при отсутствии страхового полиса. Сюда можно отнести диагностику и лечение с использованием новых медицинских технологий, проведение медицинских осмотров для получения водительских прав, оружия, помещение в палату повышенной комфортности, операции без очереди и др. Подробные перечни услуг утверждаются Министерством здравоохранения и социального развития РФ на год и могут изменяться. По общепринятому мнению, преимущества платных услуг заключаются, прежде всего, в комфортности обслуживания по сравнению с услугами в государственных учреждениях. Но отношение к уровню этого комфорта и качеству обслуживания у разных социально-демографических слоев населения неодинаковое. Проведенное в 2006–2007 годах

Федеральное социологическое исследование РОС, охватившее 17 вузовских центров страны, выявило группу социальных проблем, которые вызывают меньшую озабоченность студентов. К ним наряду с экологией были отнесены проблемы здравоохранения и платности медицинского обслуживания [15]. Но при всей своей малой заинтересованности проблемами отечественного здравоохранения студенты так же, как и другие российские граждане, пользуются услугами как бесплатной, так и платной медицины. Исследование самосохранительного поведения московских студентов, проведенное в 2006 году, показало, что половина респондентов, недовольных обслуживанием в бесплатных поликлиниках, предпочитает получать платные медицинские услуги. Примерно каждый третий студент в 2006 году посещал платных стоматологов, каждая шестая опрошенная девушка обращалась к платным гинекологам, 0,5% опрошенных студентов в поисках качественных услуг оплачивали лечение глазных заболеваний [16]. Настоящее исследование «Здоровье студентов» выявило, что в течение года на прием к врачам в бесплатные клиники обратились 64,8% респондентов, а в платные – 47%. Число студенток, обратившихся к врачам в бесплатные поликлиники, превышает число юношей на 5,5%, а в платных медучреждениях эта разница составляет 15%.

Согласно полученным данным чаще в платные клиники обращаются студенты, живущие в Хабаровске (57,6% юношей и 60,2% девушек), Москве (47,3 и 54,9% соответственно), Уфе (44 и 55,8% соответственно) и Грозном (43,3 и 51% соответственно). Реже, чем студенты других российских регионов, где проводилось исследование, платные клиники и центры посещают учащиеся вузов Мурманска (31,9% юношей и 51,5% девушек) и Брянска (36,2% юношей и 55% девушек).

В Минске и Гродно удельный вес студентов, получивших платные услуги в частных клиниках в 2009 году, оказался меньше, чем во всех восьми российских регионах. Это касается как представителей мужского, так и женского пола. В Минске мужская квота представлена 25%, а в Гродно – 23,6%, женская – 48,5 и 50,3% соответственно. Предпочтения белорусских студентов при выборе платных и бесплатных услуг детерминируются особенностями структуры экономики союзного государства. Прежде всего неразвитостью частной медицинской инфраструктуры. Известно, что в Белоруссии законодательно определен приоритет государственных медицинских учреждений над частными.

Величина доходов населения – также немаловажный фактор при выборе платного или бесплатного профиля поликлиники. Большинство российских студентов осуществляют этот выбор в прямом соответствии со своим материальным положением. Так, в низкодоходной группе студентов (до 15 тыс. рублей в месяц на человека в семье) пациентами платных медицинских центров в 2009 году стали 38,6% юношей и 51,8% девушек. В группе со средним доходом (15–30 тыс. рублей в месяц на человека в семье) таких пациентов оказалось 41 и 59% соответственно. Студенты из семей с высокими доходами (свыше 30 тыс. рублей) лечатся в платных центрах чаще других – 44,4% юношей и 61,3% девушек.

На обращаемость за платной медицинской помощью влияет самооценка здоровья и периодичность заболевания гриппом и ОРЗ. Среди студентов с «плохим» здоровьем доля обратившихся за платной медицинской помощью в последний год больше, чем с «хорошим», у юношей – в 1,3 раза, у девушек – в 1,2 раза. Среди респондентов, часто

болевших гриппом и ОРВИ в последний год, также больше доля тех, кто оплачивал медицинскую помощь (табл.14).

Таблица 14

Обращаемость за платной медицинской помощью студентов в зависимости от заболеваемости гриппом, ОРЗ, простудными заболеваниями (%)

Обращались ли Вы на протяжении последнего года к врачам за плату?	Частота заболевания гриппом, ОРЗ, простудными заболеваниями в год, раз			
	6-8	3-5	1-2	Ни разу
Да	64,0	54,4	45,0	39,3
Нет	36,0	45,6	55,0	60,7

Подверженность простудным заболеваниям и гриппу характеризуется высокими показателями и занимает одно из первых мест в общей структуре заболеваний студентов. Так, мониторинговые исследования здоровья московских студентов, проведенные сектором социальных проблем здоровья ИС РАН в 2000–2008 годах, выявили, что доля студентов, неоднократно в году болеющих простудой и гриппом, составляет примерно 97% [17].

Согласно данным исследования «Здоровье студентов» доля опрошенных российских учащихся вузов, болеющих с разной частотой гриппом и простудными заболеваниями, составила 92,6%. Данные табл. 15 свидетельствуют, что большинство опрошенных студентов простужаются и болеют гриппом 1–2 раза в год, и это вполне нормально. Кроме того, ученые-медики считают, что в среднем за год человек простужается 3 раза и что простуда стоит на четвертом месте среди прочих острых болезней [18]. Примерно каждый пятый юноша и каждая шестая девушка простужается и болеет гриппом 3–5 раз в году. По 6–8 раз в течение года недомогание от этих болезней испытывают всего 3,5% респондентов. Девушки болеют чаще, чем юноши.

Таблица 15

Частота заболеваний гриппом и ОРВИ среди студентов (по полу, %)

Частота заболевания в год, раз	Пол		Всего
	юноши	девушки	
6 – 8	2,2	4,7	3,5
2–3	16,4	22,2	19,7
1–2	70,2	68,8	69,4
Ни разу	11,2	4,3	7,4

На частоту заболевания гриппом и ОРВИ оказывает существенное воздействие такой фактор, как регулярность занятий физкультурой и спортом: студенты, ежедневно уделяющие им время, почти не болеют.

Что касается региональных различий, то городами, где студенты больше всех подвержены сезонным заболеваниям ОРВИ и гриппом, оказались Грозный (93,3% юношей и 96% девушек), Ульяновск (92,9 и 95,1% соответственно), Хабаровск (91,9 и 95,3%) и Брянск (90,7 и 96,7%). Наименее подвержены простудным заболеваниям и

гриппу студенты из Уфы (80% юношей и 92,5% девушек) и Мурманска (по 84,4% юношей и девушек).

Белорусские города Минск и Гродно по числу студентов, болевших ОРВИ и гриппом в 2009 году, от российских городов существенно не отличаются.

Возвращаясь к теме платных медицинских услуг, отметим, что полностью или отчасти бесплатными медицинскими услугами довольны 50% опрошенных российских студентов, т.е. каждый второй респондент, а платными – 75,9% учащихся вузов, посещавших клиники. Не удовлетворен бесплатным обслуживанием остался каждый третий респондент, а платным – каждый десятый.

Гендерные и возрастные различия между респондентами существенного влияния на их удовлетворенность частной или государственной медпомощью не оказали.

Таблица 16

Степень удовлетворенности студентов платной и бесплатной медицинской помощью (по полу, %)

Степень удовлетворенности	Бесплатная помощь		Платная помощь	
	юноши	девушки	юноши	девушки
Да, полностью	11,8	6,3	32,8	31,3
Да, отчасти	42,8	42,5	40,9	46,5
Нет	32,3	36,3	11,2	9,0
Затрудняюсь ответить	13,3	14,9	15,1	13,1

Основной причиной обращения к врачам платно оказалась безвыходная ситуация. Каждый третий юноша и каждая вторая девушка, опрошенные в РФ, обратились в платные учреждения только потому, что «нужную медицинскую услугу бесплатно не оказывают». В надежде на «более качественное медицинское обслуживание» предпочли получить платные услуги у медиков каждый третий молодой человек и каждая четвертая девушка-студентка. На 3-м месте по важности среди причин стоит «срочность обращения к врачу» (25,4% юношей и 18,7% девушек), на последнем – «невозможность попасть к нужному врачу бесплатно» (20,9% юношей и 17,4% девушек).

Частная медицинская практика в России, где основная масса населения имеет невысокие доходы, а зачастую живет за чертой бедности, делает злободневным вопрос о величине платы за оказанную медицинскую помощь. Согласно полученным результатам почти половине студентов, которые обращались в платные медучреждения в 2009 году, эта помощь обошлась от 1 тыс. до 5 тыс. рублей. за год. Небольшие суммы за оказание медицинских услуг до 1 тыс. рублей, заплатили 20% респондентов. Услугами стоимостью в 5–10 тыс. рублей воспользовались приблизительно 16% опрошенных учащихся высшей школы. Сумму от 10 до 20 тыс. рублей смогли потратить на свое медицинское обслуживание около 13% молодых людей, от 20 до 50 тыс. рублей – 5% учащихся вузов. Более значительные суммы на свое здоровье потратили 2% опрошенных студентов. Возрастные различия на величину оплаты медицинских услуг серьезного влияния не оказали.

В перечне оплаченных респондентами услуг, прежде всего, оказалось посещение врачей-специалистов. С этой целью в платные клиники обратились 21,9% юношей и 27,8% девушек. Немало респондентов оплатили сдачу лабораторных анализов (27,4% девушек и 17,9% юношей). На платный массаж ходили 9,7% студентов и 4,1% студенток.

За терминами «удовлетворенность» или «неудовлетворенность» медицинским обслуживанием, как платным, так и бесплатным, стоят конкретные поликлиники, больницы и медицинские центры. Студентам был задан вопрос о том, насколько они удовлетворены работой медицинских учреждений, услугами которых пользуются. Наибольшую удовлетворенность вызвала деятельность стоматологических клиник: высокую оценку работе стоматологов дали более 50% студентов и студенток. Деятельность платных центров, в которые обращались студенты, получила одобрение каждого третьего юноши и каждой второй девушки. Довольны работой врачей женских консультаций 41% студенток вузов. Примерно треть респондентов с удовольствием посещают районную поликлинику, но в то же время 32% юношей и 39,5% девушек высказали неудовлетворенность работой этой категории медицинских учреждений.

Отметим, что в настоящее время в российском законодательстве нет достаточно подробного правового регулирования платной медицинской помощи. Основные нормы, касающиеся отношений в этой сфере, содержатся в ряде правовых актов: Гражданский кодекс РФ (глава 39 – Возмездное оказание услуг), Налоговый кодекс РФ, Закон РФ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 года, Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» №1500-1 от 28 июня 1991года, Закон РФ «О защите прав потребителей» № 2300-1 от 7 февраля 1992 года, Правила предоставления платных услуг населению медицинскими учреждениями, утвержденные Постановлением Правительства РФ №27 от 13 января 1996 года.

Все эти нормы носят в основном общий характер и не учитывают в необходимой степени специфику деятельности по оказанию платной медицинской помощи.

* * *
*

Подводя итог сказанному в этой главе, необходимо еще раз подчеркнуть, что одним из показателей внимания к здоровью является желание получить информацию, которую можно использовать для его улучшения. В результате опроса выяснилось, что большинство респондентов (почти 60% юношей и около половины девушек) в этом, к сожалению, не заинтересованы. Студенты, проявляющие интерес к информации о здоровье, наиболее важными для себя темами назвали правильное питание, здоровый образ жизни и психологию общения. Наименьший интерес у них вызывает информация о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и о проблемах экологии.

Согласно полученным данным профилактика имеющихся и возможных заболеваний у студентов находится на низком уровне. В основном она сводится к приему витаминов. Кроме этого, опрошенный массив студентов отличается слабым вниманием к оздоровительной гимнастике, закаливанию и факторам риска для здоровья. Это заставляет усомниться в том, что студенты серьезно интересуются проблемами здорового образа жизни и пытаются реализовать его принципы на практике.

В вузах РФ дисциплины, прививающие студентам навыки заботы о своем здоровье (валеология, ОБЖ, экология, социология здоровья, практические курсы по оказанию первой медицинской помощи пострадавшим и т.д.), представлены в учебных программах хуже, чем в Белоруссии. В России на наличие таких дисциплин в своем вузе указал только каждый третий студент. В Белоруссии – почти 60%.

Подавляющее число опрошенных российских студентов имеют полис обязательного медицинского страхования. Самым неблагополучным регионом по охвату обслуживанием программой ОМС является Грозный. В этом городе полис ОМС есть только у 76,1% опрошенных студентов. Среди российских студентов, имеющих полис обязательного медицинского страхования, в 2009 году пользовались бесплатной медицинской помощью 64,9% опрошенных, среди тех, у кого полиса нет, – 27,2%.

В опрошенных регионах РФ более половины студентов обращались в платные клиники. В наибольшем объеме помощь в этих учреждениях получили студенты Хабаровска, Москвы, Уфы и Грозного. Среди опрошенных российских студентов полностью или отчасти удовлетворены бесплатными медицинскими услугами более 50% респондентов, а платными – 75,9%.

В Белоруссии законодательно определено преимущество государственного медицинского обслуживания. Поэтому для опрошенных студентов Минска и Гродно предпочтительнее оказалась бесплатная медицина, а не платная.

Наибольшую удовлетворенность, согласно полученным данным, среди платных центров, услугами которых пользовались опрошенные студенты двух союзных государств, вызывает деятельность стоматологических клиник. Основными причинами обращения в платные клиники респонденты из России и Белоруссии назвали «невозможность получить нужную медицинскую услугу бесплатно» и «надежду на более качественное обслуживание». Главной проблемой учреждений бесплатного медицинского обслуживания опрошенные студенты двух союзных государств считают большие очереди. Нарекания респондентов вызывают также невнимание врачей и их низкая квалификация.

Примечания

1. *Боронина Л.Н., Вишневецкий С.Ю., Вишневецкий Ю. Р., Лопалева Н.С.* Валеологическая культура студента: 10 лет спустя // *Здоровье как ресурс* / Под ред. З.Х. Саралиевой. Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2010.
2. *Молодцова В.* Время зависимостей // *Учительская газета*. 2008. 10 июня. URL: <http://www.ug.ru/issues07/?action=topic&toid=5101>
3. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. // Минздравсоцразвития. URL: http://www.nrma.ru/Reform/zdr_conception_2020.shtml
4. *Кучма В.Р.* Проблемы школьной и университетской медицины в Европе и России // *Общественное здоровье и профилактика заболеваний*. 2007. №5.
5. *Косовский Г.В.* Основные тенденции заболеваемости по обращаемости среди студентов вузов // *Проблемы управления здравоохранением*. 2006. №1 (26).
6. *Здоровье студентов* / Под ред. Н.А. Агаджаняна. М.: Изд-во РУДН, 1997.
7. *Камаев И.А., Васильева О.Л.* Динамика заболеваемости и особенности медицинского обслуживания студентов // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2002. №1.
8. *Шабров А.В., Поляков И.В., Твердохлебов А.С., Котова Г.Н.* Гигиеническое поведение студентов и среднего медицинского персонала // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2002. № 6.

9. Розенфельд Л.Г., Батрымбетова С.А. Здоровье студентов по данным субъективной оценки и факторы риска, влияющие на него // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2008. №4.
10. Медик В.А., Осипов А.М. Университетское студенчество. М.: Логос, 2003.
11. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет / Шишкин С.В. (рук. колл.), Бесстремьянная Г.Е., Красильникова М.Д. и др. М.: Издательский дом ГУ ВШЭ, 2004.
12. Потапов А.И. Только здоровая Россия может стать сильной// *Здравоохранение Российской Федерации*. 2009. №2. С.4.
13. Врачам стационарных лечебно-профилактических учреждений. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
14. Тарасова Г.В. Опыт работы со страховыми медицинскими компаниями // *Общественное здоровье и профилактика заболеваний*. 2007. №2. С. 59-61.
15. Гражданская культура современного российского студенчества / Под ред. Ю.Р. Вишневого, В.Т. Шапка. Екатеринбург: Изд-во «Маска», 2007. С.171.
16. Ивахненко Г.А. Здоровье московских студентов: анализ самосохранительного поведения// *СОЦИС*. 2006. № 5. С. 78–82.
17. Ивахненко Г.А. Социологический анализ валеоустановок московских студентов// *Сб. научн. тр. кафедр гуманитарных наук*. Вып. 9. М.: ГОУВПО МГТУ им. А.Н. Косыгина, 2008. С.56.
18. URL: www.tiensmed.ru

ГЛАВА 5. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ СТУДЕНТОВ

5.1. Состояние здоровья студентов Ульяновской области в контексте российских и региональных тенденций

В условиях социально-экономического кризиса постсоветской России здоровье населения, и особенно молодых людей, превратилось в «ресурс», наличие которого стало для представителей широких слоев шансом на более успешную жизнь, а для выходцев из благополучных семей – возможностью сохранить свой статус. Состояние общественного здоровья в новых условиях все больше зависит от символического капитала социальных групп – образования, культурной компетенции, ценностно-смысловых ориентаций. Символический потенциал ярче всего выражен в таком групповом носителе здоровья, как студенческая молодежь. Студенты высших учебных заведений отличаются более высоким уровнем общей эрудиции, социальной и потребительской активности. Исходя из сказанного, исследовательская проблема состоит в том, что, с одной стороны, студенты вузов обладают стремлением к самосовершенствованию и освоению знаний; с другой – учеба в вузе не способствует кардинальному повышению уровня культуры здоровья и восприятия студентами здоровья как самостоятельной ценности.

Здоровье современных студентов сформировалось под воздействием изменившихся условий жизни и углубляющегося социального неравенства в России. Социологический подход к исследованию динамики здоровья молодежи нацелен на выявление социальных факторов риска и антириска. Данный подход не только расширяет исследовательскую область обозначенного объекта, но и содержит возможности соединения объективных данных и субъективных самооценок в целостный образ. Здоровье принадлежит к системам, имеющим мозаичную, гетерогенную природу, в которых одновременно функционируют элементы неблагополучия и благополучия, физиологии и личностной культуры.

Самооценка здоровья и его ценность в представлениях студентов

Здоровье студентов – это сбалансированная система биологических, психологических, социальных состояний индивида и общности, которая изменяется под воздействием социальной, экологической среды и развивается за счет воспитания осмысленной саморегуляции.

В отличие от медицинских показателей самооценка здоровья содержит не только представление о функциональности органов и систем, но и ощущение своей социальной органичности и мобильности.

По результатам исследования «Здоровье студентов», проведенного в Ульяновском государственном университете и Ульяновском государственном техническом университете, где учатся около 30% всех студентов области, выявлено, что почти половина всех опрошенных оценивают состояние своего здоровья как «хорошее» (46%), чуть меньше половины – как «удовлетворительное» (42%), 5% – как «плохое». Соотношение оценок здоровья среди ульяновских студентов соответствует среднестатистическим результатам опроса. Данный расклад означает: около половины студентов ощущают себя относительно здоровыми, почти столько же – не здоровыми и не больными (пограничное состояние), остальные – испытывают физический и психический дискомфорт.

Сравнение уровней здоровья студентов из Ульяновска с уровнем здоровья студентов из других городов, где проводился опрос, свидетельствует о том, что существенных отличий не

наблюдается; особенно на фоне городов с таким же статусом (областной центр) и численностью населения – Мурманск, Хабаровск, Брянск.

Гендерные различия оценки здоровья состоят в том, что «более здоровыми» считают себя студенты-юноши (49%), среди девушек соответствующее мнение только у 44% (табл.1). Среди студентов разных лет обучения у учащихся 3–4-х курсов преобладают хорошие оценки здоровья (48%), студенты старших, 5–6-х, курсов преимущественно оценивают свое состояние как «удовлетворительное» (49%).

Важным фактором, влияющим на самооценку здоровья, является уровень жизни семей студентов. «Хорошим» собственное здоровье считают 60% студентов из семей с высоким уровнем доходов – свыше 30 тыс. рублей на одного человека. Однако на резкое увеличение или сокращение доли «больных» (с «плохим» здоровьем) уровень жизни не влияет, что позволяет сделать первый важный вывод: в семьях малообеспеченных и состоятельных есть свои факторы риска для здоровья студенческой молодежи.

Установка на заботу о здоровье

Сформированность заботы о собственном здоровье является основным показателем самосохранительного поведения. В отечественной социологии здоровья в последние десять лет активно разрабатывается концепция самосохранительного поведения как составная часть теории здоровья, которая должна переводить абстрактные идеалы и ценности в нормы жизни [1]. Здоровье в этом контексте понимается не только как состояние индивида, позволяющее успешно выполнять социальные функции и роли, но и как активная деятельность по его укреплению и сохранению. Развитие данного направления представляется чрезвычайно важным, поскольку позволяет моделировать здоровье на основе культурных навыков, представлений о возможностях организма, ежедневных привычек и осознанного отношения.

Таблица 1

Самооценка студентами своего здоровья (по полу, курсу обучения, профилю специальности, уровню доходов, %)

Самооценка здоровья	Всего по выборке	Ульяновск	Пол		Курс			Профиль специальности			Уровень доходов семьи		
			юноши	девушки	1–2-й	3–4-й	5–6-й	гуманитарный	технический	естественнонаучный	до 15 тыс. руб.	15-30 тыс. руб.	свыше 30 тыс. руб.
Уд. вес в выборке	100	10	45	55	39	43	18	42	38	20	68	24	8
Хорошее	46	45	49	44	46	48	42	46	48	44	44	49	60
Удовлетворительное	2	44	39	45	43	39	49	43	39	45	45	40	0
Плохое	5	8	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	3
Трудно сказать	7	3	7	6	6	9	5	6	8	7	7	6	7

Как показали результаты исследования, формально проявляют заботу о своем здоровье 82% опрошенных студентов: в Ульяновске – 84%, в Хабаровске – 86%. Самое низкое значение этого показателя в Брянске – 73%, но это все равно три четверти студентов. Если бы это соответствовало реальной картине, медики не били бы тревогу и не заявляли о росте среди студентов числа сердечно-сосудистых заболеваний, отклонений в опорно-двигательном аппарате и «пивной» зависимости. В последнее время становится модным быть здоровым, заниматься спортом, поддерживать себя в форме, поэтому «забота о здоровье», подтвержденная результатами опроса, скорее, дань моде, стремление казаться лучше.

Девушки-респондентки больше заботятся о собственном здоровье (85%), нежели юноши (79%), видимо понимая, что они будущие матери. Ведущей причиной заботы о здоровье юношей выступает «желание быть сильнее, здоровее» (33%). Девушки чаще начинают заботиться о своем здоровье, когда оно ухудшается (32%). Используя результаты наших предыдущих исследований, можно отметить: к моменту поступления в вуз девушки ниже оценивают свое здоровье, чем юноши. Попытка, хотя бы формально, поддержать здоровье вполне оправдана.

Социокультурные факторы заботы о здоровье современных студентов уступают факторам физиологического и социально-психологического происхождения. Воспитание послужило мотивом заботы о здоровье для пятой части студентов (18%), образцы поведения окружающих людей стали стимулом лишь для 7% из них, медицинская информация повлияла на 6%. В общей сложности группа социокультурных факторов стала стимулом размышлений о здоровье в среднем для трети студентов Ульяновска. Это почти столько же, сколько в Москве (35%), в Брянске и Хабаровске (по 30%), и несколько больше, чем в Мурманске (25%). В целом для социальной группы, чье основное занятие связано с развитием профессиональной и личностной культуры, влияние социокультурных мотивов заботы о здоровье невелико.

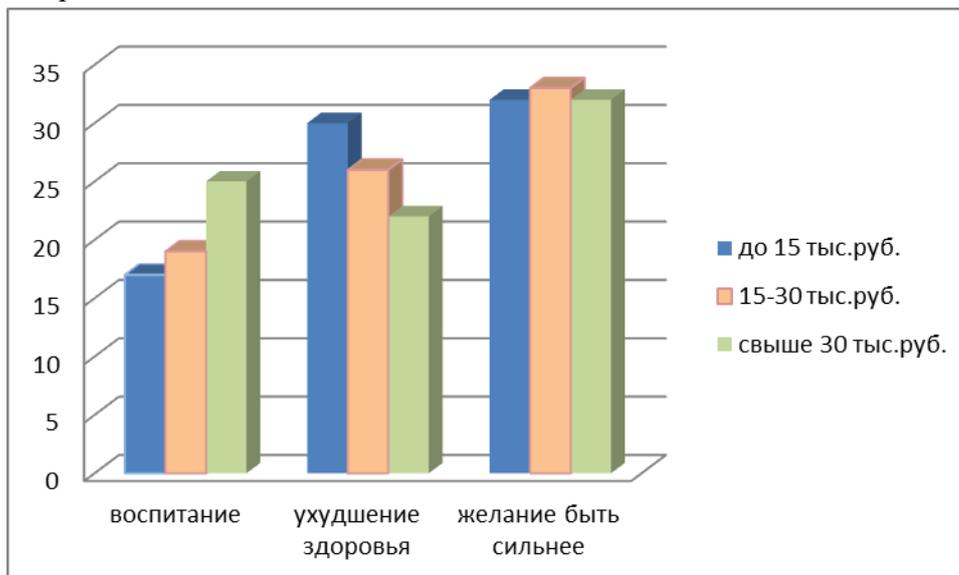


Рис. 1. Основные причины заботы студентов о здоровье в зависимости от дохода (%)

Среди студентов из семей с различным семейным доходом выявлены следующие закономерности изменения мотивации заботы о здоровье: чем выше уровень доходов семьи, тем сильнее действие социокультурных факторов (прежде всего воспитания); чем ниже доходы семьи, тем чаще забота о здоровье связана с его реальным ухудшением (рис. 1).

На вопрос «Почему Вы не заботитесь о своем здоровье?» все ответы студентов можно поделить на две группы: 1) хочу, но не могу («нет силы воли», «нет времени», «нет знаний», «нет условий»), в Ульяновске (как и в среднем по выборке) в данную группу попали больше половины студентов (59%, табл. 2); 2) не хочу и не вижу смысла («ни в чем себя не ограничиваю», «не вижу смысла», «я и так здоров», «не думал об этом») – чуть более 40%. Внушает надежду то, что первая группа больше, чем вторая, хоть и ненамного.

Таблица 2

Причины отказа студентов от заботы о своем здоровье (по полу, курсу обучения, профилю специальности, уровню доходов, %)

Причины отказа	Пол		Курс			Профиль специальности			Уровень доходов семьи		
	юноши	девушки	1–2-й	3–4-й	5–6-й	гуманитарный	технический	естественнонаучный	до 15 тыс. руб.	15-30 тыс. рублей	свыше 30 тыс. руб.
Не хочу ни в чем себя ограничивать	16	8	13	12	11	10	16	9	11	14	19
Заботы не гарантируют хорошего здоровья	11	10	12	9	8	10	9	13	10	11	6
Мне не хватает силы воли	18	23	21	19	25	23	17	24	24	18	18
Не нужно заботиться, я и так здоров	13	7	9	11	9	10	11	7	9	11	15
Нет соответствующих условий	8	10	6	11	11	8	10	9	10	6	6
Я не знаю, как это нужно делать	6	3	3	6	6	2	7	6	5	4	4
Нет времени	19	25	23	21	22	24	20	22	22	24	23
Не думал об этом	9	14	13	11	8	13	10	10	12	12	9

В идеальных представлениях еще большая часть студентов считает, что о здоровье нужно проявлять заботу всегда, – около 80%. Тревожным фактом является то, что среди ульяновских студентов в 2 раза больше по сравнению со средними показателями по выборке тех, кто считает, что заботиться о здоровье нужно только «если болен» – 11%, в Хабаровске таких – 4%, Мурманске – 3% и лишь в Брянске – 9%.

Подверженность студентов заболеваниям

Физическое здоровье молодого поколения следует рассматривать как базис и условие для развития надбиологических структур его здоровья, успешного выполнения социальных функций. При неразвитом или пораженном болезнью организме возможности общего развития и социальной активности значительно снижаются.

В нашем исследовании мы остановились на характеристиках физического здоровья, которые хорошо фиксируются на уровне самооценки: адаптивность организма – частота заболеваний, с которых начинаются устойчивые отклонения в здоровье. Эти же показатели

используются в медицинских наблюдениях за здоровьем разных возрастных групп. В ходе анализа частоты заболеваний нами выявлена прямая зависимость этой характеристики здоровья студентов от уровня жизни их семьи: чем ниже уровень жизни семьи, тем выше частота заболеваемости (табл. 3).

Таблица 3

Подверженность студентов заболеваниям (по полу, курсу обучения, профилю специальности, уровню доходов, %)

Частота заболеваемости	Всего по выборке	Ульяновск	Пол		Курс			Профиль специальности			Уровень доходов семьи		
			юноши	девушки	1-2-й	3-4-й	5-6-й	гуманитарный	технический	естественнонаучный	до 15 тыс. руб.	15-30 тыс. рублей	свыше 30 тыс. руб.
6-8 раз в году	4	3	2	5	4	3	4	4	3	4	4	3	2
3-5 раз в году	20	23	17	22	20	19	20	21	19	19	20	20	16
1-2 раза в году	69	68	70	69	68	71	68	68	69	71	70	68	70
Ни разу	7	6	11	4	8	7	8	7	9	6	6	9	12

Более частые заболевания являются преимущественной характеристикой молодежи из малообеспеченных семей: каждый 4-й студент из этих семей болеет часто и очень часто. Уровень частоты заболеваний студентов из состоятельных семей ниже: 12% из них отметили, что не болеют простудными заболеваниями и ОРЗ, часто болеют только 2%. Кроме социально-экономических факторов значительное влияние на частоту заболеваний оказывает гендерная принадлежность – девушки болеют чаще, чем юноши. Возраст и профиль специальности студентов существенной роли не играет.

Из поведенческих факторов наибольшее воздействие на частоту заболеваний гриппом, ОРЗ, простудой оказывает регулярность занятий физкультурой и спортом: среди студентов, имеющих ежедневные спортивные нагрузки, в 2 раза больше доля тех, кто не болеет ни разу в году: 11% против 6% в целом по Ульяновску (рис. 2) и в других регионах.

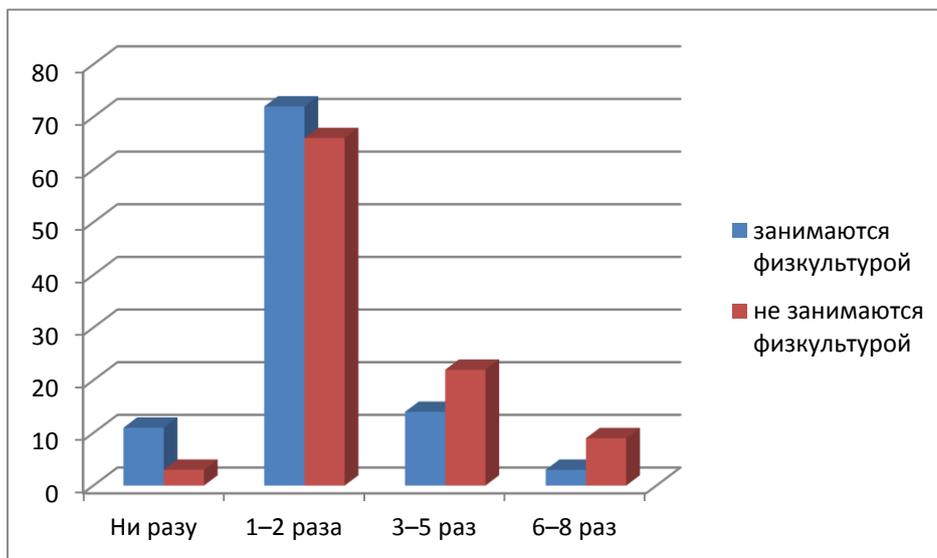


Рис. 2. Зависимость количества заболеваний в течение года от занятий спортом

Большинство опрошенных студентов (около 70%) болеют 1–2 раза в год, что является вполне нормальным, учитывая климат и периодичность возникновения эпидемий гриппа (рис. 2). Заболеваемость менее одного раза в год и раз в полгода признается медиками естественным процессом в жизнедеятельности растущего организма и не является признаком серьезных отклонений в его развитии.

Факторы, влияющие на здоровье студентов

Анализ различных классификаций факторов здоровья позволил нам прийти к следующим выводам: деление факторов, выбор наиболее приоритетных из них зависят от целей и задач исследования. Степень и характер воздействия тех или иных факторов различаются в зависимости от того, на какую социальную группу этот фактор действует и к какому периоду развития общества относится этот процесс. В системе факторов, оказывающих влияние на здоровье молодых россиян, к концу XX века в России на долю социальной среды и образа жизни приходилось 50–55%, вес экологического фактора (природной среды) составлял 18–20%, доля наследственности – 15–20%, здравоохранения – 10–15%. Фактор «социальная среда» не только самый весомый, но и самый сложный по содержанию. Образ жизни, собственные усилия индивида – ведущие составляющие социальной среды [2].

В оценках студентов рейтинг перечисленных факторов выглядит следующим образом: почти половина основное влияние связывают с усилиями самого человека (табл. 4); это чаще всего студенты старших курсов, а что касается городов, то из Ульяновска, Уфы и Нижнего Новгорода.

Природная среда и экологическая обстановка переоцениваются студентами – около 40% из них отводят этому фактору весомую роль во влиянии на здоровье человека. Скорее всего, это происходит из-за ощущения, что влияние внешней среды нельзя контролировать. Косвенным доказательством нашего предположения является еще большее преувеличение данного фактора в регионах с неустойчивой социально-экономической обстановкой – в Чеченской Республике (51%) и Хабаровске (77%). В Ульяновске менее трети студентов отметили природный фактор – это почти столько же, сколько в Москве, Мурманске, Брянске.

Данный факт не говорит о том, что в этих регионах ситуация более благоприятная, она, видимо, более понятна для студентов.

Таблица 4

Факторы, влияющие на здоровье студентов (по полу и курсу обучения %)

Показатели	Всего по выборке	Ульяновск	Пол		Курс		
			юноши	девушки	1-2-й	3-4-й	5-6-й
Усилия самого человека	47	54	49	46	47	46	52
Природная среда	39	30	43	35	42	37	39
Наследственность	31	39	27	31	27	32	35
Качество медобслуживания	16	12	15	17	15	18	11

Треть студентов отметили в качестве ведущего фактора здоровья «наследственность»; чаще это молодые люди из обеспеченных семей (36%, рис. 3). Наши предшествующие исследования позволяют объяснить это обстоятельство более высокой осведомленностью молодежи из состоятельных семей о болезнях родителей и о состоянии собственного здоровья.

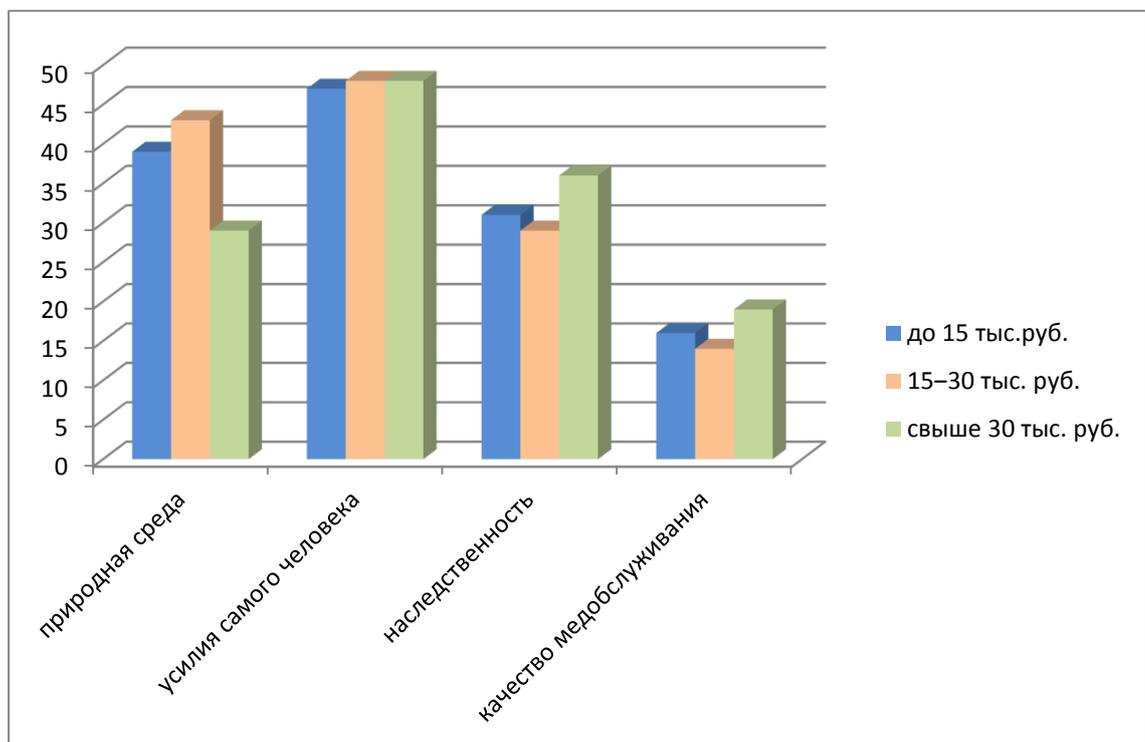


Рис. 3. Факторы здоровья, отмеченные студентами из семей с разным доходом (%)

Реже других факторов студенты называют «качество медицинского обслуживания» – в среднем 16%, в Ульяновске – 12%, столько же в Нижнем Новгороде, Мурманске, Уфе. Скорее всего, это связано с молодостью студентов: восстановить физическое здоровье большинству из них пока удается без серьезного вмешательства врачей; а психические расстройства, которые у современной молодежи встречаются достаточно часто, не являются поводом для обращения к специалистам.

В целом, несмотря на высокие показатели психического напряжения, студентов высших учебных заведений следует признать той частью молодого поколения, которая способна лучше адаптироваться к современным условиям и реализовать свой потенциал в будущем, если не подведет здоровье. Наши региональные исследования показывают: чем выше уровень образования, тем более уверены в успешности своего будущего молодые люди. Только каждый пятый студент вуза испытывает страх за свое будущее, среди учащихся техникумов – каждый третий, а среди учащихся ПТУ – каждый второй. Более высокий уровень профессионального образования дает бóльшую уверенность в своих жизненных ресурсах; студентам высших учебных заведений в большей степени присуща сформированность внутреннего экзистенциального стержня.

Жизненные ценности, наиболее важные для достижения успеха

Современное направление социологического поиска дефиниций здоровья и способов его представления тесно связано с ценностно-мотивационным пониманием этого феномена: 1) здоровье как ценность, социально заданный стандарт, меняющийся вместе с обществом; 2) здоровье как совокупность усвоенных социальных норм, ценностей, идеалов.

Духовная составляющая здоровья каждого нового поколения формируется прежде всего в ходе первичной социализации, под влиянием культурной среды ближайшего окружения и отражает социальные связи, ресурсы, межличностные контакты, зависит от нравственного уклада социума [3]. За период социально-экономической трансформации российского общества эти показатели претерпели большие изменения. Процессы, происходящие в последние два десятилетия в стране, изменили многое не только в экономике и политике, но и в обыденной жизни каждого человека, в отношениях между людьми, в понимании того, что сегодня есть жизненный успех, какие цели нужно перед собой ставить и какими средствами для достижения этих целей можно пользоваться.

Шкала ценностей, способствующих жизненному успеху, в представлениях студентов достаточно дифференцирована. Данный факт свидетельствует о том, что устойчивого ядра, характеризующего студентов как единую общность, не существует. Половина современных студентов в разных городах, и в Ульяновске в частности, в качестве определяющего условия жизненного успеха называют «способности и талант» (50%); другая половина – «силу характера» (46%)(табл.5).

Жизненные ценности, необходимые для достижения успеха (по полу, курсу обучения, профилю специальности, уровню доходов, %)

Ценности	Всего по выборке	Ульяновск	Пол		Курс			Профиль специальности			Уровень доходов семьи		
			юноши	девушки	1-2-й	3-4-й	5-6-й	гуманитарный	технический	естественнонаучный	до 15 тыс. рублей	15-30 тыс. рублей	свыше 30 тыс. руб.
Материальный достаток	32	36	32	31	28	35	31	30	33	32	30	34	36
Способности, талант	50	50	51	50	50	50	51	51	50	48	51	47	48
Удача, благоприятные обстоятельства	31	28	30	32	30	31	35	32	30	33	32	30	32
Образование	41	37	39	42	44	40	35	39	40	45	41	42	40
Здоровье	44	43	40	47	41	46	45	41	41	55	46	40	36
Сила характера	46	47	44	48	46	43	53	49	45	42	46	46	50
Поддержка близких и знакомых	18	19	18	18	18	17	20	19	19	17	17	20	18
Всякий успех – дар судьбы, не зависящий от человека	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

В системе жизненных ценностей студентов вузов «здоровье» как базовая ценность занимает 3-е место (44%). В условиях современной экономической и социальной реальности здоровье все чаще выступает как основной «стартовый капитал» достижения поставленных целей, что делает его больше ценностью инструментальной, а не терминальной. Это утверждение относится, прежде всего, к молодежи, вступающей в жизнь без серьезной материальной и социальной поддержки со стороны родителей.

Подтверждением выявленной закономерности служит иной характер рейтинга факторов жизненного успеха у студентов из обеспеченных семей (с душевым доходом более 30 тыс. рублей): на 1-е место они поставили «силу характера», на 2-е – «способности и талант», на 3-е – «образование», и только на 4-м месте оказались «здоровье» вместе с «материальным достатком».

В качестве жизненно важных факторов «образование» выделили более 41% студентов, «материальный достаток», «удачу» и «благоприятные обстоятельства» – по трети, «поддержку близких и знакомых» – пятая часть, и только 4% отметили «всякий успех – это дар, не зависящий от человека».

В приведенной последовательности удивляют следующие обстоятельства: умеренная оценка «материального достатка» (несколько выше только в состоятельных семьях); средние надежды на «образование» – чем старше курс, тем эти надежды менее осязаемы. Больше надеются на свое образование студенты специальностей естественнонаучного профиля; меньше – гуманитарного.

Итак, система ценностей поколения образует его внутренний стержень, определяет духовные потребности, интересы. Формирование этой системы происходит под сильным влиянием социальной среды, ведь ценности не передаются – они каждый раз заново формируются новым поколением в значимых социальных явлениях и связях, образцах поведения, нормах и традициях общества. Изменение ценностного сознания россиян не могло не повлиять на формирование смысловых представлений студентов вузов.

Формирование ценностных ориентаций индивида и поколения завершается к 18–20 годам. Это указывает на то, что ценностное сознание студентов в основном уже сложилось. Опираясь на представленный в табл. 5 набор жизненных ценностей и сравнивая реальное его наполнение в разных социально-демографических, социально-экономических и территориальных группах студентов, следует подчеркнуть: студенты больше надеются на собственные способности, талант и образование, чем на материальный достаток; чаще доверяют качествам своего характера и личностным свойствам, чем удаче и благоприятным обстоятельствам. Здоровье в ряду факторов успеха выступает достаточно весомым жизненным ресурсом, но только для половины студентов.

Информированность студентов в вопросах здоровья и оказания первой помощи

Проблема состояния здоровья студентов не ограничивается выявлением его самооценки и факторов, влияющих на отношение к нему. Формирование осознанного самосохранительного поведения в большей степени зависит от качества социальной информации. Здоровье в контексте культурно-деятельностного подхода распадается на связанные звенья одной цепи: общественный идеал – ценностная ориентация индивида – компетентность – деятельность. Важным условием формирования культуры здоровья является интерес студентов к проблемам поддержания физического и психического самочувствия.

Особую роль в поддержании здоровья молодого поколения, сформировавшегося в условиях реформирования российского общества, играют целенаправленные формы социализации: просвещение (усвоение знаний о состоянии собственного здоровья, ресурсах организма и психики); воспитание (формирование ценности здоровья и здорового образа жизни, жизненных ориентаций); обучение (освоение навыков поддержания ресурсов здоровья и помощи другим людям).

Как показало исследование, степень интереса студентов к информации о здоровье и здоровом образе жизни (табл. 6) достаточно высока. Половина студенческой молодежи интересуется вопросами о правильном питании (50%), почти столько же уделяет особое внимание психологии общения и здоровому образу жизни (47 и 45% соответственно). Вызывает тревогу то обстоятельство, что современную студенческую молодежь не часто интересуют профилактика стресса и сердечно-сосудистых заболеваний, способы избавления от вредных привычек, закаливание и оздоровительная гимнастика. По каждому из перечисленных вопросов пытались получить информацию не более пятой части студентов.

Интерес студентов к информации о здоровье (по полу, курсу обучения, профилю специальности, уровню доходов, %)

Виды информации	Всего по выборке	Ульяновск	Пол		Курс			Уровень доходов семьи		
			юноши	девушки	1–2-й	3–4-й	5–6-й	до 15 тыс. руб.	15–30 тыс.	свыше 30 тыс. руб.
Правильное питание	50	42	37	61	46	52	53	51	47	47
Здоровый образ жизни	45	40	43	46	44	47	41	45	44	44
Оздоровительная гимнастика	19	24	15	22	19	18	20	20	17	14
Закаливание	12	15	16	8	12	11	13	12	12	11
Психология общения	47	43	41	53	46	48	49	48	46	47
Профилактика стресса	21	19	16	26	20	22	23	21	21	24
Защита от неблагоприятных эколог. факторов	14	11	15	13	14	13	13	13	15	14
Материалы, вредные для жилища	9	7	10	9	8	9	13	10	8	9
Как избавиться от вредных привычек	21	15	25	18	22	20	22	21	22	21
Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний	12	8	13	12	12	13	12	13	11	11
Факторы риска для здоровья	24	20	23	25	25	23	24	24	24	21
Ни по одному из вопросов не пытался найти информацию	13	16	19	8	14	13	12	13	14	14

Информационная активность ульяновских студентов в целом соответствует среднестатистическим показателям проведенного исследования. Более «приглушенный» интерес наблюдается к ведущим темам – питание, общение, здоровый образ жизни; один из самых низких показателей интереса по сравнению с другими регионами – к избавлению от вредных привычек и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (15 и 8%). Ульяновская студенческая молодежь выглядит менее активной и коммуникабельной в вопросах здоровья не только на общем фоне, но и по сравнению с сопоставимыми по численности и статусу городами – Хабаровском, Мурманском, Брянском. Данный факт свидетельствует о недостаточной сформированности когнитивной базы культуры здоровья.

Большинство девушек (61%), заботясь о своей фигуре, чаще интересуются информацией о правильном питании, нежели какими-либо другими вопросами о здоровье и здоровом образе жизни. Особенно такая информация важна для студенток 5–6-го курсов.

Среди студенток принято считать внешнюю привлекательность и стройность тела залогом здоровья. Но, к сожалению, у большинства представительниц женского пола сложилось ложное мнение о способах достижения этого: в борьбе за красоту они изнуряют

себя диетами, что, как правило, приводит к нарушению нормального функционирования их систем и организма в целом, а здоровая и полезная пища остается на заднем плане.

В ходе исследования изучался вопрос о степени потребности студентов в информации для улучшения своего здоровья (табл. 7, рис. 4).

Таблица 7

Потребность студентов в информации для улучшения собственного здоровья (по полу, курсу обучения, профилю специальности, уровню доходов, %)

Потребность в информации	Всего по выборке	Ульяновск	Пол		Курс			Профиль специальности			Уровень доходов семьи		
			юноши	девушки	1–2-й	3–4-й	5–6-й	гуманитарный	технический	естественнонаучный	до 15 тыс. руб.	15-30 тыс.	свыше 30 тыс. руб.
Нет	47	41	42	52	42	50	51	46	44	55	51	42	33
Да	31	37	38	25	36	29	26	31	34	26	28	34	49
Затрудняюсь ответить	22	22	20	23	22	21	23	23	22	19	21	24	18

На вопрос «Нужна ли Вам какая-либо информация для улучшения своего собственного здоровья?» почти половина респондентов (47%) в целом и чуть более 40% в Ульяновске ответили «нет». Большим желанием знать о своем здоровье и способах его поддержания отличаются студенты-мужчины и выходцы из состоятельных семей. Чем ниже уровень жизни семьи, тем ниже познавательный интерес: среди состоятельных студентов треть не хотят иметь информацию о своем здоровье и способах его поддержания; среди малообеспеченных – каждый второй.

Наблюдается четкая зависимость между потребностью студентов в информации об улучшении своего здоровья и социально-экономическим положением семьи (рис. 4).

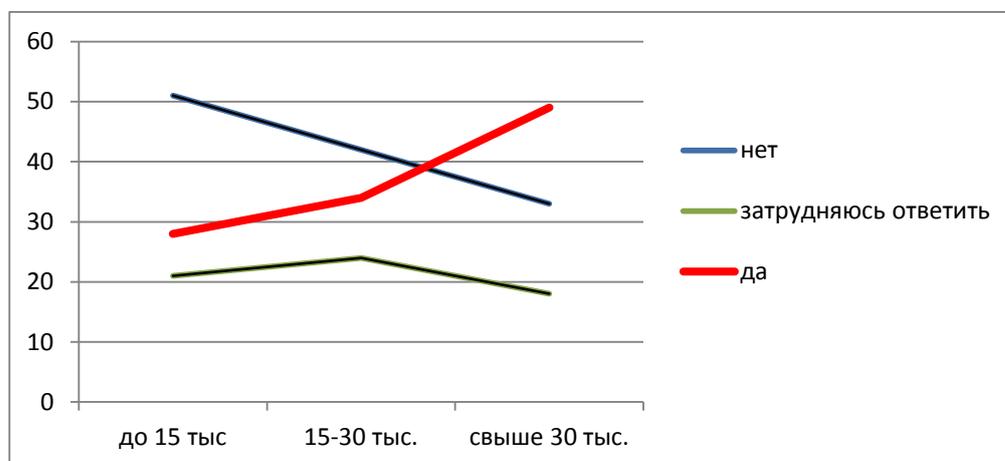


Рис. 4. Потребность студентов в информации для улучшения своего здоровья в зависимости от уровня жизни семьи (%)

Выяснить степень реальной информированности студентов в различных сферах, связанных со здоровьем, нам помогут ответы на вопросы об образовании в области здоровья и потребности в нем.

На протяжении последних лет в университетах не только практикуются занятия физической культурой, но и разработан ряд курсов по формированию здорового образа и спортивного стиля жизни. Данное исследование показывает, что это действительно так: практически половина студентов отметили наличие в их вузе специальных курсов по проблемам здоровья.

Особенно отличились (в лучшую сторону) вузы Хабаровска и Нижнего Новгорода: около 60% студентов этих городов получают нужную информацию о своем здоровье и способах его поддержания у себя в вузе. В Ульяновске доля таких студентов – чуть более 40%. Чаше наличие подобных курсов отмечают студенты технических специальностей (около 60%), значительно реже – студенты специальностей естественнонаучного профиля (чуть более трети). Этот расклад можно объяснить более высокими требованиями специалистов-естественников к информации по проблемам здоровья.

Активность студентов в получении информации по вопросам сексуального здоровья выше, чем по общим проблемам здоровья. Об этом свидетельствуют ответы на вопрос «Нужна ли Вам какая-либо информация для улучшения своего сексуального здоровья?» (табл. 8).

Таблица 8

Потребность студентов в информации для улучшения сексуального здоровья (по полу, курсу обучения, профилю специальности, уровню доходов, %)

Потребность в информации	Всего по выборке	Ульяновск	Пол		Курс			Профиль специальности			Уровень доходов семьи		
			юноши	девушки	1–2-й	3–4-й	5–6-й	гуманитарный	технический	естественнонаучный	до 15 тыс. руб.	15-30 тыс.	свыше 30 тыс. руб.
Нет	29	22	26	31	23	30	36	28	26	35	31	27	19
Да	57	65	62	52	61	56	52	57	61	50	53	62	70
Затрудняюсь ответить	14	13	12	17	16	14	12	15	13	15	16	11	11

Самыми нуждающимися в подобного рода информации являются студенты Ульяновска (65%) и Мурманска (63%), начальных курсов, технических специальностей и из состоятельных семей.

Компетентность в оказании первой медицинской помощи

В результате воздействия на учащуюся молодежь социально-политических и учебных программ о здоровье и здоровом образе жизни должны сформироваться определенные знания и умения. Информированность в сфере здоровья подтверждается компетентностью студентов в оказании первой помощи в различных ситуациях (табл. 9). Выяснилось, что человеку, пораженному электрическим током, быстрее и лучше смогут помочь учащиеся старших курсов (35%), по специальности технического и естественнонаучного профиля (34%); при сотрясении мозга лучшими помощниками в оказании первой медицинской помощи, скорее всего, станут студенты старших курсов (38%), с техническим и гуманитарным уклоном специальности (31 и 38% соответственно).

Таблица 9

Компетентность студентов в оказании первой помощи (по полу, курсу обучения, профилю специальности, уровню доходов, %)

Оказание помощи	Всего по выборке	Ульяновск	Пол		Профиль специальности			Уровень доходов семьи		
			юноши	девушки	гуманитарный	технический	естественнонаучный	до 15 тыс. руб.	15-30 тыс.	свыше 30 тыс. руб.
Пораженному током	28	37	36	22	21	34	34	29	29	23
Получившему сотрясение мозга	33	31	35	31	33	31	37	33	35	30
Стало плохо на транспорте	66	65	62	69	67	63	69	67	66	67
Тонувшему человеку	53	63	67	42	50	57	50	52	59	60
При отравлении	61	64	52	69	63	56	66	63	59	57
При переломах	52	53	58	47	48	52	60	53	51	52
При сердечной недостаточности	18	25	16	19	18	15	25	19	16	23
При ожогах	58	51	54	62	61	54	63	59	59	57

Никто не застрахован от того, что неожиданно ему может стать плохо прямо на улице или в транспорте. Тогда студенты технических специальностей (63%) и преимущественно девушки (69%) немедленно отреагируют на сложившуюся ситуацию и сделают все возможное, чтобы привести пострадавшего в нормальное состояние. Тонувшего человека чаще могут спасти студенты-юноши (67%). При отравлении способны оказать первую помощь девушки (69%) и обучающиеся на естественнонаучных направлениях (66%). Как правильно наложить шину при переломах или марлевую повязку при ожоге, знают многие студенты. Но лучше всего с этой ситуацией справились бы девушки-студентки

специальностей естественнонаучного профиля. Однако при сердечной недостаточности только пятая часть опрошенных студентов может предпринять какие-либо действия (18%), а это сегодня самые распространенные заболевания.

Итак, несмотря на устоявшееся мнение, что молодежь – наиболее здоровая категория населения, именно в студенческие годы наблюдаются самые высокие темпы роста заболеваемости практически по всем классам болезней, но преимущественно по тем, которые вызваны хроническими и затяжными недугами (заболевания органов дыхания, нервной, сердечно-сосудистой системы, нарушения иммунитета). Подобные нарушения в молодом организме зачастую можно предотвратить, если вовремя предпринять меры по их профилактике.

Внушает оптимизм тот факт, что многие студенты интересуются здоровым образом жизни и другими его аспектами, несмотря на наличие вредных привычек. В связи с этим на систему образования в целом и вузы в частности помимо задач профессиональной подготовки ложится функция сохранения физического и психического здоровья студентов, а также повышения их валеологической грамотности. Университеты в своих регионах должны стать инициаторами формирования ценностей, навыков и конкретных умений самосохранительного поведения студенческой молодежи.

Поведенческие риски в отношении здоровья студентов

Студенты – это наиболее динамичная общественная группа, находящаяся на этапе формирования социальной и физиологической зрелости, хорошо адаптирующаяся к комплексу факторов социального и природного окружения и вместе с тем, в силу ряда причин, подверженная высокому риску нарушений здоровья. Поэтому одним из наиболее важных аспектов при изучении здоровья студентов является вопрос о поведенческих рисках.

От направленности поведения индивида в значительной мере зависит сохранность и развитие здоровья. Можно взять на себя ответственность за самочувствие, успешность, а можно ждать решения проблем извне; можно принять меры по снижению влияния наследственности или, напротив, возложить вину на наследственность и ничего не делать. Осмысленное поведение опосредует действие всех основных групп факторов здоровья. Самые распространенные заболевания в российском обществе последних десятилетий – сердечно-сосудистые, онкологические, нервно-психические болезни – в значительной мере опосредованы типом поведения. В свою очередь модель поведения зависит от системы ценностных ориентаций, воспринятых знаний и образцов, целей и смыслов жизни (или их отсутствия). Эта система составляет «экзистенциальный стержень» индивида и основу культуры его здоровья.

Совмещение работы и учебы как фактор здоровья студентов

Большинство студентов как мужского (63%), так и женского пола (74%) не работают, предпочитая основное время уделять получению образования. Существует зависимость от возраста: среди студентов 1–2-х курсов 14% работающих студентов, на 3–4-м курсе – 24% и на 5–6-м – 34%. Чем ближе к защите диплома, тем чаще студенты стремятся найти себе подходящее место для получения опыта работы, приобрести финансовую самостоятельность (табл. 10).

Среди студентов Ульяновска число работающих студентов несколько больше (28%) по сравнению со средним значением этого показателя. Характер труда работающих студентов чаще умственный (46%) или смешанный (36%). У девушек-студенток преобладает умственный труд (56%) в отличие от юношей, из которых 40% занимаются и умственной, и

физической деятельностью. Большинство работающих студентов (67%) устают после работы, но не очень. Однако пятая часть работающих студентов устает после трудовой деятельности достаточно сильно.

Большинство учащихся вузов предпочитают получать образование не работая. Поэтому трудовая деятельность не является решающим фактором риска в ухудшении здоровья большей части студентов.

Таблица 10

Совмещение работы и учебы студентами вузов (по полу, курсу обучения, профилю специальности, уровню доходов, %)

Работаете ли Вы в настоящее время?	Всего по выборке	Ульяновск	Пол		Курс			Уровень доходов семьи		
			юноши	девушки	1-2-й	3-4-й	5-6-й	до 15 тыс.руб.	15-30 тыс. руб.	свыше 30 тыс. руб.
Да	22	28	24	20	14	24	34	22	22	25
Нет	69	66	63	74	78	66	57	69	67	64
Временно не работаю	9	6	13	6	8	10	9	9	11	11

Организация питания

Судя по данным опроса, весомая группа студентов (26%) живет, не ограничивая себя в количестве еды. Среди лиц мужского пола эта доля в 1,5 раза больше – 38%, что говорит о более халатном отношении юношей к своему питанию (табл. 11). Девушки в этом вопросе более разборчивы, среди них только пятая часть (18%) не прибегают к ограничениям в питании. Кроме того, среди юношей мало кто ответил «стараюсь не есть поздно вечером» (10%). Среди девушек это число значительно больше (22%).

Таблица 11

Отношение студентов к питанию (по полу, курсу обучения, профилю специальности, уровню доходов, %)

Виды ограничения в питании	Всего по выборке	Ульяновск	Пол		Курс			Уровень доходов семьи		
			юноши	девушки	1-2-й	3-4-й	5-6-й	до 15 тыс.руб.	15-30 тыс. руб.	свыше 30 тыс. руб.
Ограничиваю себя в количестве еды	9	10	7	10	9	9	8	9	8	13
Избегаю сладкого	5	9	5	6	5	5	7	5	5	5
Избегаю мучного	5	6	3	6	4	5	6	5	5	7
Стараюсь не есть поздно вечером	17	13	10	22	18	17	18	17	19	16
Избегаю острой пищи	6	5	6	7	5	6	7	6	5	7
Ни в чем себя не ограничиваю	26	27	38	18	28	27	22	27	28	28
Избегаю употребления некачественных продуктов	30	28	29	30	29	29	31	30	28	22
Другое	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2

Более красноречиво о культуре питания свидетельствуют показатели отношения студентов к срокам годности, энергетической ценности продуктов, добавкам и употреблению чистой воды. Анализ этих данных выявляет низкий уровень культуры питания студентов (табл. 12).

**Культура питания как фактор здоровья студентов
(в индексах частоты от -1 до +1)*,
(по полу, курсу обучения, профилю специальности, уровню доходов, %)**

Показатели культуры питания	Всего по выборке	Ульяновск	Пол		Курс			Профиль специальности			Уровень доходов семьи		
			юноши	девушки	1-2-й	3-4-й	5-6-й	гуманитарный	технический	естественнонаучный	до 15 тыс.руб.	15-30 тыс. руб.	свыше 30 тыс.
Сроки годности продуктов	0,76	0,8	0,67	0,85	0,74	0,77	0,82	0,8	0,73	0,8	0,8	0,76	0,73
Небезопасные добавки	0,13	0,19	0	0,24	0	0,15	0,25	0,15	0,1	0,19	0,13	0,13	0,1
Энергетическая ценность продуктов	0	0	-0,16	0,1	-0,1	0	0,1	0	-0,1	0	0	0	0
Использование водоочистительного фильтра	0,15	0,32	0,12	0,16	0,14	0,2	0,06	0,22	0,15	0	0	0,33	0,4

*Индекс частоты рассчитан на основе присвоения коэффициентов разным вариантам ответа: «всегда» (K=+1); «часто» (+0,5); «иногда» (+0,25); «никогда» (-1); сумма полученных значений разделена на 100%. Интервал значений индекса – от -1 до +1; высокая степень частоты соответствует значениям индекса от 0,8 до 1; выше среднего – от 0,65 до 0,79; средняя – от 0,5 до 0,64; ниже среднего – от 0,3 до 0,49; низкая – от 0 до 0,29 и все отрицательные значения.

Для выявления более отчетливых тенденций мы прибегли к подсчетам индексов (на основе порядковых шкал). Приведенные в табл. 12 их значения показывают: в культуре питания студентов только один навык (учет при употреблении продуктов сроков их годности) сформирован на достаточно высоком уровне (0,76), а в Ульяновске он еще выше (0,8). Все остальные навыки – учет энергетической ценности продуктов, небезопасных добавок, использование водоочистительных фильтров – сформированы на низком уровне.

В Ульяновске у студентов навык использования очистки воды характеризуется значением индекса частоты ниже среднего. Остальные навыки культуры питания студентов на том же уровне, как и в других регионах России.

Небезопасные добавкистораживают всего 25% опрошенных студентов. За энергетической ценностью продуктов следят столько же, при этом 47% опрошенных юношей никогда не обращают на это внимания. Можно сказать, что юноши-студенты не так серьезно подходят к выбору продуктов, как девушки. Для них еда – в первую очередь источник удовлетворения естественных потребностей, поэтому их реже волнуют такие вещи, как срок годности, небезопасные добавки и энергетическая ценность продуктов.

Употребление психоактивных веществ студентами

Курение в молодежной среде – не только серьезная медицинская проблема, но и социальная. В нашем исследовании на вопрос «Курите ли Вы в настоящее время?» положительно ответили 27% опрошенных, 73% – отрицательно (рис.5) .

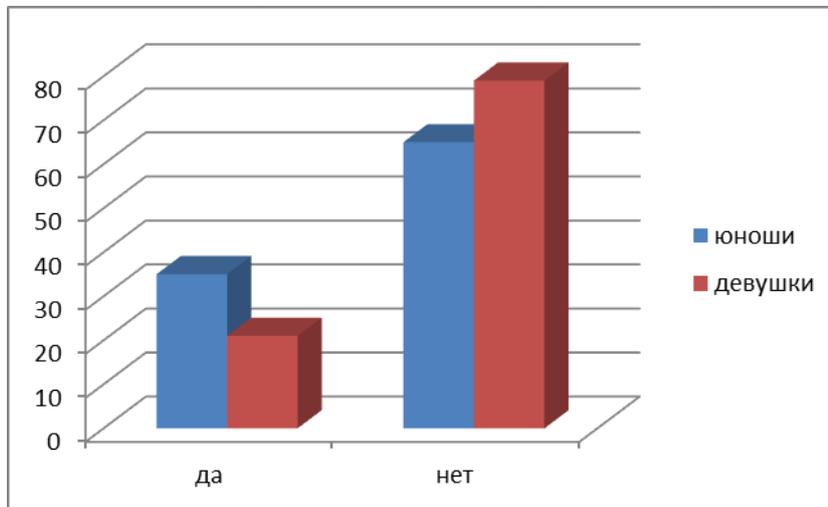


Рис. 5. Ответы на вопрос «Курите ли Вы в настоящее время?» (по полу, %)

Среди курящих студентов выделяются следующие категории: молодые люди из семей со средним доходом и выше среднего – 15–30 тыс. рублей в месяц на человека и более (36%). Студенты из этих слоев стремятся разнообразить свои развлечения, и курение выступает одним из них.

Из числа курящих студентов в день выкуривают до 10 сигарет 57%, от 10 до 20 сигарет – 37% опрошенных и 6% студентов выкуривают более 20 сигарет в день. Юноши выкуривают большее количество сигарет. Самые «некурящие» города – Гродно (73%), Грозный (76%), Минск (68%). Самый «курящий» город – Москва. Ульяновск соответствует среднестатистическим данным опроса: более 40% курящих студентов выкуривают в день до пачки сигарет и более.

Среди курящих студентов наибольшая доля тех, кто считает свое здоровье «удовлетворительным» (45%). Половина некурящих студентов чувствуют себя «хорошо» (49%), «удовлетворительным» свое здоровье назвали 42%. (рис. 6).

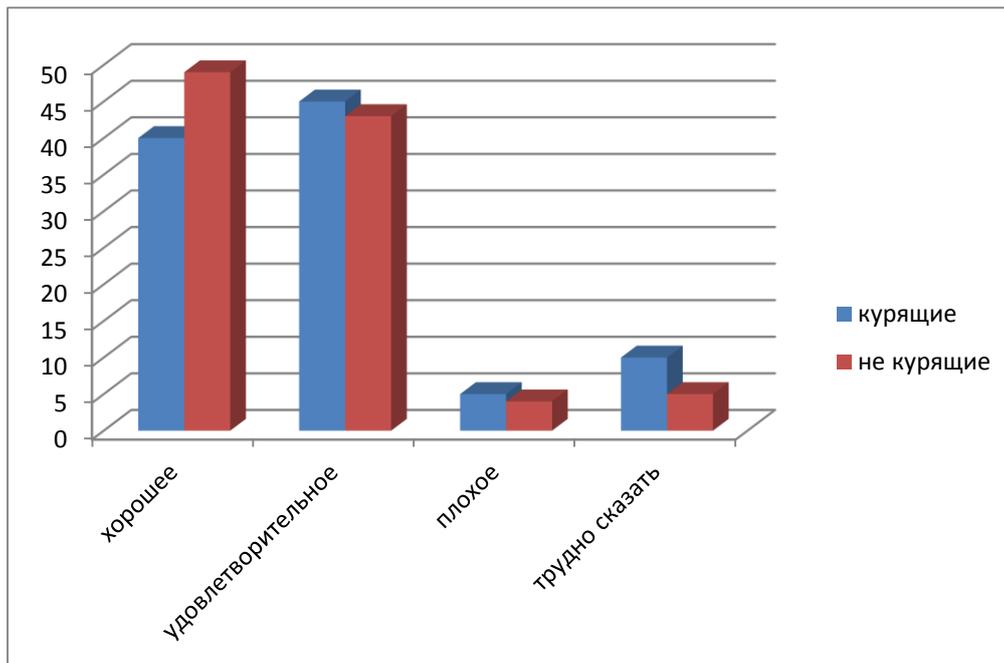


Рис. 6. Самооценка здоровья курящих и некурящих студентов (%)

Употребление алкоголя – еще одна проблема для России и ее молодежи.

Полученные в ходе опроса результаты резко выделяют среди всех алкогольных напитков вино, крепкие напитки и пиво: более 70% студентов с разной частотой употребляют шампанское, 40% – крепкие напитки, более 60% – пиво.

Более активными потребителями алкогольных напитков являются студенты старших курсов и из среднедоходных семей (табл. 13).

Каждый десятый из опрошенных студентов пробовал *наркотики*, а тех, у кого знакомые употребляют наркотики, еще больше: у каждого 6-го студента в Ульяновске есть такие в ближнем окружении (табл. 14). Более всего это характерно для представителей мужского пола и студентов из состоятельных семей. Следует подчеркнуть: студенты-юноши и выходцы из обеспеченных семей по поведенческим характеристикам неоднократно отмечены как группы риска.

Таблица 13

**Частота употребления студентами спиртных напитков
(в индексах частоты от -1 до +1)*
(по полу, курсу обучения, профилю специальности, уровню доходов, %)**

Как часто случается выпивать ...	Всего по выборке	Ульяновск	Пол		Курс			Профиль специальности			Уровень доходов семьи		
			юноши	девушки	1-2-й	3-4-й	5-6-й	гуманитарный	технический	естественнонаучный	до 15 тыс.руб.	15-30 тыс. руб.	свыше 30 тыс.
Сухие вина, шампанские	0,13	0,3	0,06	0,1	0,13	0,1	0,26	0,17	0,13	0,06	0,11	0,22	0,1
Крепкие напитки	-0,2	-0,4	-0,1	-0,5	-0,4	-0,3	-0,3	-0,4	-0,2	-0,4	-0,4	-0,3	-0,2
Крепленые вина	-0,5	-0,5	-0,5	-0,6	-0,5	-0,6	-0,5	-0,5	-0,5	-0,6	-0,6	-0,5	-0,5
Пиво	0,1	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0	0,2	0	0,1	0,2	0
Домашние вина, настойки	-0,4	-0,3	-0,3	-0,4	-0,4	-0,5	-0,3	-0,4	-0,3	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4

*Индекс частоты рассчитан на основе присвоения коэффициентов разным вариантами ответа: «часто» (K=+1); «редко» (+0,5); «никогда» (-1); сумма полученных значений разделена на 100%. Интервал значений индекса – от -1 до +1; высокая степень частоты соответствует значениям индекса от 0,8 до 1; выше среднего – от 0,65 до 0,79; средняя – от 0,5 до 0,64; ниже среднего – от 0,3 до 0,49; низкая – от 0 до 0,29 и все отрицательные значения.

Таблица 14

**Наличие среди знакомых потребителей наркотиков (по полу, курсу обучения,
профилю специальности, уровню доходов, %)**

	Всего по выборке	Ульяновск	пол		Курс			Уровень доходов семьи		
			юноши	девушки	1-2-й	3-4-й	5-6-й	до 15 тыс.руб.	15-30 тыс. руб.	свыше 30 тыс. руб.
Да	24	16	28	21	24	26	22	21	31	35
Нет	59	65	54	63	59	58	62	62	53	46
Затрудняюсь ответить	17	19	18	16	17	16	16	17	16	19

Эмоциональные стрессы

Эмоциональные стрессы не редкость для студентов – повседневные конфликты случаются в бытовой, личной и учебной жизни подавляющего большинства из них. На вопрос «Конфликтуете ли Вы с окружающими?» 14% ответили «часто», 70% – «иногда», 3% – ежедневно и столько же «никогда».

Таблица 15

**Эмоциональные стрессы студентов как фактор здоровья
(в индексах частоты от -1 до +1)*,
(по полу, курсу обучения, профилю специальности, уровню доходов, %)**

Показатели	Всего по выборке	Ульяновск	Пол		Курс			Профиль специальности			Уровень доходов семьи		
			юноши	девушки	1-2-й	3-4-й	5-6-й	гуманитарный	технический	естественнонаучный	до 15 тыс.руб.	15-30 тыс. руб.	свыше 30 тыс. руб.
Конфликтов с окружающими	0,14	0,2	0,14	0,14	0,13	0,1	0,15	0,15	0,12	0,13	0,12	0,26	0,18
Негативных эмоций	0,33	0,32	0,3	0,4	0,3	0,3	0,35	0,4	0,3	0,3	0,34	0,28	0,27
Положительных эмоций	0,6	0,62	0,6	0,65	0,65	0,6	0,56	0,65	0,6	0,6	0,62	0,63	0,63
Плохого настроения	0,3	0,33	0,28	0,32	0,3	0,3	0,3	0,32	0,3	0,3	0,4	0,35	0,3
Хорошего настроения	0,56	0,6	0,57	0,58	0,6	0,55	0,57	0,6	0,57	0,55	0,5	0,6	0,62

*Индекс частоты рассчитан на основе присвоения коэффициентов разным вариантам ответа: «ежедневно» (К=+1); «часто» (+0,5); «иногда» (+0,25); «никогда» (-1); сумма полученных значений разделена на 100%. Интервал значений индекса – от -1 до +1; высокая степень частоты соответствует значениям индекса от 0,8 до 1; выше среднего – от 0,65 до 0,79; средняя – от 0,5 до 0,64; ниже среднего – от 0,3 до 0,49; низкая – от 0 до 0,29 и все отрицательные значения.

Положительные эмоции испытывает «ежедневно» каждый третий студент, а «часто» – каждый второй; это говорит о преобладании положительного эмоционального фона в жизни студенческой молодежи. Данный вывод подтверждается значениями индексов (табл.15): частота негативных эмоций и плохого настроения соответствует уровню «ниже среднего» практически во всех социально-демографических группах студентов (несколько выше только у девушек и гуманитариев); частота положительных эмоций и хорошего настроения соответствует среднему уровню и выше среднего.

Занятия физкультурой и спортом

Немногие студенты «ежедневно» занимаются физкультурой и спортом (11%); к ним можно добавить тех студентов, которые занимаются «часто» – 33%. Мы уже отмечали, что положительное влияние на здоровье студентов и снижение заболеваемости оказывают только регулярные занятия спортом. В этом контексте в лучшую сторону выделяются студенты-юноши и представители состоятельных семей (табл. 16).

Таблица 16

Ответы на вопрос «Как часто Вы занимаетесь физкультурой и спортом?» (по полу, курсу обучения, профилю специальности, уровню доходов, %)

Частота занятий	Всего по выборке	Пол		Курс			Уровень доходов семьи		
		юноши	девушки	1-2-й	3-4-й	5-6-й	до 15 тыс.руб.	15-30 тыс. руб.	свыше 30 тыс.
Ежедневно	11	15	8	14	10	10	10	12	17
Часто	33	39	29	38	32	26	33	34	35
Иногда	50	41	57	45	52	54	52	47	43
Никогда	6	5	6	3	6	10	5	7	5

Еще одна закономерность прослеживается в Ульяновске и во всех остальных регионах, где проходило исследование: чем старше курс, тем реже студенты занимаются физической культурой. Выявленная невысокая регулярность занятий спортом, которая к тому же снижается по мере продвижения от курса к курсу, входит в число явных факторов риска, связанных с поведенческими стратегиями.

Подводя итоги проведенного анализа, можно сказать, что состояние здоровья студентов, как и населения в целом, не только важный индикатор общественного развития, отражение социально-экономического и гигиенического благополучия страны, но и значимый экономический, трудовой, оборонный и культурный потенциал общества

Очевидна тенденция снижения уровня культуры здоровья параллельно со снижением уровня жизни студентов: самые низкие показатели сформированности навыков поддержания здоровья (а также заинтересованности в них) у студентов из бедных и малообеспеченных семей. Это связано не только с уровнем дохода семьи, но и с ценностными представлениями о здоровье и образом жизни семей, принадлежащих к разным социальным слоям. В то же время высокая информированность обеспеченных студентов в вопросах здоровья нивелируется большей их подверженностью вредным привычкам – курению, употреблению алкоголя, стремлению попробовать наркотики.

У большинства опрошенных студентов не сформировано понимание взаимосвязи социальной успешности с состоянием здоровья, что должно стать предметом профилактической работы. Знания о здоровье не всегда являются мотивацией к его сохранению, это подтверждается анализом результатов пристрастия к вредным привычкам среди студентов.

Современная система высшего образования не направлена на формирование грамотного отношения к здоровью. Достаточно высокий уровень информированности о последствиях употребления алкоголя и табака, широкий доступ к различным специальным изданиям и сайтам, посвященным вопросам здоровья, не сказываются на личном отношении учащихся высших учебных заведений к вредным привычкам.

Наиболее весомыми факторами здоровья студентов являются: устойчивый интерес значительной части из них к основным составляющим здорового образа жизни; принадлежность семей к среднему уровню жизни; обращение за профилактической помощью в медицинские учреждения, регулярное поддержание физической формы и комфортное социальное самочувствие.

5.2. Различные типы поведения студентов Мурманска в сфере здоровья

Как правило, поддержание здоровья ассоциируется с профилактикой, лечением, приемом лекарств. Между тем здоровье человека зависит от образа жизни, охватывающего весь комплекс жизненных процессов. В этой связи все более актуальной становится проблема ответственности человека за свое здоровье, а также проблема поведения в сфере здоровья.

Молодежь является в настоящее время одной из самых социальноуязвимых частей населения, в то же время «молодежь выступает и как важное условие дальнейших социально-экономических перемен, и инновационная сила общества» [4], в связи с чем чрезвычайно актуально изучение факторов, влияющих на здоровье молодежи.

Жители Мурманска проживают в неблагоприятных климатических условиях Кольского Севера, которые усугубляют общероссийские тенденции, связанные с ухудшением показателей состояния здоровья. В этой связи необходимым становится социологическое осмысление представлений молодежи Кольского Севера о здоровье и здоровом образе жизни, а также изучение установок и поведения в сфере здоровья. Отметим, что население Мурманской области моложе по сравнению с другими регионами Европейского Севера, за исключением Ненецкого АО, но за переходный период его возрастная структура сильно изменилась. Из-за снизившейся рождаемости доля детей в возрастной структуре населения уже не отличается от средних показателей по стране. Еще замечено стало традиционное для Севера смещение в сторону трудоспособных возрастов, почти в полтора раза увеличилась доля пожилого населения, что совпадает с общероссийской тенденцией [5].

Кроме того, с начала 80-х годов XX века в молодежной среде, включая школьников, возросла распространенность таких вредных привычек, как курение, употребление алкоголя, наркотиков [6]. Те социально-экономические перемены, которые произошли в жизни страны в 80–90-е годы XX века, оказали большое влияние на молодежь, ее ценности, ориентации и жизненные пути. Как отмечают многие исследователи [7], ценностные ориентации молодежи в 90-е годы уже существенно отличались от тех, которые фиксировали исследования, проводившиеся в 60–80-е.

Рассматривая представления о здоровье и здоровом образе жизни, а также поведенческие риски для здоровья молодежи, отметим, что поведение в сфере здоровья может быть как позитивным, так и негативным. Применительно к негативному типу поведения в сфере здоровья понятие «саморазрушительного поведения» (В.М.Димов) характеризуется нежеланием считаться с нормами здорового образа жизни, питания, режима

работы и отдыха, оздоровительными рекомендациями валеологии, предписаниями медицины, санитарии и гигиены» [8]. Саморазрушительное поведение может выражаться в преднамеренных поисках рискованных, опасных для жизни ситуаций, результатом которых является нанесение урона здоровью.

Некоторые исследователи используют понятие «саморазрушающее поведение», связывая его с самореализацией человека, которая имеет разрушительный характер. Причинами такого характера самореализации могут быть резко завышенные или ложные потребности, неадекватный «образ себя», невозможность удовлетворения основных потребностей способами, санкционированными обществом, трудности в позитивных способах самореализации и пр. Выделяются такие основные формы «саморазрушающего поведения», как табакокурение, алкоголизм, наркомания, игромания [9]. Следует отметить, что, по мнению Р.А. Зобова и В.Н. Келасьева, в России в настоящее время сложились социальные группы (представители наркобизнеса, табачной и вино-водочной промышленности), которым выгодно формирование ложных потребностей, в том числе у молодежи. Результатом совокупного действия неблагоприятных социальных и природных факторов является суицид как крайняя форма «саморазрушающего» поведения человека, случаи которого участились в нашем обществе и который относят к психическим заболеваниям.

Выделяют следующие виды угрожающего здоровью молодежи поведения:

- аддиктивное поведение, т.е. алкоголизация, выступающая фактором риска заболевания алкоголизмом; наркотизация, выступающая фактором риска заболевания наркоманиями и ВИЧ-инфицирования; табакокурение, выступающее фактором риска онкологических заболеваний;
- сексуальное поведение в вариантах сексуальной распущенности, небезопасных и коммерческих сексуальных контактов, выступающее фактором риска заболевания СПИДом и другими инфекциями, передающимися половым путем, а также подростковых беременностей;
- нерациональное пищевое поведение, выступающее фактором формирования избыточного веса и заболевания анорексией, а также фактором риска для хронической желудочно-кишечной патологии;
- криминальное поведение, связанное с насилием, выступающее фактором «риска травматизма»;
- низкая физическая активность (гиподинамия) [10].

Данные виды поведения располагаются в порядке значимости угрозы для здоровья молодежи.

Аддиктивное поведение в отечественной науке рассматривается как поведение, обусловленное вредными привычками (от англ. addiction – пагубная привычка). В более широком смысле аддиктивное поведение представляет собой один из типов девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния [11]. Аддиктивное поведение связано с социальной инкомпетентностью, которая означает неспособность к обновлению социального поведения, неумение взаимодействовать с различными социальными структурами и людьми, невозможность адекватно адаптироваться и самореализоваться.

По мнению некоторых авторов, наркопотребление в России носит преимущественно

молодежный характер, оно локализовано в возрастной группе до 25 лет [12].

Исследования показывают, что «низкий уровень самосохранительного поведения студенчества, как и молодежи в целом, проявляется прежде всего в различиях между декларируемыми нормами поведения в отношении здоровья и реальным поведением. В структуре жизненных ценностей молодежи здоровье занимает одно из первых мест, при более глубоком рассмотрении оказывается, однако, что ценность здоровья носит не фундаментальный, а инструментальный характер» [13].

Можно выделить факторы, препятствующие формированию позитивного типа поведения молодежи в сфере здоровья. Наиболее значимые из них: низкая культура самосохранения старшего поколения, неразвитость самосознания, раннее приобщение к алкоголю, наркотикам, табакокурению, неправильное представление (неполноценность информации) о влиянии на организм вредных привычек, недостаточная пропаганда здорового образа жизни в СМИ, учреждениях образования, воспитательных организациях, бессодержательно проводимое свободное время, конфликтные взаимоотношения в семье [14]. Кроме того, к негативным факторам можно отнести заболевания, передающиеся половым путем, недостаток информации о методах контрацепции, о способах передачи и клинике социальных заболеваний, безответственное отношение к своему здоровью и здоровью близких, низкий уровень сексуальной культуры подростков и молодежи.

Рассмотрим влияние этих факторов на здоровье студенческой молодежи по результатам исследования «Здоровье студентов», проведенного в пяти вузах Мурманска. Опрашивались студенты с 1-го по 5-й курс очной формы обучения с различными профилями будущей специальности: гуманитарным, техническим и естественнонаучным – как платной, так и бесплатной формы обучения. Всего было опрошено 438 студентов.

Большинство из них (67,6%) составили девушки, преобладающий возраст опрошенных – 18–20 лет (78,1%), половина происходят из семей с доходом до 15 тыс. рублей в месяц на человека, по 50% респондентов обучаются на платной и бесплатной основе, и те же примерно пропорции характерны для распределения по курсам – 1–2-м и 3–4-м. Более половины опрошенных (56,8%) – студенты-гуманитарии.

Один из блоков вопросов анкеты был связан с поведенческими рисками в сфере здоровья в результате употребления различных психоактивных веществ. По данным опроса, курят меньше половины респондентов. Более половины подверженных этой вредной привычке начали курить с 14–15 лет. Значимых гендерных различий не было выявлено. Большинство курящих девушек выкуривают до 10 сигарет в день, среди юношей таких на 10% меньше. Однако для 12,5% юношей привычно выкуривать более 20 сигарет ежедневно. Курят в большей степени те, кто платит за учебу, по сравнению с обучающимися на бюджетной основе (разница в 10%). Что касается зависимости от материального положения студентов, то характерна такая тенденция: чем выше доход, тем больше вероятность, что студент курит.

Алкогольное поведение в исследовании рассматривалось в связи с частотой употребления различных спиртных напитков. Сухие вина и шампанское не являются популярными напитками среди юношей, их употребление больше свойственно девушкам. Крепкие спиртные напитки больше предпочитают юноши, хотя, около половины респондентов отметили, что вообще не употребляют крепкие спиртные напитки. Крепленые вина употребляют еще реже, при этом гендерных различий в данном случае не наблюдается. Самым популярным напитком в среде студенческой молодежи является пиво. Его часто

употребляет примерно пятая часть респондентов, как юноши, так и девушки, но в большей степени это свойственно юношам. Домашние вина и настойки употребляют треть опрошенных, при этом гендерных различий не наблюдается. Особой популярностью среди респондентов пользуются различные коктейли. Их пьют более половины опрошенных студентов, чаще юноши, чем девушки.

Курительное и алкогольное поведение, как известно, взаимосвязаны. В ходе опроса было выявлено, что из курящих студентов подавляющее большинство (78% опрошенных) пьют пиво, более половины – крепкие спиртные напитки. Связь в обоих случаях подтверждается статистически.

Наиболее опасной из вредных привычек является употребление наркотиков. Имели такой опыт 15,9% респондентов. Из них около 14% употребляют наркотики в настоящий момент, при этом существенных гендерных различий не наблюдается. Не было выявлено влияния уровня дохода на употребление наркотиков. Кроме того, половина студентов, участвующих в исследовании, имеют знакомых – потребителей наркотиков. Связи между потреблением наркотических средств и спиртных напитков не было выявлено.

С целью социологического осмысления типов поведения студенческой молодежи в сфере здоровья был осуществлен факторный и кластерный анализ полученных данных. При этом обозначилась проблема определения минимума показателей того или иного типа поведения, по которым следует проводить анализ, и выявления реального веса каждого из них в классификации типов. Возникла необходимость подбора показателей, необходимых и достаточно отражающих анализируемые типы поведения.

В основу разделения кластеров были положены четыре фактора, выявленных на основе факторного анализа переменных (табл. 17).

Первый фактор условно можно назвать «вредные привычки». Он был выделен на основе трех зависимых переменных: курение, употребление пива и хотя бы однократное употребление наркотических веществ.

Второй фактор, условно названный «забота о здоровье», был выделен на основе четырех зависимых переменных: забота о здоровье, ограничения в питании, занятия физической культурой и профилактические меры. При этом данные переменные были преобразованы с приведением их к единой порядковой шкале.

Третий фактор – «медицинская активность» – был выделен на основе трех зависимых переменных: информация для улучшения здоровья, обращение к специалистам и профилактические меры, – также преобразованных с приведением их к единой порядковой шкале.

Четвертый фактор – «алкогольное поведение» – был выделен на основе двух зависимых переменных: употребление сухих вин, шампанского и употребление крепких спиртных напитков.

Факторы преобразованы от негативного полюса к позитивному – от 0 до 5.

В результате факторного и кластерного анализа вся совокупность респондентов была разделена на кластеры, имеющие близкие характеристики и не выходящие за значения некоторого порога, отделяющего один кластер от другого.

Экспериментальным путем было установлено, что оптимальное количество выделенных кластеров равняется четырем. Это обусловлено, во-первых, наполняемостью кластеров: в самом меньшем из них оказалось 19,5% опрошенных. Дальнейшее увеличение

числа кластеров привело бы к неоправданному уменьшению их наполняемости. Лишь 8 респондентов не попали ни в один кластер.

В табл. 17 представлено то, каким образом распределяются факторы по выделенным кластерам.

Таблица 17

Показатели поведения студентов в сфере здоровья

Факторы	Кластеры			
	1	2	3	4
Вредные привычки	4,4	4,7	2,2	3,4
Забота о здоровье	3,3	2,4	2,6	2,7
Медицинская активность	3,6	2,6	2,9	2,9
Алкогольное поведение	4,0	4,3	3,7	2,6

Первый кластер количественно самый многочисленный. В него входят 27,7% опрошенных. Для данной группы опрошенных характерна тенденция отказа от вредных привычек, в частности от курения, употребления алкогольных напитков и наркотиков. Показатели поведения в сфере заботы о здоровье и медицинской активности находятся в среднем диапазоне, однако они выше, чем в других кластерах. Таким образом, данная группа более активна в заботе о здоровье и проявлении медицинской активности по сравнению с другими кластерами. Для респондентов характерен активный, или позитивный, тип поведения в сфере здоровья, который проявляется в желании получать информацию для улучшения здоровья, проявлять заботу о нем, обращаться к специалистам, предпринимать профилактические меры, рационально питаться и заниматься физической культурой. Условно данный кластер можно назвать «активные».

Такой тип поведения характерен в большей степени для девушек и студентов в возрасте 21–22 года, неработающих студентов, обучающихся на бюджетной основе. Что касается самооценок здоровья, то наиболее частые из них – «хорошее» (49,5%) и «удовлетворительное» (39,5%). Студенты, отнесенные к данному кластеру, даже если и курят, то до 10 сигарет в день. Они чаще других занимаются физкультурой. При этом связь между кластерами и занятиями физической культурой подтверждается статистически.

При анализе и сравнении выделенных кластеров важным является более подробное рассмотрение медицинской активности. Большинство представителей данного типа поведения обращаются к специалистам, когда в течение нескольких дней чувствуют себя плохо. Что касается профилактических мер, предпринимаемых этими студентами для сохранения своего здоровья, то отметим, что подавляющее большинство из них принимают витамины в зимне-весенний период. Здоровье у представителей кластера «активные» на 3-м месте в системе жизненных ценностей.

Наполняемость *второго* кластера составляет 19,5% от числа респондентов, распределившихся по кластерам. Данный кластер количественно самый небольшой. Для респондентов этой группы характерен в большей степени, по сравнению с другими группами, отказ от курения, употребления спиртных напитков и наркотиков, однако степень проявления медицинской активности и активности в сфере заботы о здоровье является самой

низкой. Таким образом, данный кластер может быть условно назван «пассивные». Среди отнесенных к данному кластеру самый большой процент студентов, совмещающих учебу и работу (33,3%) и оплачивающих обучение. Респонденты данной группы оценивают свое здоровье в большей степени как «удовлетворительное». В данном кластере нет пробовавших наркотики. Студенты этой группы реже других занимаются физкультурой. Большинство из них отметили, что обращаются к врачу только в случае тяжелой болезни, что является проявлением негативного типа поведения в сфере здоровья. Кроме того, в данном кластере самый большой процент тех, кто к специалистам вообще не обращается.

Третий кластер, объединяющий 27,2% респондентов, отличается от других тем, что для данной группы характерны склонность к курению и употреблению пива, проявление медицинской активности и активности в сфере заботы о здоровье, однако меньшей по сравнению с группой «активных». Можно сказать, что это группа студентов, «подверженных вредным привычкам».

Такой тип поведения характерен в большей степени для юношей в возрасте от 18 до 20 лет. Студенты данного кластера оценивают свое здоровье чаще как «удовлетворительное», и здесь больше всего тех, кто назвал своё здоровье «плохим» (6%). В данной группе студентов самое высокое число употребляющих наркотики – из 10 респондентов – потребителей наркотиков 7 приходятся на данный кластер.

В данной группе студентов наибольшая доля курящих (80,3% опрошенных). И самый высокий процент использующих противозачаточные средства при сексуальных отношениях. Последнее позволяет предположить, что культура сексуальных отношений у представителей данного кластера выше, чем у других.

Четвертый кластер объединяет 25,6% опрошенных. Он близок к третьему по проявлению медицинской активности и активности в сфере заботы о здоровье. Однако для данной группы респондентов характерно в наибольшей степени, по сравнению с другими группами, употребление сухих вин, шампанского и крепких спиртных напитков. Назовем данный кластер условно «активно выпивающие».

Примечательно, что респонденты этого кластера оценивают состояние своего здоровья как «хорошее» (51,8%), но ценность здоровья в рейтинге ценностей занимает лишь 5-е место.

Для этой группы студентов курение характерно в большей степени, чем для первого и второго кластеров, при этом они выкуривают более 20 сигарет в день. Больше половины отметили, что лишь иногда занимаются физической культурой. Среди них наблюдается самый большой процент тех, кто отказывается при сексуальных отношениях от использования противозачаточных средств (50%), что позволяет сделать предположение о более низком уровне сексуальной культуры, чем в других группах.

Рассмотрение связи между кластерами и уровнем заболеваемости, кластерами и профилем будущей специальности показало, что связь статистически не подтверждается.

Итак, поведение представителей кластера «активные» в большей степени можно назвать позитивным типом поведения в сфере здоровья, в то время как поведение представителей кластера «активно выпивающие» скорее относится к негативному типу. Второй и третий кластер являются промежуточными, так как «пассивные», с одной стороны, в большинстве случаев отказываются от вредных привычек, но и позитивным их поведение в сфере здоровья в полной мере назвать нельзя. Степень их заботы о здоровье и медицинская активность являются низкими. Поведение «подверженных вредным привычкам» также не

соответствует позитивному типу поведения молодежи в сфере здоровья, для них характерны недостаточная медицинская активность и забота о здоровье, наличие вредных привычек, в том числе употребление наркотических средств.

Таким образом, на тип поведения в сфере здоровья оказывают влияние пол и возраст студента, возможность учиться на бюджетной основе и не совмещать работу и учебу, а также место здоровья в системе жизненных ценностей: чем выше ценность здоровья, тем больше у индивида проявлений позитивного типа поведения в этой сфере.

Анализ поведенческих рисков в сфере здоровья студенческой молодежи целесообразно дополнить рассмотрением основных показателей социальной политики в сфере здоровья в Мурманской области. Согласно Уставу Мурманской области [15] органы государственной власти Мурманской области в сфере охраны труда и здоровья осуществляют:

а) координацию деятельности всех систем здравоохранения на территории Мурманской области;

б) разработку и реализацию региональных целевых программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской и лекарственной помощи, профилактике профессиональных заболеваний и производственного травматизма, медицинскому образованию населения и другим вопросам;

в) меры по развитию системы медицинского страхования граждан;

г) меры по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия, экологической безопасности;

д) содействие сотрудничеству с другими субъектами Российской Федерации и зарубежными государствами в области здравоохранения;

е) иные полномочия, не относящиеся к компетенции Российской Федерации.

Одним из органов государственной власти Мурманской области, занимающимся проблемами молодежи, является Управление по делам молодежи Мурманской области. Согласно Положению об Управлении одной из его задач является «организация занятости и отдыха молодежи, формирование здорового образа жизни, профилактика заболеваний социального характера» [16].

Еще в 2007 году Управление по делам молодежи Мурманской области приступило к разработке региональной целевой программы «Молодежь Мурманска» на 2008–2010 годы. Основной целью программы является создание условий для профессионального роста и дальнейшего успешного трудоустройства молодых людей, повышения их благосостояния, т.е. полноценной интеграции в социально-экономическую сферу. Данная программа будет эффективна только во взаимодействии с другими программами и проектами, направленными на формирование установок у молодежи на позитивный тип поведения в сфере здоровья.

В 2009 году большинство мероприятий в области здоровья различных групп населения, в том числе и молодежи, осуществлялись в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье».

Большое внимание в Мурманской области уделяется профилактике ВИЧ-инфекции. В 2009 году обследовано на выявление ВИЧ-инфекции более 200 тыс. человек; выявлено 455 случаев ВИЧ-инфицированных. Всего с начала выявления ВИЧ зарегистрирован 3241 случай инфицирования ВИЧ (на 1 января 2010 года), на диспансерном учете состоит 2776 человек (в том числе в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний – 914 человек). На начало 2010 года в Мурманской области лечение получали 212 больных (кроме того, 81

пациент – в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний). Каждый год с 1 по 10 декабря в области проходит так называемая «Декада SOS», направленная на профилактику распространения ВИЧ-инфекции.

Анализируя социальную политику в сфере здоровья молодежи в Мурманской области, отметим, что 2009 год был Годом молодежи в этом регионе [17]. В связи с этим был разработан и утвержден план мероприятий. Основным направлением деятельности по этому плану является создание условий для предпринимательской деятельности и экономической самостоятельности молодежи и проч. Не обошли стороной организаторы мероприятий и пропаганду здорового образа жизни в молодежной среде, профилактику рискованного сексуального поведения и инфекций, передающихся половым путем, а также популяризацию спорта среди молодежи. Однако пропаганда здорового образа жизни осуществлялась лишь на двух мероприятиях: выставке плакатов молодых художников, посвященной профилактике и на научно-практической конференции «Здоровое поколение» в городе Кировске Мурманской области, чего, конечно, явно недостаточно.

С целью пропаганды здорового образа жизни молодежи планировались такие мероприятия, как бесплатный молодежный концерт «Мы выбираем жизнь», который организует Мурманский благотворительный фонд «Шаг за шагом»; дискуссия о пьянстве в русской жизни и литературе под названием «Похороны бутылки»; фотовыставка на тему «Активный отдых» и др.

В рамках социальной политики Северо-Западного федерального округа предполагается содействие формированию здорового образа жизни путем: информационной поддержки спорта с учетом возрастных параметров – от младенчества до преклонного возраста; пропаганды развития спорта в среде людей с физическими нарушениями и инвалидностью. Намечаются мероприятия по разъяснению роли профилактики заболеваний, правильного питания, физической активности, культуры досуга, навыков оказания первой помощи, правильной организации работы и рабочего места. В рамках молодежной политики предполагается информирование и социальное просвещение по всему спектру вопросов жизни молодежи в обществе, популяризация ценностей российского общества, в том числе ценности здоровья [18].

Можно предположить, что данные проведенного эмпирического исследования послужат активизации деятельности в сфере здоровья. Пока что большинство мероприятий в рамках национального проекта «Здоровье» направлены на лечение уже существующих заболеваний, что, несомненно, является необходимым, но недостаточным. Большого внимания требуют и профилактические меры. Сегодня в Мурманской области множество проектов ориентировано на улучшение экономического положения молодежи, ее трудовую занятость и профессиональный рост и совсем мало уделяется внимания формированию у молодежи установок на позитивный тип поведения в сфере здоровья.

5.3 Отношение к здоровью студентов Чеченской Республики

В настоящее время Чеченская Республика переживает период выхода из длительного вооруженного конфликта, восстановления всех сфер жизнеобеспечения, в том числе и системы здравоохранения. В такой ситуации здоровье молодежи, ее активность и энергичность, ценностные установки являются залогом успешного развития и восстановления республики. Следует при этом отметить, что молодые люди 20–24 лет составляют наибольшую по численности возрастную группу в Чеченской Республике.

Медианный возраст, таким образом, приходится на 22 года для мужчин и 23,7 для женщин, в то время как по РФ он соответствует 34,1 года у мужчин и 39,8 лет у женщин.

Как известно, среди факторов, воздействующих на здоровье, можно выделить следующие группы факторов: психосоциальные, социально-экономические, экологические, социокультурные. К последним относится изменение ценностей, взглядов на жизнь, на здоровье, отношение к своему здоровью. Сегодняшняя чеченская молодежь – это поколение, выросшее в условиях длительного военного конфликта, испытавшее воздействие многих неблагоприятных факторов. Длительное воздействие неблагоприятных факторов приводит к перестройке функциональных систем организма, снижению его адаптационных возможностей, а на личностном уровне длительно существующие условия жизни приводят к формированию и закреплению соответствующих стереотипов поведения, в том числе самосохранительного.

Самосохранительное поведение включает в себя комплекс поведенческих реакций, обусловленных этнокультурологическими особенностями данного региона, социальными, экономическими и политическими условиями среды проживания, сложившимися в данной местности образцами и стереотипами поведения, а также нормами, интересами и ценностями общества в целом и конкретного индивида в частности. Как части социального поведения, самосохранительному поведению присущи те же принципы и регуляторные механизмы. Во-первых, это влияние на поведение двойной детерминации – по объекту (обусловленность условиями, ситуацией, различными «обстоятельствами») и субъекту (зависимость от интересов, ценностей, потребностей, установок) [19]. Во-вторых, самосохранительному поведению также свойственен иерархический принцип регуляции. Основным механизмом, детерминирующим самосохранительное поведение, являются ценностные ориентации, а приводят его в действие социальные нормы поведения [20]. Потребность в самосохранении заложена на генетическом уровне, но у человека она не ограничивается сохранением жизни и здоровья ради увеличения продолжительности жизни, а направлена на сохранение социального статуса и обеспечение адаптации в социальной среде. Жизнь и здоровье используются как ресурс для выживания в социальной среде, и при возникновении угрозы потери определенного социального положения или нарушения социальных связей и отношений к данному ресурсу начинают относиться слишком расточительно.

Некоторые авторы для конкретизации самосохранительного поведения как деятельности, направленной на поддержание, достижение и приумножение здоровья, используют термин «здравоохранительное поведение» (М.Б.Волкова) [21] или «медицинская активность» (Ю.П.Лисицын) [22]. В отношении самосохранительного поведения можно выделить влияние на него существующих условий для поддержания здоровья, обеспечения здорового образа жизни и влияние на него, в зависимости от приоритетности целей и интересов, индивидуального стиля поведения. Особенности здравоохранительного поведения в РФ в условиях социально-экономических трансформаций достаточно хорошо представлены в работе М.В. Волковой. Похожие феномены, такие как рисковое и антирисковое поведение, изучены А.В. Решетниковым, С.А. Ефименко [23]. Подробно анализируются отношение к здоровью и самосохранительное поведение в работах И.В. Журавлевой [24]. Наиболее распространенными интегральными показателями отношения к здоровью на уровне индивида являются самооценка здоровья, ценность здоровья, удовлетворенность здоровьем, которая находится в тесной взаимосвязи с удовлетворенностью жизнью, деятельностью по заботе о здоровье. Поведенческий фактор,

рассматриваемый в рамках концепции самосохранительного поведения, характеризуется основными стимулами заботы о здоровье – ухудшением здоровья и страхом перед заболеванием. Состояние и динамика здоровья человека зависят не только от условий жизни и состояния системы здравоохранения, но и от характера поведения личности во всех сферах деятельности, от особенностей самосохранительного поведения (И.Б.Назарова) [25].

Поведение в сфере здоровья является, главным образом, результатом общепринятой деятельности, не требующей приложения особых усилий, и регулируется существующими в обществе социальными нормами. Именно такое поведение имеет более устойчивый характер по сравнению с моделями поведения, в основе которых лежит сознательная мотивация индивида (И.В.Журавлева) [26].

В национальной культуре чеченцев традиционным было бережное отношение к здоровью, здоровый образ жизни и укрепление здоровья с раннего детства. Для вайнахов (самоназвание чеченцев и ингушей) характерен также достаточно высокий уровень развития народной медицины, что нашло отражение в фольклоре, языке, а также в сохранившихся и по сей день некоторых практиках. Хотя вайнахи и объясняли возникновение большинства заболеваний волей Всевышнего, но не вели себя пассивно по отношению к болезням, с порицанием относились к вредным привычкам. После войны взгляды на здоровье и здоровый образ жизни остались прежними, но из-за изменения иерархии потребностей (усилилась потребность в безопасности) и преобладания установок на удовлетворение сиюминутных и ближайших потребностей при отсутствии отдаленных перспектив снизился уровень заботы о здоровье, настороженности к первым симптомам недомогания, своевременности обращения за медицинской помощью. Многие эксперты в области здравоохранения в ЧР отмечают, что в большинстве случаев население обращается за медицинской помощью, когда болезнь уже сильно запущена. Даже родители идут к врачу по поводу заболевания ребенка на поздних стадиях, не замечая либо из-за занятости, либо из-за неосведомленности признаки развивающегося серьезного заболевания, например такого, как туберкулез.

В социологическом исследовании, проведенном М.М.Юсуповой в 2005 году, при опросе больных с артериальной гипертензией, а также перенесших инсульт, было выявлено, что взрослых людей, уже имеющих проблемы со здоровьем, характеризует очень низкий уровень медицинской активности [27]. Только 21% пациентов обращались к врачу, как только почувствовали себя больными, 44% – когда им становилось совсем плохо, 15% респондентов заставляли идти в больницу родные, 18% респондентов были госпитализированы родственниками. Степень медицинской активности существенно зависела от материального статуса: чем выше материальное положение, тем выше уровень медицинской активности. Медицинская активность также выше была у женщин. Женщины, например, в 4 раза чаще контролировали уровень артериального давления, чем мужчины.

Что же касается здоровья студенческой молодежи и факторов, влияющих на него, то они в нашей стране изучаются многими исследователями. Так, в работе Л.В. Мухамедрахимовой анализируется состояние здоровья и отношение к нему студентов-медиков Казани (объем выборки – 1474 человека) [28]. Автором делается вывод, что, несмотря на понимание ценности здоровья и необходимости личного участия в его сохранении, молодежь пассивна в этом отношении. Самосохранительное поведение будущих медицинских работников нельзя признать адекватным ни с позиции реализации функции по сохранению своего здоровья, ни с позиции предстоящей профессиональной деятельности.

Положительную оценку состоянию своего здоровья дали 57,4% опрошенных, но отсутствие хронических или частых простудных заболеваний отмечено только у 26,9% студентов. Более оптимистические оценки здоровья характерны для юношей.

В другом исследовании проводился анализ состояния здоровья и факторов, влияющих на него, у студентов – будущих педагогов Республики Башкортостан. Результаты исследования выявили высокую распространенность таких факторов риска, как вредные привычки, неправильное питание, несоблюдение режима труда и отдыха, недостаточная двигательная активность, низкая медицинская активность [29]. Проблема низкой медицинской активности и неадекватности самосохранительного поведения молодежи отмечалась и другими учеными [30]. Многими исследователями отмечается негативная динамика в состоянии здоровья студентов в процессе обучения в вузе.

Еще в одном исследовании, проведенном в Казани, изучались следующие показатели отношения к здоровью студентов: самооценка здоровья, место здоровья в системе жизненных ценностей, способы заботы о здоровье, медицинская информированность. Оценили свое здоровье как «хорошее» 54,5%, 5,1% – как «очень хорошее», «не очень хорошее» – по 37,2%, «плохое» и «очень плохое» – 3,2% молодых людей [31].

В общей иерархии ценностей здоровье заняло 1-е место (76%), на 2-м – благополучие в семье (32,5%), далее – хорошее образование (19%), карьера, престижная работа (16%), материальное благополучие (15%). Считают, что заботиться о здоровье должен прежде всего сам человек, 81,5%, 4,4% – что это должно делать государство, 2% – родители, 4,2% – медицинские работники.

Рейтинг факторов, влияющих на здоровье, таков: генетическая предрасположенность – 29,6%, вредные привычки – 29%, слабое здоровье от рождения – 19,5%, экология – 15,9%, нерациональное питание – 14,1%, малоподвижный образ жизни – 12%.

Большая часть молодых респондентов (56,5%) обращаются к врачу 1–2 раза в год, 23,9% – 1 раз в несколько лет, 15,3% – 3–5 раз в год, 4,4% – более 6 раз в год. В целом отмечен низкий уровень медицинской активности: обращение только при ухудшении состояния и невыполнение/частичное выполнение врачебных назначений [31].

Таким образом, несмотря на осознание ценности здоровья и личной ответственности за него молодыми людьми, многие авторы отмечают у них пассивную позицию, когда дело касается непосредственно реализации самосохранительного поведения в повседневной жизни.

В ходе исследования «Здоровье студентов в 2009 году в Грозном было опрошено 332 студента двух вузов – Чеченского государственного университета (ЧГУ) и Чеченского государственного нефтяного института, 107 юношей и 225 девушек в возрасте от 16 до 23 лет; 70% респондентов составили возрастную группу от 18 до 20 лет, 4% – 16 и 17 лет, 26% – старше 21 года.

По профилю будущей специальности студенты распределились следующим образом: гуманитарный – 39%, естественнонаучный – 30%, технический – 31%. В группе технических специальностей преобладали юноши – 65%, девушки же – в группах гуманитарных и естественнонаучных специальностей – 78,3 и 88%. У 75% студентов обучение бесплатное, 25% – оплачивают учебу.

Самооценка здоровья, его ценность и факторы, влияющие на отношение к здоровью.

На вопрос «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?» более 60% и юношей, и девушек ответили, что оно хорошее. На плохое здоровье указали 6,5% юношей и 3,6% девушек (табл. 18).

Таблица 18

Самооценка студентами своего здоровья (по полу, %)

Варианты самооценки	Юноши	Девушки
Хорошее	67,3	63,6
Удовлетворительное	16,8	24,4
Плохое	6,5	3,6
Трудно сказать	9,3	8,4

Сравнение самооценок здоровья студентов 1–2-х курсов и 3–4-х курсов выявило, что у студентов младших курсов самооценка здоровья несколько выше, хотя разница не существенна. Так, на хорошее здоровье указали 68,9% опрошенных младших курсов и 62,4% – старших, на удовлетворительное – 23 и 21,4% соответственно, на плохое – 2,5 и 5,7% соответственно. В группе студентов гуманитарного профиля обучения хорошее, по самооценке, состояние здоровья у 65,1% опрошенных, в группе технического профиля – у 68,9%, естественнонаучного профиля – у 60%. Таким образом, в целом у студентов самооценка здоровья достаточно высокая. Гендерные отличия состоят в том, что юноши дают ему более высокие оценки.

При ответе на вопрос о факторах, влияющих в наибольшей степени на здоровье, и у юношей, и у девушек на 1-м месте оказались условия жизни (53,3 и 49,8%), на 2-м – природная среда (42 и 42,2%), на 3-м месте у юношей – вредные привычки (31,8%), у девушек – усилия самого человека (34,2%) (табл. 19).

Таблица 19

Мнения студентов о факторах, в наибольшей степени влияющих на здоровье (по полу, %)

Факторы	Юноши	Девушки
Природная среда	42	42,2
Усилия самого человека	28	34,2
Наследственность	7,5	9,8
Качество медицинского обслуживания	27,1	25,3
Условия жизни	53,3	49,8
Вредные привычки	31,8	31,1
Затрудняюсь ответить	8,4	5,8

Таким образом, на первые места по влиянию на здоровье студенты поставили внешние факторы, что может свидетельствовать о низкой степени личной ответственности за свое здоровье либо о том, что условия жизни и факторы окружающей среды приобрели в настоящее время в республике большую значимость. По сравнению с ними усилия самого человека кажутся несущественными.

В то же время на вопрос «Заботитесь ли Вы о своем здоровье?» положительно ответили 86% юношей и 78,7% девушек.

Забота о здоровье студентами в обеих гендерных группах мотивируется прежде всего желанием быть физически сильным, не отставать от себе подобных. На 2-м месте у юношей – воспитание, у девушек – ухудшение здоровья, и на 3-м, наоборот (табл. 20).

Таблица 20

Основные причины заботы студентов о своем здоровье (по полу, %)

Забота вызвана:	Юноши	Девушки
Воспитанием	17,6	12,6
Влиянием окружающих людей	7,8	8
Воздействием медицинской информации	6,9	9
Ухудшением здоровья	13,7	20,6
Требованием родных и друзей	4,9	9
Желанием быть физически сильнее, здоровее	48	38,2
Другое	1	2,5

Несмотря на то, что на следующий вопрос – «Если Вы не заботитесь о своем здоровье, то почему?» – не было необходимости отвечать студентам, которые о нем заботятся, тем не менее на него ответили 71% юношей и 72% девушек. Этот вопрос имел контролирующую функцию и выявил реальное число не заботящихся о своем здоровье.

На 1-м месте среди причин отсутствия заботы о здоровье у юношей – «не думал об этом», на 2-м – «не нужно заботиться, я и так здоров» и на 3-м – «не хочу ни в чем себя ограничивать». У девушек – на 1-м месте – «нет времени», на 2-м – «не хватает силы воли» и на 3-м – «нет условий» (табл. 21). Таким образом, девушки, понимая необходимость проявления заботы о своем здоровье, более склонны снимать с себя ответственность и ссылаться на внешние факторы, а юноши считают это делом своего выбора.

Таблица 21

Причины отсутствия заботы студентов о своем здоровье (по полу, %)

Варианты ответов	Юноши	Девушки
Не хочу ни в чем себя ограничивать	14,5	4,3
Никакие заботы не гарантируют хорошего здоровья	6,6	7,4
Мне не хватает силы воли	10,5	16
Не нужно заботиться, я и так здоров(а)	21,1	11,7
Нет соответствующих условий	13,2	14,8
Я не знаю, как это нужно делать	3,9	4,9
Нет времени	7,9	28,4
Не думал(а) об этом	22,4	12,3

При этом подавляющее большинство в обеих группах (86,9 и 92%) считают, что человек должен всегда заботиться о своем здоровье.

Важность здоровья определялась его значением для достижения жизненного успеха. Большая часть респондентов поставили здоровье на 1-е место (63,1% – девушки, 63,5% – юноши), затем идут образование, способности, талант и материальный достаток (табл. 22).

Последнее место, несмотря на большее значение религиозного воспитания в республике в последние два десятилетия, занимает суждение «всякий успех – это дар судьбы, и он не зависит от человека». Таким образом, студенты осознают ценность здоровья для достижения жизненного успеха, но, еще не познав его утрату, недооценивают важность заботы о нем, начиная с молодого возраста.

Таблица 22

**Факторы, способствующие достижению жизненного успеха в первую очередь
(по полу, %)**

Факторы	Юноши	Девушки
Материальный достаток	14,7	33,3
Способности, талант	44,9	44,9
Удача, благоприятные обстоятельства	13,3	24,0
Образование	51,4	59,6
Здоровье	63,5	63,1
Сила характера	9,3	13,3
Поддержка близких и знакомых	7,5	15,9
Всякий успех – это дар судьбы, и он не зависит от человека	5,6	8,4

Одним из показателей уровня здоровья и адаптационных возможностей организма является частота обращений за медицинской помощью по поводу различных заболеваний. Более 70% опрошенных студентов простужаются 1–2 раза в год, что является вполне допустимым, 3–5 раз в году болеет каждая шестая девушка и каждый седьмой юноша.

С целью уточнения самооценки здоровья нами был добавлен вопрос о самооценке самочувствия в последнее время. У юношей по сравнению с девушками эта самооценка была выше – «превосходным» назвали свое самочувствие 26,1% юношей и только 5,3% девушек, плохим – 10,3% юношей и 16,4% девушек. Две трети опрошенных студенток оценили самочувствие как «хорошее» (юноши – 56%).

Таким образом, по результатам проведенного опроса, можно сделать вывод, что студенты двух основных вузов республики имеют достаточно высокую самооценку здоровья, при этом у юношей она несколько выше, а у студентов младших курсов – выше, чем у старшекурсников. Наиболее высокое значение самооценки здоровья у студентов технического профиля (за счет преобладания юношей в данной группе), затем – гуманитарного и естественнонаучного. Существенны гендерные различия – у юношей больше как самых высоких, так и самых низких оценок, у девушек – средних. Среди факторов, влияющих на здоровье, по мнению студентов, преобладают условия жизни и природные факторы. Немаловажная роль при этом отводится и качеству медицинского обслуживания. Среди причин заботы о здоровье на 1-м месте желание быть физически сильнее, а среди причин отсутствия заботы о нем у мужчин – отсутствие в этом необходимости, а у женщин – скорее внешние причины. И юноши, и девушки рассматривают здоровье как первостепенный фактор достижения жизненного успеха.

*Медицинская активность студентов и их удовлетворенность работой
медицинских учреждений*

Медицинская активность населения зависит от следующих факторов: степени информированности о тех или иных заболеваниях, доступности качественной медицинской помощи, уровня образования и воспитания, культуры и традиций. Основные поведенческие установки по сохранению здоровья, которые в последующем определяют медицинскую активность, формируются с детского возраста. В Чеченской Республике в связи с длительной социальной неустроенностью, обусловленной экономическим кризисом постперестроечного периода в сочетании с военным конфликтом, сложились неблагоприятные условия для формирования медицинской активности и информированности подрастающего поколения.

С началом войны медицинская служба республики претерпела сильные изменения организационного характера, кроме того, сузился спектр оказываемой помощи и в нем сместились акценты. Если до войны еще в какой-то мере существовало первичное звено медицинской помощи и участковая служба, диспансерное наблюдение за хроническими больными, то с ее началом, во-первых, произошла централизация оказания медицинских услуг в нескольких стратегических точках республики – в Грозном, Аргуне и Гудермесе, а также изменился профиль учреждений – они нацелены на оказание неотложной хирургической и в меньшей степени – терапевтической помощи населению.

По данным ежегодного отчета Министерства здравоохранения Чеченской Республики, за время войны было разрушено более 70% объектов системы здравоохранения. Большинство медицинских учреждений в настоящее время по оснащению не соответствуют современным требованиям и стандартам оказания квалифицированной медицинской помощи. Существует нехватка как узких специалистов, так и специалистов общего профиля, в частности терапевтов. Эта проблема в последнее время постепенно решается [32].

Учитывая данные условия, можно было прогнозировать низкий уровень медицинской активности у респондентов, что и было подтверждено результатами опроса. Так, в основном за медицинской помощью студенты обращаются, когда чувствуют себя в течение нескольких дней плохо (36,4% юношей и 39,1% девушек) либо только в случае тяжелой болезни (35,5 и 41,3% соответственно). Никогда не обращаются к врачам 13% юношей и 9,8% девушек. У юношей в целом более низкий уровень медицинской активности, чем у девушек.

При сравнении степени медицинской активности у студентов младших (1–2-й курс) и старших (3–4-й) курсов выявлено, что старшекурсники реже обращаются к врачам, хотя самооценка здоровья у них ниже. Так, при малейшем недомогании идут к врачу 6,6% студентов 1–2-х курсов и 3,3% 3–4-х курсов, в течение нескольких дней – 40,5 и 37,3% соответственно, в случае тяжелой болезни – 32,2 и 43,1%.

Девушки проявляют большую активность в проведении профилактических мероприятий (табл. 23).

Что касается наличия полиса бесплатного медицинского обслуживания, то некоторым студентам было непонятно о чем идет речь. Тем не менее, 76% респондентов ответили, что он у них есть.

Обращались на протяжении последнего года за бесплатной медицинской помощью 21% юношей и девушек, а 44,4% юношей и 50% девушек обращались за платной.

Ответы на вопрос «Предпринимаете ли Вы какие-либо из следующих профилактических мер?» (по полу, %)

Профилактические меры	Юноши	Девушки
Самостоятельно обращаюсь к врачу с целью профилактического осмотра и консультации	14	16,4
Принимаю витамины в зимне-весенний период времени	26,2	33,3
Принимаю профилактические меры для предупреждения обострения хронических заболеваний	47,7	49,3
Другое	15,9	11,6

Удовлетворенность бесплатной и платной медицинской помощью

В данный момент в республике медицинская помощь представлена государственными учреждениями и оказывается бесплатно, хотя в то же время растет число коммерческих частных организаций, особенно различных диагностических центров, но качество оказания помощи в них оставляет желать лучшего. На вопрос «Удовлетворены ли Вы бесплатной медицинской помощью?» ответили отрицательно 45,8% юношей и 36,4% девушек. Каждый четвертый респондент затруднился с ответом. Хотя медицинская помощь в основных учреждениях и является формально бесплатной, но необходимость приобретения лекарственных средств, проведения каких-то инструментальных процедур в итоге лишает ее этого определения. Поэтому во время проведения опроса у многих студентов словосочетание «бесплатная медицинская помощь» вызывало некоторое недоумение. Дело в том, что в сознании студентов нет четкого разделения на бесплатную государственную и платную коммерческую медицину, поскольку в республике нет равноценных медицинских услуг того и другого вида. Большинство ответов подразумевало характеристики медицинской помощи в республике в целом.

На вопрос «Что именно Вас не устраивает в бесплатной медицинской помощи?» первые три места в разном порядке и у юношей, и у девушек занимают невнимательность врачей к пациенту, невысокий уровень их квалификации, большие очереди в медицинские учреждения (табл. 24).

Обращение за платной медицинской помощью чаще всего было связано у студентов с посещением врача (37,4% – юноши, 47,6% – девушки) и сдачей анализов (15 и 33,3% соответственно).

Причинами обращения за платной медицинской помощью было то, что нужную медицинскую услугу бесплатно не оказывают (36,4% юношей, 56% девушек), и то, что нужен был врач более высокой квалификации (24,3 и 18,7%).

На вопрос «Удовлетворены ли Вы платной медицинской помощью?» ответили утвердительно («полностью» плюс «частично») 43,6% юношей и 47,5% девушек. Среди юношей было больше недовольных – 30,7% юношей и 21,7% девушек).

**Ответы на вопрос «Что именно Вас не устраивает в бесплатной медицинской помощи?»
(по полу, %)**

Варианты ответов	Юноши	Девушки
Нет возможности записаться к нужному специалисту	18,7	15,1
Неудобный режим работы врачей	15	8
Невысокий уровень квалификации врачей	37,4	27,1
Большие очереди в медицинское учреждение	26,2	27,6
Часто нет нужного врача	20,6	25,3
Медицинское учреждение далеко от дома	4,7	3,6
Врачи невнимательны к пациентам	33,6	40
Не всегда можно вызвать врача на дом	5,6	8,4
Нет возможности выбрать участкового терапевта по своему желанию	2,8	4,4
Другое	15	7,6

В ходе проведения опроса было выявлено, что чеченские студенты недостаточно хорошо ориентируются в специфике и отличиях различных медицинских учреждений за исключением студентов-медиков. Это связано с отсутствием в течение длительного времени в республике налаженной системы медицинской помощи и функционирующих подразделений системы здравоохранения – участковой службы, диспансерного наблюдения, скорой медицинской помощи и т.д. В основном население обращается в наиболее известные центральные клиники Грозного, Аргуна, Шали и Гудермеса, так как фактор удаленности не имеет большого значения (небольшая территория республики). Таким образом, о многих учреждениях, указанных в анкете, студенты имели смутное представление, что отражено в преобладании ответов «трудно сказать» (более 50%) по поводу работы, например, туберкулезного диспансера, психоневрологического диспансера, женской консультации, врача общей практики, частного врача, специализированного медицинского учреждения. При этом девушки в меньшей степени затруднялись с ответами. Работой районной поликлиники удовлетворены 36% юношей и 57% девушек, не удовлетворены – 24 и 33% соответственно, работой платной поликлиники удовлетворены 24% юношей и 47% девушек, не удовлетворены – 25 и 31% соответственно. Работой врача общей практики довольны 18% юношей и 39% девушек, не довольны – 14 и 20%. Наибольшую степень удовлетворенности вызывает у юношей и девушек работа стоматологической поликлиники – 47,6 и 61,5% соответственно.

На вопрос «Во сколько Вам обошлась медицинская помощь за последний год?» ответили 26,8% респондентов. Минимальная сумма составила 100 руб., максимальная – 280 тыс. рублей. Наиболее часто указываемые суммы – от 1000 до 10 тыс. рублей.

В связи с тем, что средняя заработная плата в Чеченской Республике значительно ниже, чем в других регионах РФ, была выбрана иная градация для оценки материального положения студентов. Несмотря на это, половина студентов оказалась в группе с самым низким уровнем доходов – до 5 тыс. рублей, 20% – в группе от 5 до 10 тыс. рублей.

Таким образом, результаты опроса показали, что у чеченских студентов низкий уровень медицинской активности, причем он ниже у юношей и студентов старших курсов. Большинство студентов не удовлетворены качеством и организацией медицинской помощи в республике. Наиболее часто указываемые причины – отсутствие нужного специалиста и низкий уровень квалификации врачей. Студенты плохо осведомлены о работе различных медицинских учреждений.

Социальная политика в сфере здоровья молодежи Чеченской Республики

В настоящее время в республике проводится активная политика по пропаганде здорового образа жизни и физического развития молодежи. По инициативе главы республики во всех населенных пунктах открываются спортивные залы, оснащенные всем необходимым спортивным инвентарем. Комитет по делам молодежи Правительства ЧР с 2004 года осуществляет программу по профилактике ВИЧ-СПИДа.

В рамках национальной целевой программы «Здоровье» (2008-2011 годы), реализуются такие региональные программы, как: «Сахарный диабет в Чеченской Республике на период 2008–2011 годов», «Восстановление и дальнейшее развитие онкологической службы в Чеченской Республике на 2008–2011 годы», «Вакцинопрофилактика по предупреждению и борьбе с инфекционными заболеваниями на период 2008–2011 годов», «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Чеченской Республике на период 2008–2011 годов».

Запланировано большое число проектов по оздоровлению молодежи: кросс для школьников «Будь здоровым!», информационная кампания для студентов «Белая ромашка», «Здоровая молодежь – будущее Чечни», «Медико-санитарное просвещение женщин», «Радиостудия "Гармония" на службе здоровья», «Дорога в жизнь», антитабачная кампания «Твое здоровье в твоих руках», «К здоровому образу жизни через спортивное воспитание молодежи!» «Подарим надежду детям-инвалидам», «Современные методы профилактики ВИЧ-инфекции среди молодежи Чеченской Республики», кампания против наркотиков «Мы выбираем жизнь!» и мн. др.

Завершая анализ результатов исследования по здоровью студентов в Чеченской Республике, следует отметить, что, хотя военные действия привели к сбою функционирования всех звеньев государственной системы на всех уровнях её организаци; создали основу для беспокойства и апатии населения, ставших наиболее неблагоприятными факторами формирования его здравоохранительного поведения; уменьшили степень настороженности людей в отношении развития болезней и их возможных последствий, к настоящему времени уровень тревожности в обществе существенно уменьшился. В то же время сохраняется низкий уровень доверия к социальным институтам, в том числе к институту здравоохранения. Несмотря на интенсивные процессы восстановления и ликвидации последствий военных разрушений, у значительной части населения остается скептический настрой в отношении достижения порядка и защиты прав граждан, а также улучшения качества медицинского обслуживания и условий жизни. Изменения, произошедшие в социальной сфере, оставили свой след, в состоянии здоровья различных групп населения, закрепились на уровне поведения отдельного индивида. Поэтому при планировании оздоровительных программ и программ по снижению уровня заболеваемости социально значимыми заболеваниями необходимо учитывать этот фон и использовать по возможности дифференцированный подход к различным группам населения. Свой подход

требуется к студенческой молодежи как к основному потенциалу дальнейшего развития и восстановления республики.

Несмотря на понимание ценности здоровья и необходимости личного участия в его сохранении, молодежная среда характеризуется пассивной позицией в этом, что, по данным нашего исследования, выражается в низкой медицинской активности. Отчасти это связано с неудовлетворенностью качеством медицинской помощи в республике, а также с низким материальным статусом населения.

Необходимо выделить объективные и субъективные социальные факторы, определяющие специфику отношения студентов ЧР к здоровью и соответствующее поведение. Объективные факторы связаны с условиями, в которых реализуется поведение и которые не зависят от людей. Субъективные факторы – это установки и ценности, определяющие поведение. За длительный период неустроенности социальной жизни формируются новые установки и ценности, а также патологические паттерны образа жизни и поведения, соответствующие той ситуации, в которых они возникли. Чтобы преодолеть сформированные стереотипы потребуется длительный период времени. Для ускорения этого процесса необходимы активная государственная молодежная политика, повышение уровня информированности населения, внедрение программ профилактики заболеваний и здорового образа жизни начиная с дошкольных учреждений. Осуществление данных программ потребует значительных финансовых и кадровых ресурсов, но, учитывая высокий экономический потенциал развития республики и возможности дальнейшего приумножения этого капитала путем инвестиций в здоровье, затраченные средства обязательно окупятся.

5.4. Ценностный ресурс самосохранительного поведения студентов Хабаровска

Проблемы здоровья населения, и в частности молодежи, выходят за рамки медико-биологических проблем. Здоровье – категория социальная, феномен гармоничных взаимоотношений личности с социальной средой, отношения к себе и своему месту в социальной структуре общества, обуславливающий ее жизнеспособность, оптимальность функционирования в социальной среде.

Постсоветская студенческая молодежь социально и профессионально формируется в условиях больших возможностей выбора, чем прежние поколения. Однако от этого ей значительно труднее выбрать ту линию поведения, которая минимизирует риски для здоровья в будущем. В то же время очевидно, что исследование состояния здоровья студентов как научная и практическая проблема требует не только соответствующих социально-гигиенических условий, но и формирования у нее мотивации к самосохранительному поведению задолго до учебы в вузе.

В основе изучения самосохранительного поведения лежит исследование ценностно-мотивационной структуры личности. В российской традиции, к сожалению, сформировалось небрежение к жизни отдельного индивида и, как следствие, – соответствующее отношение к поддержанию своего здоровья. Не случайно, в эмпирических исследованиях, проведенных по единой программе и методике, в ряде городов и республик в советский период была обнаружена сходная структура самосохранительного поведения у людей, имеющих разные культурно-исторические традиции.

Западная модель доминирования индивидуальности, напротив, стимулировала развитие ценностей здоровья. В общественном мнении населения стран Европы и США существуют представления как о виновности самого индивида в своем нездоровье, так и

противоположного характера – о связи заболеваемости и смертности с уровнем благосостояния нации, с величиной дохода и национального продукта на душу населения, с долей средств на здравоохранение в структуре государственного бюджета. Это свидетельствует о том, что формирование здоровья индивида и общества – взаимообусловленные и взаимосвязанные между собой процессы. Так, модель самосохранительного поведения у финских респондентов, опрошенных по той же анкете, что и россияне, показала, что забота о здоровье формируется благодаря воспитанию в семье, школе и воздействию средств массовой информации, а «ухудшение здоровья» – последняя по ранговому порядку причина для такой озабоченности, тогда как у россиян эта причина неизменно стояла на 1-м месте [33].

Детерминанты отношения к здоровью общеизвестны. Самосохранительное поведение характеризуют регулярность питания, занятий физкультурой и спортом; отношение к употреблению алкоголя, курению; поведение в случае заболевания; соблюдение гигиенических норм; уровень медицинских знаний; санитарная грамотность; гигиенические и антигигиенические привычки; обращаемость в медицинские учреждения за советами, в том числе по диспансеризации; участие в охране общественного здоровья. В то же время, конечно, не стоит преувеличивать возможности отдельного человека в создании условий для здорового образа жизни и выработке оптимального самосохранительного поведения.

Сохранение и сбережение здоровья студенческой молодежи – задача, не требующая дополнительного обоснования ее актуальности. В силу влияния комплекса общесистемных факторов эта группа молодежи не всегда быстро может адаптироваться к новым условиям жизни, обучения, высоким умственным нагрузкам в послешкольный период (О. П. Щепин, В. К. Овчаров, А. И. Вялков, И. А. Камаев).

Возрастание объема информации, постоянная интенсификация труда студентов, широкое внедрение новых технических средств в учебный процесс являются факторами, провоцирующими возникновение психосоматических заболеваний (С.Г. Ахмерова, А.Ж. Ажмухамбетова, Н.А. Горбач, Н.К. Смагулов, Г.Н. Шайзадина, Э.С. Геворкян). Студенты уделяют мало времени и зачастую не прилагают должных усилий по сохранению собственного здоровья. Как следствие, за последние 10 лет среди студенческой молодежи практически не отмечается положительной динамики в установках и поведении, направленных на поддержание здорового образа жизни.

Для студенческой молодежи характерно увеличение уровня общей заболеваемости и хронической патологии, которые обусловлены особенностями ее образа жизни, условиями учебы и быта, а также отсутствием системной работы и единых подходов в деятельности учреждений здравоохранения.

По данным исследования «Здоровье студентов», основными факторами, влияющими на здоровье, респонденты считают условия жизни (45%), вредные привычки (43%), усилия самого человека (40,2%). В меньшей степени отмечено влияние природной среды (28,8%), наследственности (21,1%), качества медицинского обслуживания (15%).

Анализ иерархии ценностей студенческой молодежи показывает, что подавляющее большинство отдает приоритет ценности здоровья, придавая ему значение «сверхценности» (у двух третей опрошенных ценность здоровья стоит на 1-м месте – 75,7%). Выбор его в качестве доминирующей ценности объясняется реально кризисным состоянием здоровья российской молодежи. Согласно экспертным оценкам в настоящее время только 10% детей рождаются полностью здоровыми.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что молодежь часто не готова прикладывать усилия для поддержания нормального состояния своего здоровья. Ценность здоровья является декларируемой и реализуется в поведении лишь незначительной частью студентов. Большинство, заявив, что заботятся о своем здоровье (86,1%), своим поведением и действиями доказывают обратное.

В то же время результаты региональных исследований показали, что школьники старших классов (9–11-е классы) выше оценивают состояние своего здоровья в сравнении со студентами, что, на наш взгляд, свидетельствует о прогрессировании заболеваний в молодежной среде по мере взросления. К тому же среди школьников почти в три раза больше тех, кто отметил, что практически не болеет (35,3% школьников против 12,1% студентов). Вызывает опасение тот факт, что уже в таком молодом возрасте 3,1% школьников и 10,3% студентов заявляют о наличии у них хронических заболеваний [34].

Пристрастие молодежи к девиантным формам поведения и вредным привычкам характеризуется тем, что из общего числа опрошенных 31% назвали себя курильщиками, причем на 1–2-х курсах курят на 10% больше, чем на старших. В числе курильщиков в равной мере представлены юноши (50,2%) и девушки (49,8%). Каждый пятый из числа опрошенных (22,4%) пристрастился к курению еще в 16 лет. Есть среди студентов и те, кто курит с 7–8-летнего возраста. Следует отметить, что из курящих примерно треть выкуривают в день 10–20 сигарет, у 4% эта норма – более 20 штук.

Другим фактором, подрывающим здоровье, является употребление алкогольных напитков. Причины, приведшие к этому, по мнению респондентов, реклама, дань моде, среда.

Из всех опрошенных ответили, что вообще не пьют никакие алкогольные напитки, менее десятой части (8,8%). Самый часто отмечаемый алкогольный напиток – пиво, его употребляют примерно две трети опрошенных студентов. При этом пятая часть из потребляющих пиво (19,7%) делают это часто (табл. 25). Добавим к этому употребление каждым вторым юношей и каждой третьей девушкой крепких напитков (водка, коньяк).

Ответы студентов на вопросы анкеты об употреблении ими наркотиков трудно отнести к правдивым, так как только один из десяти (9,1%) из опрошенных честно в этом признался. При этом у более четверти (27%) имеются друзья и знакомые, которые также постоянно употребляют наркотики. Не секрет, что масштабы распространения наркомании в молодежной среде представляют реальную угрозу здоровью и жизни молодого поколения, экономическим и социальным устоям государства. Они питают рост преступности и другие асоциальные явления.

Несмотря на то, что одним из главных факторов негативного влияния на здоровье студенты называют именно вредные привычки, распространенность их достаточно велика.

В свою очередь одним из факторов, способствующих распространенности вредных привычек в молодежной среде, является воспитание молодежи в неполных семьях. По оценкам зарубежных и отечественных ученых, воспитание ребенка в неполной семье означает формирование источника социальных проблем не только нашего времени, но и будущего.

Распределение ответов на вопрос «Как часто Вам случается выпивать алкогольные напитки?» (%)

Виды напитков	Часто	Редко	Вообще не пью	Трудно сказать
Сухие вина, шампанское	6,2	70,4	19,6	3,7
Крепкие (коньяк, водка)	3,9	34,3	55,4	6,4
Крепленые вина	1,3	17,7	75,2	5,8
Пиво	19,7	42,2	35,8	2,3
Домашние вина, настойки	2,0	28,3	61,6	8,0
Что еще?	22,6	48,4	21,0	8,1

Министерство здравоохранения США на основе анализа многолетней статистики пришло к выводу, что девочки, которые растут без отца, в два с половиной раза чаще беременеют вне брака и на 53% чаще совершают попытки самоубийства, чем их сверстницы, живущие в полных семьях. Мальчики, растущие без отцов, на 63% чаще убегают из дома и на 37% чаще употребляют наркотики. Кроме того, дети, живущие в отрыве от отцов, в два раза чаще бросают школу и оказываются в тюрьме. У таких детей в четыре раза чаще обнаруживаются различные психические отклонения.

Результаты регионального социологического исследования в вузах и школах Хабаровского края свидетельствуют о незначительном отличии распространенности вредных привычек у молодежи, воспитываемой как в полных, так и в неполных семьях, хотя эти различия и существуют (табл. 26) [35]. Конечно, это не говорит о том, что неполная семья не является фактором риска. Скорее всего, эти индикаторы свидетельствуют о масштабности и всепроникновении асоциальных форм поведения в жизнь современной молодежи. На наш взгляд, это является наиболее опасным следствием того, что современная семья (полная или неполная) перестает быть мощным фактором социализации, ее воспитательная функция не реализуется в полном объеме. Замещает же сегодня семью в выполнении этой функции социальная среда.

В качестве основных причин, препятствующих самосохранительному поведению, студенты называют, прежде всего, «слабую силу воли» (28,4%) и «отсутствие времени» (21,6%). Реже выбирают другие ответы: «никакие заботы не гарантируют хорошего здоровья» (13,6%), «не желаю ни в чем себя ограничивать» (12,5%), «нет соответствующих условий» (8%).

Студенты достаточно пассивны в проявлении заботы о своем здоровье. Большинство посещают медицинские учреждения, только когда в течение нескольких дней плохо себя чувствуют (41,8%) или в случае тяжелой болезни (38,4%).

Распространенность в молодежной среде курения, употребления алкоголя и наркотиков в зависимости от состава семьи (%)

Характеристики	Школьники		Студенты	
	полная семья	неполная семья	полная семья	неполная семья
Курят	50,0	56,1	26,4	25,0
Употребляют алкоголь	77,3	76,5	84,0	86,4
Пробовали наркотики	4,3	8,2	14,7	21,0

Для сохранения и поддержания своего здоровья студенты стараются избегать употребления некачественных продуктов (42,8%), не есть поздно вечером (26,8%), ограничивают себя в количестве еды (12,1%). Стоит отметить, что последние два ответа выбрали преимущественно девушки, мотивированные скорее желанием похудеть, чем сохранением здоровья. Почти треть респондентов не желает в чем-либо себя ограничивать.

Хорошее питание является залогом самочувствия и здоровья в целом. Вчерашний выпускник школы, получив заветный статус студента, часто вынужден менять место жительства, образ жизни, режим питания. Проживая в общежитиях или на съемных квартирах, многие студенты не имеют элементарных навыков приготовления себе пищи и ведения домашнего хозяйства. В результате основной пищей студентов, особенно младших курсов, являются гамбургеры, хот-доги и блюда быстрого приготовления (лапша, растворимое картофельное пюре и т.д.). При покупке продуктов питания треть опрошенных не обращает внимание на сроки годности и на небезопасные добавки (консерванты, красители).

Вызывают беспокойство результаты исследования, относящиеся к культуре сексуального поведения студенческой молодежи. Большинство опрошенных студентов (79,3%) имели сексуальные отношения к моменту проведения опроса, значительная часть из них пользуются противозачаточными средствами (59,9%). Однако почти пятая часть респондентов не придерживаются общепринятых моделей предохранительного поведения по разным причинам. Следует заметить, что 42% респондентов, имеющих сексуальные отношения, ушли от ответа о предохранительных средствах.

В условиях кризисной социально-экономической реальности здоровье нередко выступает как единственное средство достижения поставленных задач. Это делает здоровье молодежи все в большей степени объектом эксплуатации, поэтому его ценность приобретает не столько фундаментальный, сколько инструментальный характер. В период роста безработицы многие работодатели предъявляют более жесткие требования к соискателям должностей, оценивая не только образование и опыт работы, но и уровень их здоровья, отсутствие вредных привычек. Студенты как потенциальные участники рынка труда считают, что достижению жизненного успеха, в первую очередь, способствуют сила характера (51,7%), способности и талант (47,9%), здоровье (43,4%).

Современное общество, в котором знания и здоровье становятся капиталом и главным ресурсом экономики, формирует устойчивый и долговременный запрос на личность яркую и свободную, здоровую и самобытную, интеллектуальную и физически развитую,

творческую и высокопрофессиональную. В этой связи первостепенное значение приобретает формирование ценностных ориентаций студентов на развитие и поддержание самосохранительной модели поведения.

К сожалению, в учебных планах вузов мало дисциплин, способствующих формированию ценности здоровья, здорового образа жизни, стремления к здоровью (16,8% ответов).

Здоровье как социокультурный феномен выступает предпосылкой будущей самореализации молодых людей, их активного долголетия, способности к созданию семьи, к сложному учебному и профессиональному труду, общественно-политической и творческой активности. Негативные тенденции в состоянии здоровья молодежи, в частности студенческой, представляют большую социальную проблему для сохранения трудового и популяционного ресурсов России.

Анализ тенденций изменения показателей здоровья студентов высших учебных заведений Хабаровского края показал, что в структуре общей заболеваемости студентов 1-е место занимают болезни органов дыхания (32,8%), на 2-м месте – болезни глаз (11,6%), на 3-м – болезни костно-мышечной системы (10,4%), на 4-м – болезни мочеполовой системы (9,3%), на 5-м – болезни органов пищеварения (8,2%). У взрослого населения (18 лет и старше) в структуре заболеваемости на 1-м месте также стоят болезни органов дыхания (25,9%), но на 2-е место вышли болезни системы кровообращения (11,8%), на 3-е – травмы и отравления (8%), болезни органов пищеварения сместились на 4-е место (7,9%), а болезни костно-мышечной системы – на 5-е (7,6%).

Общая заболеваемость, по данным профилактических медицинских осмотров, за три года увеличилась на 37,7% и превысила показатель общей заболеваемости, по данным обращаемости, в 1,15 раза. С каждым годом все выше удельный вес «больных лиц» среди первокурсников (в 2008 году – 85,2%). Число впервые выявленных хронических заболеваний у студентов увеличилось в 1,6 раза. Следовательно, можно сделать вывод об ухудшении здоровья молодежи к окончанию высшего учебного заведения.

Отдельной проблемой является то, что не во всех высших учебных заведениях проводится анализ заболеваемости студентов в зависимости от возраста и курса обучения. В ряде поликлиник Хабаровского края ведется учет только тех студентов, которые проживают в общежитиях. Другие наблюдаются в поликлиниках по месту прописки или регистрации. В половине высших учебных заведений отсутствует программа по сохранению и укреплению здоровья студентов.

В модели самосохранительного поведения большинства студентов доминирует нерациональное распределение времени дня. Так, каждый третий спит менее 6 часов в сутки.

Почти половина студентов (46%) признаются, что питаются нерегулярно. Горячую пищу употребляет хотя бы один раз в сутки лишь каждый второй опрошенный, а шестая часть вообще не едят жидкую пищу. При этом в студенческом рационе преобладают мучная (39,4%) и жирная (33,2%) пища.

Каждый десятый студент практически не бывает на свежем воздухе, а для 66,7% прогулки заменяет дорога до учебного заведения и обратно. Физической культурой и (или) спортом систематически занимаются лишь 32,5% студентов, а 24,5% не делают даже утреннюю зарядку [36].

Среди участников исследования только 20% не употребляют алкогольные напитки, но 5% из них указали, что периодически пьют пиво и вино, не считая их алкоголесодержащими.

Наиболее популярным напитком среди учащейся молодежи является пиво: ему отдают предпочтение 72,8% опрошенных. На 2-м месте стоит вино (70,2%), на 3-м – различные алкогольные «энергетические коктейли» (57,3%).

Начало употребления спиртных напитков большинство объясняют тем, что стали делать это «за компанию» (66,2%), часть опрошенных – «просто так» (18,3%) либо «после стрессовой ситуации» (11,3%). Среди наиболее частых поводов для употребления алкоголя студенты называют праздники, хорошую компанию, привычку и банальную скуку.

Обращает на себя внимание низкий уровень у современного студенчества медицинской активности, являющейся важнейшей чертой образа жизни и характеризующей отношение человека к своему здоровью.

Осуществление программных мероприятий по эффективной социальной защите студентов, оздоровлению условий их труда, жизни, улучшению жилищных условий и формированию установок на здоровьесберегающее поведение позволит улучшить здоровье и социальный статус учащихся и благотворно отразится на качестве обучения и дальнейшей деятельности их как специалистов.

Для решения проблем социального здоровья студенчества необходима профилактика социально значимых заболеваний [37]. До настоящего времени многие направления профилактической деятельности не внедрены и остаются лишь декларированными.

Комплекс мероприятий, направленных на предупреждение отклонений в состоянии здоровья и предотвращение заболеваний – первичная профилактика, включает:

- меры по уменьшению влияния вредных факторов на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха, уровня психосоциального стресса и других факторов, влияющих на качество жизни);
- формирование парадигмы здорового образа жизни через формирование информационно-пропагандистской системы, направленной на повышение уровня знаний населения о влиянии отрицательных факторов на здоровье и уменьшение их воздействия;
- меры по предупреждению заболеваний и травм;
- выявление вредных для здоровья факторов, в том числе и поведенческого характера, принятие мер по их устранению;
- оздоровление лиц, находящихся под воздействием неблагоприятных факторов, с применением мер медицинского и немедицинского характера.

Все профилактические мероприятия должны ориентироваться не только на какой-либо один фактор риска, а на суммарный риск, определяемый совокупностью факторов.

Помимо первичной профилактики целесообразно проводить мероприятия вторичной профилактики – комплекса медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на ранее выявление и предупреждение обострений и осложнений заболеваний.

Научной основой предупреждения основных хронических заболеваний стала концепция факторов риска – характеристики, способствующие развитию и

прогрессированию заболеваний. Обычно это поддающиеся изменению биологические характеристики (уровень в крови глюкозы, липидов), состояние окружающей среды, особенности образа жизни и привычек (неправильное питание, курение, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем и т.д.) Пол, возраст и некоторые генетические характеристики тоже относят к факторам риска, но они не поддаются изменениям и используются в основном для определения прогноза возникновения заболевания.

Так, для повышения качества здоровья молодежи необходимо при наличии факторов риска начать с изменения образа жизни.

Соблюдение данной тактики позволит сформировать у молодежи мотивацию на здоровый образ жизни и пересмотреть влияние факторов риска на свое здоровье с точки зрения социальных аспектов. Расширение спектра профилактических и образовательных программ для молодежи оправдано со многих позиций: и с позиции эффективной профилактики заболеваний, и с позиции обеспечения качества медицинской помощи, и с позиции повышения качества жизни.

Сегодня как никогда необходимы целевые программные мероприятия, направленные на снижение роли поведенческих факторов риска: уменьшение числа курящих и неумеренно употребляющих алкоголь студентов, разумное увеличение физической активности, соблюдение принципов рационального поведения.

Для решения актуальных проблем в области охраны социального здоровья студенческой молодежи в регионе проводится формирование нормативно-правовой базы. В Хабаровском крае действует краевая целевая программа «Здоровое поколение» на 2007–2010 годы, имеющая статус регионального закона. Ее основной целью обозначено сохранение, восстановление и укрепление здоровья матерей и детей, привитие навыков здорового образа жизни. Среди задач этого программного документа – совершенствование системы сохранения и укрепления здоровья детей в образовательных учреждениях и пропаганда здорового образа жизни. В перечне основных мероприятий программы:

- создание центров содействия укреплению здоровья обучающихся, воспитанников образовательных учреждений;
- оснащение необходимым оборудованием медицинских кабинетов вузов;
- обеспечение вузов программой «Жизнь без вредных привычек»;
- разработка региональной программы «Студенческое здоровое питание»;
- организация мониторинга репродуктивного и сексуального поведения студенческой молодежи, их репродуктивных установок, рискованного поведения в отношении инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ/СПИДа, наркотизации и ранних сексуальных контактов;
- разработка информационных материалов, направленных на популяризацию здорового образа жизни и сохранение репродуктивного здоровья молодежи;
- формирование у студентов репродуктивных установок, а также профилактика инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ/СПИДа, наркотизации и ранних сексуальных контактов;
- подготовка волонтеров из числа студентов для работы в среде школьников и сверстников по принципу «Равный обучает равного»;
- внедрение занятий по формированию безопасного поведения и профилактике поведенческих болезней в программы профессиональных учебных учреждений;

- проведение серии тренингов для медицинских работников по методике консультирования здорового клиента в области семейного планирования и выбора современных средств контрацепции;
- подготовка социальных работников и специалистов по работе с молодежью для формирования здорового образа жизни и планированию семьи среди подростков и молодежи.

Реализация этих мер может дать позитивный результат в социализации и профессионализации студенческой молодежи.

5.5 Социальная политика по формированию у студентов ценности здоровья и стремления к здоровому образу жизни в Брянске

Повышение внимания ученых и практиков к проблемам здоровья студентов требует от системы образования в целом и от вузов в частности не только изменения подходов к пониманию этой проблемы, но и изменения организации учебного процесса.

Вместе с тем, по утверждению специалистов, существующая система образования, наряду с неблагоприятными факторами среды, способствует не сохранению и улучшению состояния здоровья учащихся, а лишь его ухудшению. Об этом свидетельствуют массовые нарушения физического и нервно-психического развития подрастающего поколения, что проявляется в различных заболеваниях и ухудшении физического развития [38].

Изменение существующего положения требует серьезных государственных мер на основе имеющейся законодательной системы.

Это, прежде всего, Закон РФ «Об образовании», ст. 2: «Государственная политика в области образования основывается на следующих принципах: гуманистический характер образования, приоритет общечеловеческих ценностей, жизни и здоровья человека...»; ст. 51: «Образовательное учреждение создает условия, гарантирующие охрану и укрепление здоровья обучающихся и воспитанников». О сохранении здоровья говорится и в «Концепции модернизации Российского образования на период до 2010 года»: «...необходимо провести оптимизацию учебной, психологической и физической нагрузки учащихся и создать в общеобразовательных учреждениях условия для сохранения и укрепления здоровья обучающихся».

Тем не менее надо отметить, что указанные нормы носят подчас декларативный характер. На федеральном уровне, уровне субъекта нужны специальные механизмы, обеспечивающие полную и адекватную реализацию правовых норм.

Важная роль отводится органам местного самоуправления, которые в своей деятельности должны руководствоваться «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» № 5487-1 от 22 июля 1993 года, в качестве одного из важных направлений включающими в себя санитарно-гигиеническое просвещение населения, направленное на формирование здорового образа жизни всех социальных групп.

Ежегодное Постановление Правительства РФ «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» с 2009 года включило санитарно-гигиеническое просвещение граждан в состав понятия «первичная медико-санитарная помощь». Таким образом, органы местного самоуправления должны осуществлять санитарно-гигиеническое просвещение граждан, в том числе пропаганду здорового образа жизни у молодежи.

Однако на местном уровне не созданы правовые основы для реализации всех полномочий органов местного самоуправления. Отсутствие правовых основ для реализации полномочий органов местного самоуправления по санитарно-гигиеническому просвещению граждан (в том числе пропаганде здорового образа жизни молодежи) в условиях дефицита бюджета позволяет органам местного самоуправления не планировать и не осуществлять соответствующие виды деятельности и расходы бюджета.

В то же время анализ статистики и научной литературы свидетельствует, что в последние годы отмечается рост числа студентов, имеющих серьезные отклонения в состоянии здоровья [39].

На здоровье студентов существенное влияние оказывают различные факторы: политические, экономические, экологические и т.д. Значимость воздействия каждого из них существенна. Взаимодействуя между собой и усиливая друг друга, они влияют на здоровье нации, и не всегда благотворно для национального генофонда [40].

Прогрессирующее ухудшение состояния здоровья, несовершенство организации учебного процесса делают актуальной проблему формирования здорового образа жизни студентов. Проблема внедрения здоровьесберегающих технологий на сегодняшний день приобретает глобальные масштабы.

В связи с этим организация учебного процесса с направленностью на формирование у обучающихся потребности в хорошем здоровье, на знание принципов здорового образа жизни, на внимательное отношение не только к своему здоровью, но и здоровью окружающих, является не только медико-педагогической, но и важной социальной, управленческой проблемой.

Практика недавних десятилетий свидетельствовала о том, что многие россияне относились к своему здоровью в первую очередь как к своеобразному общественному достоянию и, соответственно, были готовы приносить его в жертву общественным интересам, государству. Сегодня же формируется отношение к здоровью как к неприкасаемой частной собственности, но с которой сам владелец может обходиться как ему заблагорассудится. Можно говорить о двойственном отношении к ценности здоровья: на словах она признается в качестве главной, но фактически оказывается (осознанно или нет) менее важной, чем материальные блага.

Ценность здоровья индивида и всего населения очевидна, и развитие здравоохранения – необходимый процесс эволюции. Но на данном этапе развития общества социальная политика государства неадекватна состоянию здоровья населения, уровень которого неудовлетворителен. Ситуация, сложившаяся в области здравоохранения и здоровья населения, представляет угрозу успешному выживанию и активному развитию России. Каждое следующее поколение россиян рождается менее здоровым и жизнеспособным [41].

В последнее время внимание к проблеме формирования здорового образа жизни заметно усилилось, в том числе и на законодательном уровне. Применительно к объекту нашего исследования – студентам – следует обратить внимание на Постановление Межпарламентской Ассамблеи государств – участников Содружества Независимых Государств по утверждению Закона «О студенческом спорте» (№21-9 от 16 июня 2003 года).

Этим законом определены правовые, организационные, экономические и социальные основы развития студенческого спорта. Закон призван обеспечить охрану здоровья, осуществление профилактики заболеваний, поддержание высокой

работоспособности студентов высших и средних специальных учебных заведений, разработку стратегии развития физической культуры и спорта, организацию пропаганды здорового образа жизни, эффективность системы непрерывного образования и развития личности в государствах – участниках Содружества Независимых Государств.

Предусмотрено, что государство принимает необходимые организационные и законодательные меры для обеспечения:

- доступа всех студентов к бесплатным академическим занятиям спортом в образовательных учреждениях, учреждениях дополнительного образования всех форм собственности, создания при образовательных учреждениях спортивных школ, школы высшего спортивного мастерства;

- координации научных исследований по наиболее актуальным проблемам вовлечения студентов в систематические спортивные занятия, подготовки в учебное время и после занятий спортсменов высокого класса, медико-биологического и допингового контроля;

- возможности использования спортивной базы, образовательных учреждений, научных достижений в целях подготовки спортсменов высокого класса, спортивного резерва, тренерских кадров и участия студентов во Всемирных студенческих играх;

- дальнейшего развития исторически сложившейся спортивной и духовной общности народов, проживающих на территории государства.

Сохранение и укрепление здоровья обучающихся студентов, формирование у них потребности в физическом совершенствовании и здоровом образе жизни является одной из основных задач образовательных учреждений всех типов, входит в круг обязанностей администраций указанных учреждений и каждого педагогического работника.

Образовательные учреждения ежегодно проводят тестирование и проверку физической подготовленности студентов в соответствии с установленными государственными нормативами. По итогам учебного года каждому обучающемуся выставляется оценка его физической подготовленности, а на выпускных курсах сдается экзамен.

Проблема сохранения и укрепления здоровья студенческой молодежи для социального управления сложна и многогранна. В современных условиях в связи с изменившейся экономической ситуацией она требует нового подхода к ее решению, ставит перед отечественным здравоохранением задачу гарантированного обеспечения студенческой молодежи качественной медицинской помощью, поиска новых форм ее организации, в том числе разработки эффективных методов массовых профилактических обследований, гигиенического обучения и воспитания. Одной из форм формирования здорового образа жизни и являются созданные Центры здоровья.

В рамках начатой в 2009 году Программы по формированию у населения приоритетов здорового образа жизни в каждом регионе на базе региональных и муниципальных учреждений здравоохранения открыты 800 Центров здоровья. В них любой желающий сможет обратиться за консультацией, пройти первичную диагностику на факторы риска и получить рекомендации по ведению здорового образа жизни. Работа специалистов Центров здоровья направлена на развитие у населения приверженности к лечению заболеваний, соблюдению рекомендаций врача для повышения качества жизни, ее продления, сохранения и восстановления трудоспособности и активного долголетия. Эти Центры призваны формировать здоровый образ жизни у граждан Российской Федерации,

включая сокращение потребления алкоголя и табака, предотвращать социально значимые заболевания, увеличивать продолжительность активной жизни.

Важно, что в структуру этих центров кроме специализированных медицинских кабинетов входят кабинеты медицинской профилактики и школы здоровья.

К основным задачам Центров здоровья относятся:

- формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких;
- мотивирование их к отказу от вредных привычек, в том числе связанных с потреблением алкоголя и табака;
- консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха.

Работа Центров здоровья адресуется не столько больным людям, сколько здоровым, у которых пока нет заболеваний, но существует риск их возникновения. В сложившейся ситуации задачей Центров является формирование мотивации людей на внимательное отношение к собственному здоровью. Центры практикуют занятия лечебной физкультурой по различным группам заболеваний под наблюдением врачей, которые будут следить за результативностью прохождения индивидуальных программ оздоровления.

На территории Брянской области открыто четыре Центра здоровья, для которых приобретено оборудование на сумму 2,929 млн. рублей за счет средств федерального бюджета, на 1,214 млн. рублей – за счет средств областного бюджета. Центры здоровья размещены в лечебно-профилактических учреждениях, врачи прошли необходимую профессиональную подготовку. Была проведена подготовка и тестирование поставленного оборудования; решены вопросы финансирования и тарифов на услуги Центров здоровья в рамках программы обязательного медицинского страхования.

В Брянской области Центры здоровья работают, прежде всего, со студентами вузов.

По договоренности между центрами и руководством вузов ежедневно для первичной диагностики направляется не менее 10 студентов, желающих пройти обследование. Для каждого по результатам обследования разрабатывается индивидуальная карта оздоровления.

Кроме того, в регионе действуют несколько целевых и ведомственных программ, связанных со здоровьем молодежи. Это ведомственные целевые программы «Мужское здоровье» (2009 – 2011), «Развитие здравоохранения Брянской области» (2008 – 2010); долгосрочные целевые программы: «Молодежь Брянщины» (2009 – 2011), «Здоровое поколение» (2007 – 2010) «Развитие физической культуры и спорта в Брянской области на 2006 – 2009 гг.», «Демографическое развитие Брянской области» (2008 – 2010), «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту» (2007 – 2009).

Принят Закон Брянской области «О государственной поддержке организации оздоровления, отдыха и занятости детей и молодежи в Брянской области», который определяет полномочия органов государственной власти Брянской области и других заинтересованных организаций в данной сфере. Законом также определены основные формы такой поддержки:

- 1) принятие законов и иных нормативных правовых актов, регламентирующих организацию оздоровления, отдыха и занятости детей и молодежи;

- 2) утверждение и реализация на территории Брянской области областных целевых и ведомственных программ по организации оздоровления, отдыха и занятости детей и молодежи;
- 3) размещение государственного заказа Брянской области на приобретение оздоровительных и санаторно-курортных путевок для отдыха и оздоровления детей и молодежи;
- 4) сохранение и развитие материально-технической базы оздоровления, отдыха и занятости детей и молодежи;
- 5) осуществление информационно-методической поддержки деятельности организаций, обеспечивающих оздоровление, отдых и занятость детей и молодежи;
- 6) кадровая поддержка деятельности организаций, обеспечивающих оздоровление, отдых и занятость детей и молодежи;
- 7) развитие и внедрение новых форм оздоровительной работы;
- 8) иные формы государственной поддержки организации оздоровления, отдыха и занятости детей и молодежи, не запрещенные действующим законодательством.

Здесь же определено, что субъектами государственной поддержки системы организации оздоровления, отдыха и занятости детей и молодежи в Брянской области в соответствии с настоящим законом являются: 1) дети, учащиеся учреждений начального профессионального образования Брянской области, студенты высших или средних профессиональных учебных заведений Брянской области; 2) организации, обеспечивающие оздоровление, отдых и занятость детей и молодежи, независимо от организационных и правовых форм и собственности.

В другом Законе Брянской области – «Об охране здоровья населения Брянской области» – вводится понятие охраны здоровья граждан, которое рассматривается как совокупность мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской и лекарственной помощи в случае утраты здоровья, а также с профилактической целью. Одним из основополагающих принципов, провозглашенных в законе, является приоритет профилактических мер и санитарно-эпидемиологического благополучия населения в сфере охраны здоровья граждан, а также доступность медицинской, лекарственной и медико-социальной помощи.

Через осуществление исполнительным органом государственной власти Брянской области, уполномоченным в сфере здравоохранения, мер по гигиеническому воспитанию и обучению населения, пропаганды здорового образа жизни обеспечивается санитарно-эпидемиологическое благополучие населения Брянской области. Однако следует отметить, что в законе это единственное упоминание о здоровом образе жизни.

В Постановлении администрации Брянской области «Об организации оздоровления, отдыха и занятости детей и молодежи в 2010 году» указано, что в первоочередном порядке отдых и оздоровление обеспечиваются студентам государственных учреждений высшего и среднего профессионального образования, в том числе на бесплатной основе. Для реализации задуманного создан координационный совет по организации оздоровления и отдыха детей и молодежи. Этим же документом предусмотрено проведение медицинских

осмотров детей, подростков и членов студенческих отрядов при оформлении временной занятости в летний период.

Заметим, что во всех официальных документах речь идет только о студентах государственных вузов, хотя в последнее время негосударственные вузы по суммарному количеству студентов практически не уступают первым. Эту проблему, на наш взгляд, необходимо решать на региональном уровне.

В регионе используются различные формы работы с молодежью по формированию здорового образа жизни – проведение лекций и бесед в учебных заведениях и трудовых коллективах по вопросам наркомании, алкоголизма, укрепления ценности семьи и брака. На местных каналах телевидения выходят в эфир телепередачи, публикуются статьи, издаются брошюры, посвященные теме здорового образа жизни; функционирует форум для пользователей сети Интернет по вопросам здорового образа жизни; проводятся конференции, круглые столы.

С 2007 года в Брянском государственном университете проводится конкурс антинаркотического плаката «Социальный проект». Для формирования здорового образа жизни в регионе осуществляется акция «Молодежный фестиваль уличной культуры». На одной из самых больших площадей Брянска в рамках всероссийской «Весенней недели добра» проводится коллективная зарядка, на которую приглашаются сторонники здорового образа жизни: студенты брянских вузов и активисты молодежных общественных организаций. Разумеется, работа ведется большая, но ее недостаточно.

Этот тезис подтверждают и данные исследования «Здоровье студентов», проведенного в регионе. Опрос проводился при поддержке комитета по делам молодежи Брянской области, который выделил средства на оплату работы интервьюеров.

Важным фактором, определяющим здоровье, является отношение личности к себе, своему положению в социуме. Не менее важным оказываются и реальные поведенческие акты как проявление установок и потребностей в области здоровья.

Согласно полученным результатам исследования при ответе на вопрос анкеты «Должен ли человек всегда заботиться о своем здоровье?» вариант «всегда» выбрали 80,9% студентов в возрасте 18–20 лет, 72,5% – в возрасте 21–22 лет, 71,4% молодых людей в возрасте 23–25 лет. Причем среди респондентов оказалось девушек – 86%, юношей – 65%. Можно предположить, что те, кто совсем недавно окончил школу (18–20 лет) говорят о необходимости заботы о здоровье, скорее всего, в силу привычки и стереотипов, которые были заложены в школе. Это подтверждается тем, что среди ответивших лишь 74,2% студентов в возрасте 18–20 лет признались, что заботятся о своем здоровье. Среди тех, кто заботится о здоровье, 67% студентов в возрасте 21–22 лет и 68,6% – 23–25 лет. Причем девушки относятся к здоровью более внимательно, чем юноши (81,1 и 61% соответственно).

Сложившаяся ситуация может объясняться еще и тем, что в школе ученики ежегодно проходят диспансеризацию, что невольно заставляет их задумываться о возможных проблемах со здоровьем. Тем не менее, по данным органов здравоохранения Брянской области, за последние годы, распространенность функциональных отклонений среди юношей 15–17 лет увеличилась на 89%, среди их сверстниц-девушек – на 52%. Частота встречаемости хронических болезней среди юношей возросла на 33%, среди девушек процент возрос незначительно. Причем с 2003 года отмечается неуклонный рост уровня заболеваемости подростков. Из всех подростков региона 38% стоят на диспансерном учете.

После окончания школы, средних профессиональных учебных заведений, техникумов эти подростки становятся студентами вузов, и очевидно, что болезни их остаются с ними. Кроме того, контроль со стороны родных заметно снижается (в том числе и потому, что многие студенты учатся далеко от дома), и, перестав ощущать постоянное внимание к своему здоровью, они постепенно меняют отношение к его сохранению. В момент опроса 53% ответивших юношей и 47% девушек оценили состояние своего здоровья как хорошее.

Описывая ситуации, характерные для обращения за медицинской помощью, студенты выделяют ту, при которой они в течение нескольких дней плохо себя чувствуют. На это указали 44,5% девушек и 37,3% юношей. Только в случае тяжелой болезни обращаются за медицинской помощью 36,7% девушек и 39% юношей. Причем более внимательны к своему здоровью студенты в возрасте от 18 до 20 лет. Отвечая на вопрос о предпринимаемых профилактических мерах, 51,1% студенток указали на то, что принимают витамины в зимне-весенний период, об этом же заявили 39,5% студентов. Показательно, что самостоятельно обращаются к врачу для профилактического осмотра 16,7% девушек и 14% юношей. И в этом случае большинство из выбравших эти ответы – молодые люди в возрасте 18–20 лет. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что с увеличением возраста, на старших курсах, студенты менее озабочены своим здоровьем. Возможно, это связано с тем, что студентам приходится решать проблему трудоустройства в ситуации полной или вторичной занятости, и проблемы здоровья отодвигаются на второй план.

Сегодня очевидна острая необходимость в образовательных программах, направленных на сохранение и укрепление здоровья студентов, формирование активной мотивации заботы о собственном здоровье. Заметную роль в этом могла бы сыграть дисциплина или факультатив по проблемам здоровья. Тем не менее, лишь 118 человек отметили, что в вузе есть такой предмет, а 191 утверждают, что такого предмета в их вузе нет. Отсутствие или слабые навыки по ведению здорового образа жизни приводят к тому, что продолжается дальнейшее ухудшение здоровья студентов.

В сложившейся ситуации самые доступные (бесплатные) медицинские услуги оказывают муниципальные учреждения здравоохранения. Было выявлено, что среди студентов удовлетворены бесплатной медицинской помощью 24,4% юношей и 7,2% девушек. Отчасти удовлетворены – 29,7% юношей и 41,4% девушек. Не удовлетворены бесплатной медицинской помощью – 34,3 и 33,7% соответственно. Такие результаты объясняются тем, что девушки более требовательны к условиям получения медицинской помощи и еще тем, что они более компетентны в медицинских проблемах и имеют четкое представление о том, как должно быть организовано медобслуживание.

Из тех, кто удовлетворен, 15,6% человек в возрасте 18–20 лет, 23,5% – в возрасте 21–22 лет. Это может быть связано с тем, что студенты первых лет обучения помнят довольно высокие стандарты получения медицинской помощи в детской поликлинике, как правило, внимательное отношение педиатра. Мы уже видели, что с возрастом отношение к своему здоровью становится менее внимательным и соответственно происходит снижение уровня требований при посещении лечебного учреждения.

Результаты опроса показали, что студенты обращаются также и за платной медицинской помощью. Удовлетворенность платной медицинской помощью выше. Так, удовлетворенными платной помощью остались 32,6% юношей и 29,3% девушек, отчасти удовлетворены – 35,5% юношей и 34,8% девушек, не удовлетворены – 7,6 и 13,8%

соответственно. Как видим, значительно возросла доля девушек, удовлетворенных полученной помощью. Такие результаты, видимо, связаны с тем, что уровень обслуживания в платных поликлиниках или во время платного приема в муниципальных учреждениях здравоохранения несколько выше, чем в бесплатных.

В данном контексте можно говорить, что неудовлетворенность своим материальным положением обуславливает слабую медицинскую активность, даже несмотря на ухудшение здоровья.

Однако в целом удовлетворенность работой районной поликлиники довольно высокая: среди юношей – 39%, среди девушек – 32%. Не удовлетворены работой – 33,1 и 35,4% соответственно. Высока доля тех, кто затруднился оценить степень удовлетворенности работой районной поликлиники: 22,1% юношей и 27,6% девушек. На фоне общего недовольства бесплатной медицинской помощью, казалось бы, парадоксально выглядит такой уровень удовлетворенности работой районной поликлиники. Возможно, эти ответы – результат изменения отношения региональных властей к оснащению медицинских учреждений, в которые за последние два года вложены немалые средства,

Закономерны и результаты удовлетворенности работой специализированной поликлиники. Удовлетворены ее работой 37% юношей и 23,2% девушек. Однако треть юношей и более 40% девушек затруднились с ответом, что является следствием отсутствия в регионе специализированных поликлиник. Практически все они находятся в областном центре и оказывают только платные услуги.

За бесплатной медицинской помощью обращались 64,5% юношей и 69,8% девушек, за платной – 34,3 и 51,1% соответственно. Отвечая на вопрос «Почему Вы обращались к врачам платно?», 18,2% юношей и 20% девушек ответили, что не было возможности попасть к нужному врачу бесплатно; 22,7 и 7,2% соответственно сделали это, поскольку врач нужен был срочно. По той причине, что нужную медицинскую услугу бесплатно не оказывают, обращались к врачу за плату 23,9% девушек и 11% юношей. Однако наиболее веской была причина потребности во враче более высокой квалификации (19,8% юношей и 35% девушек). Очевидно, в обыденном сознании прочно укрепился тот стереотип, что за деньги (или отдельную плату) принимают врачи более высокой квалификации. Кроме того, в безвыходной ситуации граждане предпочитают заплатить врачу и гарантированно получить необходимую помощь.

Работой платной поликлиники удовлетворены по 44% ответивших юношей и девушек. Возможное объяснение этому факту лежит в области нехватки квалифицированных кадров: одни и те же специалисты ведут прием как в муниципальных медучреждениях, так и в платных.

Обязательным условием при обращении за помощью в муниципальные учреждения здравоохранения является наличие полиса обязательного медицинского страхования, который подтверждает право гражданина на получение бесплатной медицинской помощи в объеме Программы ОМС. Из общего количества опрошенных студентов 91,1% юношей и 92,1% девушек имеют указанные документы. Кроме того, 49,7% студентов и 40,7% студенток имеют и полис добровольного медицинского страхования.

Таким образом, проведенное исследование позволяет предполагать, что интенсификация учебной деятельности, низкая физическая и здоровьесберегающая активность в совокупности будут и дальше способствовать росту негативных тенденций в состоянии здоровья студентов.

Между тем результаты опроса дают не только довольно ясную картину современного состояния здоровья студентов, но и выявляют роль самосохранительного поведения как детерминанты здоровья. Полученные сведения позволяют выявить направление и пути преодоления негативных тенденций в состоянии здоровья студентов и разработать необходимые для этого меры социальной политики.

До настоящего времени на региональном уровне проблемы образа жизни, питания и состояния здоровья студентов комплексно не рассматривались. Изредка поднимаются лишь вопросы качества приготовления пищи в студенческих столовых.

Мы считаем, что сегодня основными задачами образования в области здорового образа жизни в регионе должны стать: формирование ценности здоровья у молодежи; повышение квалификации педагогов в вопросах охраны и укрепления здоровья, изменения качества социальной среды обитания. Охрана здоровья каждого индивида и всего молодого поколения является одним из компонентов безопасности страны, требующим соответствующей защиты.

Таким образом, можно констатировать, что в настоящее время выявлено противоречие между объективной необходимостью формирования у студентов потребности в здоровом образе жизни и недостаточной разработанностью системы форм, методов и средств организации деятельности, направленной на сохранение их здоровья, формирование у них соответствующей мотивации.

5.6 Особенности отношения к здоровью белорусской молодежи

Проблема здоровья молодежи является актуальной для Республики Беларусь. Анализ основных показателей здоровья населения республики за последние 10–15 лет выявил целый ряд негативных тенденций, характерных как для населения в целом, так и для детей, подростков, молодежи в частности [42].

По данным общереспубликанской диспансеризации детей, к 1 января 2006 года доля детей с 1-й группой здоровья составила всего 27,5% [43]. При достижении подросткового возраста доля имеющих 1-ю группу здоровья снижается до одной пятой от общей численности подростков.

Отличительной чертой состояния здоровья подростков в последние десятилетия является рост заболеваемости психическими расстройствами, расстройствами поведения, занимающими у подростков 4–5-е место в структуре первичной заболеваемости, тогда как у населения в целом эти болезни находятся на 8-м месте.

Несмотря на государственные усилия по предупреждению алкоголизма и наркомании, доля лиц в возрасте 15–19 лет, употребляющих наркотики, за период 1994–2002 годов увеличилась в 2,8 раза, а количество состоящих на наркологическом учете детей в возрасте до 15 лет возросло в 5,8 раз [44]. Реальные цифры еще больше, так как из-за расширения объема анонимной наркологической помощи значительная часть наркоманов не стоит на диспансерном учете [45]. Психическое нездоровье – основная причина роста числа суицидов среди подростков [46].

Актуальной проблемой молодежи республики является также ухудшение репродуктивного здоровья [47; 48].

Эти проблемы находят все больше внимания и поддержки со стороны государства [49], отражаются в его идеологии. Так, 2006 год был Годом здорового образа жизни, 2007-й – Годом Матери, 2008-й – Годом здоровья, 2010-й – Годом качества жизни граждан

Республики Беларусь. Особо значимой мерой, принятой в данном направлении, несомненно, является разработка и утверждение Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 годы. [50]. Политика государства направлена, с одной стороны, на формирование установок здорового образа жизни у населения, с другой – на повышение доступности и качества медицинской помощи.

Именно политикой, гарантирующей максимальную социальную защиту, социальной направленностью программ развития основных отраслей экономики объясняется сохранение здравоохранением Беларуси государственного (бюджетного) характера финансирования и отказ от введения системы обязательного медицинского страхования.

В Республике Беларусь преобладает государственный сектор здравоохранения, существует программно-целевое финансирование. Разработаны и реализуются 12 программ, в первую очередь направленных на охрану материнства и детства, материально-техническое укрепление организаций здравоохранения сельской местности. В основе финансирования здравоохранения лежит бюджетно-территориальный принцип, когда средства выделяются из бюджета по экономическому нормативу для конкретных территорий. В 2008 году государственные расходы на человека по здравоохранению в среднем составили 234 доллара.

Таким образом, в Беларуси создаются благоприятные условия для поддержания и укрепления здоровья молодежи. Ограничением для их выполнения остаются трудно решаемые финансовые вопросы социально значимых отраслей, а также социокультурные факторы.

Так, наряду с отдельными данными о благоприятных тенденциях в поведении населения Беларуси по отношению к собственному здоровью и соблюдению принципов здорового образа жизни [51] в молодежной и, особенно, подростковой среде, все еще распространено безответственное отношение к здоровью.

Исследования Центра социологических и политических исследований Белорусского государственного университета, объектом которых стали 1500 учащихся различных типов учебных заведений Беларуси, выявили, что образ жизни молодежи в подавляющем большинстве не соответствует здоровому [52]. Среди подростков увеличивается доля активных потребителей никотина и алкоголя, что, несомненно, ведет к ухудшению здоровья целого поколения в настоящем и ставит под угрозу здоровье всей нации в будущем [53].

Проведенные на протяжении 2005–2009 годов исследования (на выборке, репрезентативной для республики) показали, что состояние здоровья беременных женщин молодого (до 25 лет) возраста можно охарактеризовать как критическое для успешного выполнения репродуктивной функции. Не имеют патологии (акушерской или же соматической) только 5,8±0,52 женщин на 100; в течение беременности более половины женщин 15–24 лет госпитализируются. Каждая пятая родильница, не достигшая 25 лет, имела ранее искусственное прерывание беременности [13]. Каждая шестая молодая женщина, ожидающая рождения первенца, курит во время беременности, каждая пятая является пассивным курильщиком. Каждая четвертая 1 раз в месяц и более употребляет алкогольные напитки [54].

Данные опросов свидетельствуют о том, что наибольшая часть молодежи (58,9% юношей и 62% девушек) приобщается к алкоголю в возрасте 15–18 лет. Более трети молодых людей употребляют спиртное регулярно – еженедельно и/или ежедневно. Группой риска в отношении употребления алкоголя являются юноши: они раньше, чем девушки, начинают употреблять спиртное и делают это гораздо чаще [55].

В целом поведение юношей по отношению к здоровью более рискованное, чем у девушек. Это ярко иллюстрируется не только более высокой частотой вредных привычек у мужчин, но и гендерными различиями в структуре моделей поведения по отношению к потреблению медицинской помощи, что было прослежено нами на примере случаев наличия клинических симптомов инфекций, передаваемых половым путем – ИППП [56].

Таблица 27

Поведение молодежи по отношению к потреблению медицинской помощи при наличии симптомов ИППП (по полу, %)

Поведенческая стратегия	Девушки		Юноши		Значимость различий
	Доля от имевших симптомы (%)	Кол-во(чел.)	Доля от имевших симптомы (%)	Кол-во(чел.)	
Анонимное обследование	7,1	45	10,7	39	$\chi^2=3,9$, $p=0,05$
Консультация врача	61,3	389	48,6	177	$\chi^2=14,5$, $p=0,0001^*$
Отсутствие действий	17,3	110	25,9	94	$\chi^2=9,8$, $p=0,0018^*$
Самолечение	14,3	91	14,8	54	$p>0,05$
Итого	100	635	100	364	

* различия статистически значимы.

Несмотря на общее сходство поведенческих предпочтений, результаты сравнительного анализа выявляют гендерные различия в выборе молодыми людьми поведенческих стратегий при наличии клинических симптомов ИППП, с худшими характеристиками для юношей, которые чаще выбирают бездеятельное выжидание и реже – обращение к врачу. В целом $40,7 \pm 2,6$ на 100 молодых мужчин, имеющих клинические симптомы ИППП (в отличие от $31,7 \pm 2,7$ на 100 имеющих клинические симптомы ИППП молодых женщин, $p < 0,05$), выбирают неадекватные поведенческие стратегии (табл. 27).

Аналогичные поведенческие стратегии были выявлены в исследовании «Здоровье студентов», в котором участвовали студенты двух гродненских вузов – Гродненского государственного медицинского университета и Гродненского государственного университета имени Янки Купалы.

Анализ данных о *самооценке здоровья* студентов показал, что оценили собственное здоровье как хорошее только 31,8% девушек и 40,5% юношей. Большинство студентов посчитали свое здоровье удовлетворительным (57,1% девушек и 49,6% юношей). А 4,6% девушек и 3,3% юношей назвали свое здоровье плохим. Наиболее значимыми оказались гендерные различия в самооценках здоровья: юноши по сравнению с девушками оценивали свое здоровье как хорошее, девушки – чаще, чем юноши, как удовлетворительное.

Большая часть студентов указали, что *наиболее значимы для состояния здоровья* человека его собственные усилия (40,6% девушек и 37,2% юношей). Отметим в качестве самого важного фактора природную среду 24% девушек и 30,6% юношей, наследственность – 37,7 и 25,6%. Только 7,9% девушек и 4,2% юношей на первое место по силе влияния на здоровье поместили качество медицинского обслуживания.

Подавляющее большинство опрошенных (92,2% девушек и 77,7% юношей) ответили, что заботятся о своем здоровье.

Наибольшая доля респондентов отметили, что забота о здоровье вызвана желанием быть физически сильнее (26,7% девушек и 45,5% юношей), не отставать от подобных себе; 2-е место по частоте (23 и 16,5%) занял ответ «забота о здоровье вызвана его ухудшением»; 15,2% девушек и 16,5% юношей ответили, что заботятся о здоровье в результате воспитания. В среднем каждый десятый связывает заботу о здоровье с воздействием медицинской информации (14,3% девушек и 2,5% юношей). Отсутствие заботы о здоровье, недостаточную заботу о нем студенты прежде всего связывают с нехваткой силы воли (16,1% девушек и 9,1% юношей), нехваткой времени (13,4 и 10,7%), нежеланием в чем-либо себя ограничивать (1,8 и 13,2%). Большинство студентов (91,7% девушек и 83,5% юношей) указали, что человек должен всегда заботиться о своем здоровье.

На вопрос о том, что способствует достижению жизненного успеха в первую очередь, около половины студентов указали «здоровье». Следовательно, можно утверждать, что здоровьесберегающее поведение является социально одобряемым в студенческой среде. Остальные варианты ответов распределились в следующей последовательности: сила характера, способности, талант, удача, образование, материальный достаток, поддержка близких. В целом данный результат свидетельствует об активной жизненной позиции студенчества.

Анализ здоровьесберегающего поведения студентов вузов города Гродно показал, что около трети студентов безответственно относятся к *питанию* («ни в чем себя не ограничивают» 19,9% девушек и 51,2% юношей). Около 40,5% студентов избегают употребления некачественных продуктов, 26,9% – стараются не есть поздно вечером, 15,4% – ограничивают себя в количестве еды, 9,2% – избегают острой пищи, 7,8% – избегают мучного, 7,2% – избегают сладкого.

Поведение студентов в области питания имеет ярко выраженные гендерные различия. Юноши относятся к питанию более безответственно: более чем в 2 раза чаще «ни в чем себя не ограничивают», более чем в 2 раза реже избегают употребления некачественных продуктов (71,9% девушек и 33,1% юношей). Стараются не есть поздно вечером 38,2% девушек и только 6,4% юношей. Избегают острой пищи 12% девушек и 4,1% юношей, мучного – 11,5% девушек и менее 1% юношей, стараются не есть сладкого – 10,2% девушек и 1,7% юношей.

При покупке и употреблении продуктов питания «никогда» не обращают внимание на небезопасные добавки 16,1% девушек и 42,1% юношей. Интересуются энергетической ценностью продуктов около половины опрошенных: «часто» – 37,3% девушек и 12,4% юношей, более трети не делают этого «никогда» (25,3% девушек и 57% юношей). Сроки годности продуктов вызывают интерес у большинства студентов: «часто» обращают на это внимание 80,6% девушек и только 57% юношей, «никогда» не интересуются сроком годности 1,8% девушек и 10,7% юношей.

Используют дома *водоочистительный фильтр* немногим более половины опрошенных (58,1% девушек и 53,7% юношей). Делают это «всегда» 30,4% девушек и 17,4% юношей.

Курили на момент проведения исследования 15,7% студенток и 35,5% студентов. Юноши существенно впереди по интенсивности курения: выкуривают до 10 сигарет в день 13,8% девушек и 21,5% юношей; 10-20 сигарет – 1,8% девушек и 12,4% юношей. Преимущественный возраст начала курения у респондентов обоего пола – 15–18 лет.

Наиболее часто употребляемым студентами *спиртным напитком* является пиво. Доля студентов, считающих, что они часто пьют пиво в сравнении с употреблением остальных видов алкогольных напитков, составила 28,1% опрошенных. Одновременно процент никогда не употреблявших пиво студентов оказался минимальным в сравнении с не употребляющими другие виды алкогольных напитков (18,6%). Следует отметить, что проблема частого употребления пива более характерна для юношей: девушки отвечали, что употребляют пиво «часто» только в 17,1% случаев, юноши же – в 47,9%.

Сухие вина и шампанское студенты относят к редко употребляемым напиткам (78,4%). Доли не употребляющих и употребляющих крепкие напитки студентов оказались почти равными (около 43%). Редко употребляют студенты и такие виды алкогольных напитков, как домашние вина, настойки (50,9%), крепленые вина (31,7%).

Около 9,9% юношей и 5,5% девушек указали, что пробовали когда-либо *наркотики*. Только 2 человека (1%) положительно ответили на вопрос об употреблении наркотиков в момент проведения исследования. В то же время наличие знакомых, употребляющих наркотики, подтвердили 21,5% юношей и 17,1% девушек.

Занимаются физкультурой ежедневно юноши несколько чаще, чем девушки (13,2 и 7,4%), ещё 34,6% (независимо от пола) – делают это часто. Более половины ответили на данный вопрос «иногда» (47,9% юношей и 53,9% девушек) и «никогда» – 4,1% (независимо от пола). Таким образом, физическую активность студентов можно охарактеризовать как умеренную независимо от пола.

Эмоциональный фон студентов не имел ярко выраженных гендерных различий. Так, каждый десятый опрошенный независимо от пола никогда не конфликтует с окружающими. В то же время никогда не испытывают негативные *эмоции* только 6,6% юношей и 0,5% девушек. Частые конфликты отмечают независимо от пола 13,9%. Частые негативные эмоции – 21,5% юношей и 39,2% девушек.

Хорошее *настроение* – отличительная черта студенчества. Бывают в хорошем настроении часто 57,9% юношей и 66,4% девушек, ежедневно – 27,3 и 22,1%. Около 37,6% студентов независимо от пола ежедневно испытывают положительные эмоции, 51,5% испытывают их часто.

Не пытался самостоятельно получить *информацию по вопросам здоровья* каждый десятый опрошенный. Причем доля юношей среди них превысила долю девушек в 4 раза (19 против 4,6%).

Ранжирование вопросов относительно здоровья и его сохранения, по которым студенты искали информацию, показало, что наибольший интерес вызывало правильное питание (58% ответов). При детальном анализе выяснилось, что преобладание данного варианта ответа обусловлено высокой долей выбравших его девушек – 73,8% против 29,8% у юношей. У юношей на 1-м месте – интерес к психологии общения. На 2-м месте – психология общения у девушек и здоровый образ жизни у юношей. На 3-м месте – информация о

факторах риска для здоровья (гендерных различий нет). Наименее популярными ответами у девушек оказался вариант «о закаливании», у юношей – «об оздоровительной гимнастике».

Ответили, что им нужна та или иная дополнительная информация для улучшения здоровья, 53,9% девушек и 37,2% юношей. Не требуется такая информация 17,1% девушек и 36,4% юношей.

Более половины (57,1%) студентов, как юношей, так и девушек, ответили, что в их вузе имеется учебный предмет или спецкурс по проблемам здоровья. Почти четверть (23,1%) утверждают, что такого предмета нет. Каждый пятый затрудняется с ответом.

Поскольку около двух третей опрошенных студентов из Гродно составили будущие врачи, анализ вопросов о том, смогут ли студенты оказать первую медицинскую помощь в той или иной ситуации угрозы здоровью, по Гродненскому региону не проводился.

Одним из индикаторов состояния здоровья является частота *простудных заболеваний*. Отметим, что болеют простудными заболеваниями (грипп, ОРЗ) 6–8 раз в году только 6,9% девушек и 2,5% юношей. Почти столько же (2,8% девушек и 8,3% юношей) ответили, что вообще не болеют ОРЗ и гриппом. Большинство (74,9%) сталкиваются с острым респираторным заболеванием 1–2 раза в год, еще 14,2% болеют 3–5 раз в году (17,1% девушек и 9,1% юношей).

Большая часть девушек (46,5%) *обращаются к врачу* только тогда, когда в течение нескольких дней плохо себя чувствуют. Юноши же чаще обращаются «только в случае тяжелой болезни» (28,1% девушек и 34,7% юношей). К врачам по своей инициативе не обращаются, но проходят обязательные диспансерные наблюдения, осмотры 12,4% девушек и 21,5% юношей. Почти каждый десятый независимо от пола обращается к врачу только за справкой (больничным). Идут к врачу при малейшем недомогании 4,1% девушек и 1,7% юношей.

Около 7% опрошенных не предпринимают никаких *мер медицинской профилактики*. Большинство опрошенных отметили, что принимают витамины в зимне-весенний период (78,3% девушек и 62,8% юношей). Осуществляют меры профилактики в период эпидемии гриппа 48,5% девушек и 37,1% юношей; самостоятельно обращаются к врачу для прохождения профилактического осмотра каждая четвертая–пятая девушка и только 5% юношей; 29,6% девушек и 22,4% юношей предпринимают меры вторичной профилактики (предупреждение обострения хронического заболевания).

В Республике Беларусь не введена система обязательного медицинского страхования (ОМС). Потому удивительным оказалось, что 14,8% опрошенных (12,9% девушек и 18,2% юношей) положительно ответили на вопрос о наличии у них полиса для бесплатного медицинского обслуживания. Данный факт свидетельствует о незнании частью студентов основ организации здравоохранения в стране. Имеют полис добровольного медицинского страхования 11,1% девушек и 9,1% опрошенных юношей.

Каждая четвертая девушка и почти половина юношей не обращались в течение последнего года за бесплатной медицинской помощью. Треть опрошенных (41,5% девушек и 20,7% юношей) обращались к врачам за плату.

Полностью удовлетворены бесплатной медицинской помощью только 7,4% студентов, отчасти – 53,8%. Почти 22% ответили на вопрос отрицательно, около 15% затруднились с ответом. Гендерные различия статистически незначимы.

Причины недовольства бесплатной медицинской помощью оказались следующими. Большинство студентов (69,6%) недовольны большими очередями в медицинских

учреждениях, около 29,6% отмечают неудобный режим работы врачей, 24% – их невысокий уровень квалификации, 23,7% – невнимательность к пациентам (в единичных ответах – «врачи работают без желания», «врачи не заинтересованы в труде, его результатах», «хамство»). Почти 21% студентов указали, что не имеют возможности записаться к нужному специалисту, 21,6% не могут выбрать участкового терапевта по своему желанию, 20,3% утверждают, что нужного врача часто нет, 6,6% не всегда могут вызвать врача на дом. В графе «другое» ответы большей частью касались недостаточной материальной оснащённости учреждений здравоохранения: «государство уделяет мало внимания оснащению», «нехватка препаратов для качественного лечения», «только отечественные препараты», «нет лекарств», «нет современного оборудования», «невозможность проведения хорошего обследования».

На протяжении года, предшествовавшего сбору данных, обращались за *платной медицинской помощью* около 34% студентов. Назвали, какие именно услуги они получили, всего 15,2% опрошенных. Это диагностические процедуры – 7% (диагностика зрения, электрокардиография, ультразвуковое исследование, флюорография, энцефалография, компьютерная томография, рентгенография); 6,5% – стоматология; 1% – нетрадиционные методы лечения (иглорефлексотерапия); 1% – оформление санитарной книжки, прохождение водительской медкомиссии, получение справки. Обратиться за платной медицинской помощью студентов побудили следующие причины: необходимость помощи врача более высокой квалификации, «нужную услугу бесплатно не оказывают», «гарантия качества, хорошего отношения», «оборудование и профессионализм», «сервис», а также собственное желание пройти дополнительное обследование.

Полностью удовлетворены платной медицинской помощью 28,7% студентов, 40,8% – «отчасти». Затраты студентов на медицинскую помощь не имели статистически значимых гендерных различий и составили: менее 1000 рублей (в пересчете на денежные единицы РФ) – у 25,7% опрошенных, от 1001 до 2 500 – у 15,5%, от 2 501 до 5 000 рублей – у 5%.

Таким образом, мы получили несоответствие между долей указавших, какие именно виды медицинских услуг были получены в прошедшем году за плату (около 15,2%), и долей тех, кто назвал конкретную сумму, в которую им обошлась в том же году медицинская помощь (48,6%). Данный факт, по нашему мнению, может быть объяснен либо наличием неформальной, «теневой», оплаты непосредственно врачу, либо тем, что студенты отнесли к оплате медицинской помощи приобретение лекарств и средств медицинского назначения, например одноразового инструментария для осмотра.

Удовлетворены работой районной поликлиники 33,7% опрошенных, не удовлетворены – 30,5%; работой платной поликлиники – 43,5 и 4,1% соответственно; специализированной поликлиники – 30,5 и 10,1%. Более половины (53,6%) студентов удовлетворены работой стоматологической поликлиники, около 15,4% – не удовлетворены ею. Работа женской консультации вполне удовлетворяет 31,4% опрошенных девушек, не удовлетворяет 18,9%. Большинство опрошенных (около 61%) затрудняются оценить работу противотуберкулезного диспансера. Та же ситуация с психоневрологическим диспансером – 58% не могут оценить его работу. Доли довольных работой врача общей практики и тех, кто не может ее оценить, почти равны – 24,6 и 21,6% соответственно.

Почти две трети респондентов имели *сексуальные отношения* (65,5% девушек и 76% юношей). В период, когда был организован опрос, такие отношения были у 45,2% девушек и 58,2% юношей. Практически все сексуально активные студенты, как юноши, так и

девушки, ответили положительно на вопрос о том, пользуются ли они противозачаточными средствами. Около 36,1% используют презерватив, 9% – оральные контрацептивы, небольшая часть опрошенных используют вагинальные кольца, контрацептивные свечи, физиологический метод контрацепции, прерванный половой акт.

Те, кто не использует противозачаточные средства, в качестве причин неиспользования называют следующие: «были уверены в себе», «не захотели», «не было с собой», «хочу родить ребенка», «это вредно», «неудобно в использовании».

Нуждаются в дополнительной информации для улучшения сексуального здоровья 29,3% студентов (каждая третья девушка и каждый четвертый юноша). Немногим менее половины девушек и чуть более половины юношей ответили, что в подобной информации не нуждаются.

Поведение гродненских студентов в связи с обращением за медицинской помощью мы проанализировали в сравнении с аналогичным поведением минских студентов, принявших участие в исследовании (400 студентов дневной формы обучения всех курсов двух вузов столицы Республики Беларусь – Минска: Белорусского государственного педагогического университета им. М. Танка и Белорусского национального технического университета).

Большинство молодых людей из Минска рассматривают свое здоровье как удовлетворительное и хорошее. Причем девушки больше склоняются к характеристике «удовлетворительное» (55,1%), чем юноши (48,9%). А по оценке «хорошо» лидируют юноши (40,8%), по сравнению с девушками (29,9%). И первые, и вторые в подавляющем большинстве указали на то, что они заботятся о состоянии своего здоровья. И более того, они считают, что люди «всегда должны заботиться о своем здоровье». Наибольшая доля юношей объясняют это «желанием быть физически сильным» (44%), а девушки – «ухудшением собственного здоровья» (37,9%). При обоюдном согласии о важности, необходимости здоровья молодые люди, тем не менее, не связывают состояние здоровья с достижением жизненного успеха. Отдав «здоровью» лишь около 4%, большая часть опрошенных в качестве более важных составляющих выбрали «способности, талант» – 45,1% и 42,5% соответственно юноши и девушки, и «материальный достаток» - поровну (по 29,9%).

Среди студенческой молодежи большая часть не работает – 57,6% юношей и подавляющее большинство девушек – 70,2%. Временно не работают 12,5% юношей и 7,9% девушек. Характер труда у юношей связан с «умственной» и «умственной и физической» деятельностью – 35,9 и 35,3% соответственно, а у девушек – «в основном с умственной» (53,7%). «Физическим трудом» занимаются около 13% опрошенных юношей и только 2,3% девушек. Среди тех, кто работает, выбрали вариант ответа «не слишком устаю на работе» – 71,6% юношей и 57,1% девушек. Нервничать «часто» на работе приходится 16,8% юношей и 25% девушек, а «не часто» – 48,9% юношей и 35,6% девушек.

Эмоциональное самочувствие половины молодых людей характеризуется положительными эмоциями и хорошим настроением, которые они испытывают «часто». Хотя «иногда» бывает и «плохое настроение», и «негативные эмоции» как у тех, так и у других.

На вопрос анкеты о случае, когда молодые люди обращаются за медицинской помощью, большая часть юношей выбрали вариант ответа «только в случае тяжелой болезни» (43,2%), а девушки – «обращаюсь, когда в течение нескольких дней плохо себя чувствую» (43%). При этом большая часть опрошенных девушек и юношей отметили, что

гриппом и ОРВ болеют 1–2 раза в году (62,1 и 76,5% соответственно); 28% девушек указали еще один вариант ответа – «болею 3-5 раз в году».

Из предпринимаемых профилактических мер студенческая молодежь Минска вне зависимости от пола отметила вариант «принимаю витамины в зимне-осенний период» (56,7% юношей и 60,5% девушек). Физическая активность присутствует в жизни девушек «иногда» (61,7%), и это самый популярный вариант ответа, а в жизни юношей – практически в равных вариантах как «иногда» – 39,7%, так и «часто» (39,1%).

Молодые люди указали, что пытались самостоятельно получить информацию о правильном питании (67,3% девушек и 39,6% юношей). Литературой о здоровом образе жизни в большей степени интересовались юноши (18,7%), а девушки искали информацию о психологии общения (10,7%).

Результаты заинтересованности как юношей, так и девушек принципами правильного питания можно было оценить при ответах на соответствующие вопросы анкеты. Молодые люди чаще обращают внимание при покупке продуктов на срок годности, редко интересуются небезопасными добавками. Для девушек еще характерно как часто (34,6%), так и редко (35,0%) интересоваться информацией об энергетической ценности продуктов. Но в целом юноши чаще всего в вопросах питания ни в чем себя не ограничивают (47,0%), а девушки – избегают некачественных продуктов (28,2%).

Оказалось, что так же, как и гродненцы, столичные юноши обращаются за медицинской помощью преимущественно в случае тяжелой болезни (43,2%), а девушки – когда в течение нескольких дней плохо себя чувствуют (43%).

Минчане, как и гродненцы, болеют простудными заболеваниями в основном 1–2 раза в году (так ответили 62,1% юношей и 76,5% девушек столичных вузов). Как в Гродно, так и в Минске девушки переносят ОРЗ и грипп несколько чаще, чем юноши, причем доля девушек, болеющих 3–5 раз в год, оказалась среди минчанок почти в 2 раза выше, чем у студенток Гродно.

Из предпринимаемых профилактических мер среди студенческой молодежи и Минска, и Гродно вне зависимости от пола наиболее популярным оказался вариант «принимаю витамины в зимне-осенний период» (56,7% юношей и 60,5% девушек).

Студенты Гродно несколько реже болеют и проявляют большую профилактическую активность. Вероятно, данный факт обусловлен тем, что в выборку по Гродненскому региону вошли будущие врачи.

В Минске обращались за бесплатной медицинской помощью в течение последнего года 82,6% студенток и 65,4% студентов. Рынок платных медицинских услуг в Минске представлен значительно шире, чем в Гродно. Четверть студентов и почти половина студенток столичных вузов обратились в течение последнего года к врачам за плату (в Гродно – около трети всех студентов). При этом оказались «отчасти» удовлетворенными медицинской помощью, оказываемой за плату, 46,1% студентов-юношей и 43,2% девушек, среди последних «полностью удовлетворенных» оказалось 43,8%.

Оценки удовлетворенности как платной, так и бесплатной медицинской помощью не имели значимых различий.

Бесплатная медицина, хотя и не «удовлетворяет полностью» подавляющее большинство юношей и девушек, все же оказывается более предпочтительной. При этом юношей больше всего в бесплатной медицине не устраивают «большие очереди» (42,6%) и «неудобный режим работы врачей» (23,9%). Девушки указали в качестве недостатков

бесплатной медицины: «большие очереди» (24,8%), «нет возможности записаться к нужному специалисту» (22,4%), «невысокий уровень квалификации врачей» (21,4%). Может быть, в связи с этими трудностями четверть парней и почти половина девушек были вынуждены обращаться к врачам за плату.

В вопросах, касающихся работы многочисленных медицинских учреждений (районной поликлиники, диспансеров, частных врачей и т.д.), в большей степени приемлемой, по мнению молодых людей, оказалась работа стоматологической поликлиники – на это указала половина юношей и девушек (50,4%). К платному стоматологу обращались 4,3% юношей и 6,9% девушек, кроме этого девушки еще оплачивали услугу УЗИ (3,7%). Самая распространенная сумма, потраченная на платные медицинские услуги за прошедший год, у юношей составила 1000 российских рублей (6%), а у девушек диапазон шире: от 300 до 3 000 рублей. Общие тенденции обращения за медицинской помощью у опрошенных студентов Гродно и Минска оказались достаточно схожими.

Вредные привычки не характерны для большинства молодых людей Минска. Не курят 66,7% юношей и 74,3% девушек. Наиболее распространенным алкогольным напитком в среде молодежи является пиво, часто его употребляют 40,2% юношей и 14,8% девушек. Указывая на частоту потребления других алкогольных напитков, в отношении сухих вин, шампанского вариант ответа «редко» выбрали 70,2% юношей и 81,1% девушек; крепких напитков – 61,2% юношей (большинство девушек их вообще не употребляют – 54,3%); домашнего вина – 42,2 и 50,2% соответственно.

Наркотики молодые люди, за исключением 4,3% юношей, не употребляют вообще. Не пробовали наркотики подавляющее большинство девушек (94,4%) и юношей (84,0%).

В сексуальные отношения вступали большинство девушек (73,4%) и юношей (84,7%). При этом противозачаточными средствами пользовались 74,7% юношей и половина девушек – 52,6%. В качестве самых распространенных причин неиспользования противозачаточных средств и те, и другие указывали: «был(а) уверен(а) в себе» и «не захотели». В потребности какой-либо информации для улучшения сексуального здоровья признались только 35,8% девушек и 29,6% юношей. Самым популярным ответом на этот вопрос был отказ от какой-либо информации.

Что касается потребности в информации для улучшения собственного здоровья, то в ней заинтересованы больше половины девушек и почти половина юношей Минска. На вопрос анкеты «Есть ли у вас в вузе предмет по проблемам здоровья?» большинство молодых людей ответили утвердительно. В блоке вопросов, цель которых – выяснить способность молодых людей оказать необходимую медицинскую помощь, имеются следующие распределения ответов. На вопрос анкеты «Сможете ли вы оказать медпомощь пораженному электротоком?» половина юношей ответили утвердительно, 20% признались в своей неспособности оказать подобную медицинскую помощь и практически треть (28,3%) не смогли ответить на этот вопрос определенно. Среди девушек только 35,6% выбрали вариант ответа «да», 19,9% ответили отрицательно и большинство затруднились ответить на вопрос (44%). На вопрос «Сможете ли вы оказать медпомощь получившему сотрясение мозга?» утвердительно ответили немного меньше юношей – 41,8%, а девушек – 37,5%. Процентные доли юношей и девушек, затруднившихся ответить, очень близки – это 35,9 и 37% соответственно. Все остальные признались в своей неспособности оказать подобную медпомощь. Помочь тонувшему человеку смогут, по данным исследования, 69,6% юношей и только 42,6% девушек. Ответили на этот вопрос отрицательно 13,6% юношей и 32,9%

девушек. Помочь прохожему на улице в случае недомогания сможет подавляющее большинство юношей и девушек (60,9 и 71,8% соответственно), в этом вопросе впервые лидируют студентки. Также девушки чувствуют себя более способными оказать помощь при отравлении (78,2% против 58,2% у юношей). И только 5,6% девушек ответили на данный вопрос отрицательно, в то время как юношей, ответивших подобным образом, было 14,1%. При переломе большая часть юношей (64,7%) и девушек (58,8%) смогут оказать медпомощь пострадавшему. Практически в равной степени молодые люди затруднились ответить на вопрос, смогут ли они помочь при сердечной недостаточности (44,6% юношей и 43,1% девушек). Однако ответ «да» выбрало больше девушек (25,5%), чем юношей (17,9%). Все остальные, а это около трети в каждой группе, выбрали вариант ответа «нет». И при ожоге помощь смогут оказать практически в равной степени как юноши (64,7%), так и девушки (66,7%), подобное единодушие молодые люди продемонстрировали и при выборе варианта ответа «трудно сказать» (22,8% – юноши и 23,1% – девушки).

Таким образом, можно сделать вывод, что гендерный признак является определяющим в вопросах, касающихся отношения к здоровью молодых людей Минска по таким параметрам, как: самооценка здоровья; совмещение работы с учебой, потребность в информации о здоровье, потребление продуктов питания, обращение за медицинской помощью, употребление алкоголя, оказание медицинской помощи пострадавшим.

Характеризуя опрошенных *юношей*, можно сказать, что большинство из них оценивают свое здоровье как хорошее. Считают, что заботиться о здоровье важно в связи с желанием быть физически сильным. Это молодые люди, совмещающие свою учебу с работой, на которой не слишком устают. Они часто испытывают положительные эмоции и пребывают в хорошем настроении. Медицинская помощь для юношей–студентов существует в основном как бесплатная, поскольку именно к такой медицинской помощи обращалось большинство. Хотя она имеет свои недостатки в виде очередей и неудобного графика работы врачей. Если учесть, что юноши учатся и работают, то понятно, что к врачам им попасть труднее. Поэтому обращаются они к врачу только в случае тяжелой болезни, при этом гриппом и ОРВ болеют преимущественно 1–2 раза в год. Молодые люди самостоятельно пытались получить информацию о правильном питании и здоровом образе жизни, хотя сами признались, что в еде стараются себя не ограничивать. Следовательно, это важная информация для юношей, которые в большинстве своем проявляют заботу о своем здоровье, не курят, наркотики не употребляют, а алкогольные напитки (крепкие напитки и сухие вина) употребляет в основном «иногда». Исключение составляет пиво, в частом употреблении которого признались меньше половины юношей. Что касается помощи пострадавшему, то минские юноши способны оказать такую помощь, если речь идет о поражении электротоком, сотрясении мозга, переломе, ожоге и если человек тонет.

Характеризуя опрошенных *девушек*, следует отметить, что большая их часть оценивают свое здоровье как удовлетворительное. Поэтому они считают важным всегда заботиться о своем здоровье, и особенно в случае, когда наблюдается ухудшение здоровья. Больше половины девушек не работают, отличаются хорошим настроением и положительными эмоциями. За медицинской помощью обращаются в случае, если в течение нескольких дней плохо себя чувствуют, а гриппом и ОРВ болеют от 1 до 5 раз в году. В своем большинстве девушки обращаются к врачам за бесплатной помощью, хотя их тоже многое не устраивает: большие очереди, отсутствие возможности записаться к нужным врачам, низкий уровень их квалификации. И если рассматривать удовлетворенность девушек

работой платной медицины, к которой половина из них обращается, то этой работой они полностью удовлетворены. Студентки указали, что самостоятельно занимались поиском литературы, посвященной правильному питанию. Этот аспект здорового образа жизни вызывает у девушек повышенный интерес. Они ограничивают себя в еде, следят за энергетической ценностью и качеством продуктов. Кроме того, девушки отметили потребность в информации о психологии общения. Что касается вредных привычек, то ответы девушек рисуют более отрадную картину, чем ответы юношей по всем параметрам. В подавляющем большинстве девушки не курят, не употребляют наркотики, иногда пьют сухие вина, шампанское, домашние настойки. Оказать медпомощь девушки способны, если человеку на улице станет плохо, при отравлении, при сердечной недостаточности, при ожоге.

Что касается потребности студентов в информации для улучшения своего здоровья, то анализ ответов на этот вопрос показал неоднозначность взглядов молодых людей. С одной стороны, количество тех, кому такая информация, нужна и тех, кто отметил вариант «не нужна», не слишком отличается. Но с другой стороны, вариант «затрудняюсь ответить» оказался достаточно значимым. Девушки в большей степени, чем юноши, не смогли ответить однозначно. Рассмотрим три группы молодых людей: две, разделенные по критерию «нужна/не нужна» им информация для улучшения здоровья, и третья – те, кто затруднился ответить. Мнения представителей каждой группы представлены в виде таблицы. (табл.28)

Респонденты, указавшие на потребность в информации о здоровье, составили 1-ю группу «заинтересованных в информации». Мнения и поведение студентов этой группы в большей степени, чем других групп, отвечают принципам здорового образа жизни.

Респонденты 2-й группы – «незаинтересованные в информации» – не нуждаются в информации для улучшения своего здоровья не потому, что уже ею располагают, а потому, что эти молодые люди в меньшей степени проявляют заботу о здоровье вообще. Это видно по ответам на вопросы «Всегда ли человек должен заботиться о своем здоровье?», «Какие профилактические меры Вы предпринимаете?», «Прибегаете ли Вы к ограничениям в питании?».

3-я группа – «неопределившиеся» респонденты, которой могут примкнуть как к первым, так и ко вторым. Молодежь рассматриваемой группы менее всего заботится о здоровье, к врачу обращается только в случае тяжелой болезни, больше курит, меньше болеет гриппом, интересуется правилами питания, принимает витамины в качестве профилактики. Представители этой группы противоречивы в своем поведении по отношению к собственному здоровью. И задача состоит в том, чтобы убедить их интересоваться этими вопросами.

Влияние потребности в информации для улучшения здоровья на самосохранительное поведение (%)

	Информация о здоровье нужна	Информация о здоровье не нужна	Затруднились с ответом
Оценивают свое здоровье как положительное	56,3	51,6	45,6
Заботятся о своем здоровье	90,1	82,8	21,1
Человек всегда должен заботиться о своем здоровье	93,9	77,4	92,2
Жизненному успеху в первую очередь способствуют способности, талант	46,9	40,9	40,0
Не работают в настоящее время	66,2	64,5	60,0
Ограничивают себя в питании тем, что избегают некачественных продуктов	27,7	-	-
Ни в чем себя не ограничивают в питании	-	41,9	32,2
Не курят	71,4	73,1	67,8
Редко употребляют пиво	51,2	38,7	48,9
Иногда занимаются физкультурой	50,2	55,9	51,5
Пытались получить информацию о правильном питании	62,0	40,9	52,2
Болеют гриппом 1-2 раза в год	71,4	65,6	64,4
В качестве профилактики заболеваний принимают витамины	54,5	14,0	60,0
Обращаются за медицинской помощью, когда несколько дней себя плохо чувствуют	40,4	-	-
Обращаются за медицинской помощью в случае тяжелой болезни	-	45,2	40,0
Не обращались ко врачу за плату	53,5	69,9	60,0
Отчасти удовлетворены бесплатной медициной	52,1	49,5	45,6
Отчасти удовлетворены платной медициной	37,1	37,6	42,2

Поскольку большинство респондентов (59,8% юношей и 60,7% девушек) ответили, что в их вузе есть предмет, посвященный улучшению здоровья, и в то же время они нуждаются в информации для улучшения собственного здоровья, то напрашивается вывод о том, что белорусский вариант курса «Валеология», (а чаще всего именно так называется образовательный курс) еще не совершенен и не отвечает потребностям молодых людей. В существующем курсе основное внимание сосредоточено на гигиене умственного и физического труда, гигиене питания, физической культуре и спорте, профилактике венерических заболеваний и ВИЧ-инфекции и т.д. Видимо, этого недостаточно. Специалисты оценивают курс «Валеология» неоднозначно. Валеология в настоящее время рассматривается как научно-педагогическая дисциплина о формировании резервов биологической и социальной адаптации человека, о потенциях физических и духовных сил человека, как научная основа здорового образа жизни. По мнению академика РАМН В.П. Казначеева, возникновение валеологии – это прорыв российского интеллекта в науках о здоровье.

Очевидно, имеет смысл доработать существующий курс с учетом потребностей, интересов, уровня грамотности молодых людей с целью убедить студентов в необходимости и возможности улучшать и сохранять свое здоровье.

Интересно, но студенты, проживающие не в столице, а в областном центре Республики Беларусь – городе Гродно, также одновременно как отметили потребность в предмете, посвященном улучшению здоровья, так и затруднились ответить на этот вопрос. Юноши практически в равных процентных соотношениях (37,2 и 36,4%) отметили, что им «нужна /не нужна» информация для улучшения собственного здоровья, а вот девушек, которым такая информация все же нужна, оказалось больше (53,9%). Треть опрошенной молодежи Гродно затруднилась ответить на этот вопрос, что подтверждает сделанный ранее вывод: курс в вузах читается, но потребность в информации по данному вопросу полностью не снимается.

Если рассмотреть эти же вопросы применительно ко всем регионам, которые принимали участие в исследовании, то получается следующее: 47% респондентов заинтересованы в информации для улучшения собственного здоровья и 21,9% пока затрудняются ответить на этот вопрос. Соединив эти цифры, получаем, что подавляющее большинство студентов России и Белоруссии скорее нуждаются в данной информации. Причем не у всех студентов такой курс в вузе существует. Только 36,8% опрошенных на этот вопрос ответили утвердительно. Следовательно, это проблема не региональная. Потребность в таком предмете очевидна, как, в принципе, и проблемы с ним связанные, которые не названы студентами, но выявляются на основании анализа всей ранее полученной информации. Это недостаточная эффективность существующего курса, недостаточная проработанность читаемых тем, затрагиваемых проблем, оторванность от конкретной аудитории, неиспользование современных способов подачи информации, отсутствие наглядной раздаточной литературы и т.д.

И, в заключение, делая общий вывод, следует сказать о том, что поведенческие факторы – факторы образа жизни – являются основными причинами риска здоровья подростков и молодежи [57]. Поэтому проблема здоровьесберегающего поведения молодежи становится всё более актуальной для Белоруссии. Формирование культуры здоровья как базиса гармоничного развития общества обосновывается в работах белорусских ученых [58],

которые предлагают меры по формированию здоровьесберегающего поведения, актуализации ценности здоровья [59; 60], обучение здоровому образу жизни [61; 62].

Белорусские студенты, как и студенты других регионов, на сегодняшний день отличаются ростом внимания к вопросам здорового образа жизни. И если уже об этом задумывается социальная группа, которая отличается молодостью, позитивом и нечастым соприкосновением с системой здравоохранения, то, действительно, данная тема прочно вошла в общественное сознание, что требует и дальше ее развивать, расширять, углублять.

5.7 Сравнительный анализ отношения к здоровью столичных студентов – Москвы и Минска

Распространение в России рыночных отношений и внезапно разразившийся мировой финансовый кризис спровоцировали ухудшение всех показателей здоровья трудоспособного населения, в том числе и молодежи. В современных условиях социальной, экономической и политической нестабильности студенчество испытывает наибольшее отрицательное воздействие со стороны окружающей среды, так как его физическое становление совпадает с периодом адаптации к новым условиям жизни и обучения. Кроме того, студенты подвержены чрезмерным умственным нагрузкам. Многие исследователи, изучающие здоровье этой социальной группы, отмечают высокие показатели заболеваемости среди учащихся высшей школы, распространение вредных привычек в студенческой среде, а также недостаточный уровень гигиенического воспитания. Очевидно, что описанная ситуация типична для всей РФ, но все же наблюдается региональная специфика. Особенно это касается Москвы как города, имеющего статус столицы России, в котором живет и учится многотысячное студенческое сообщество.

Напомним, что в настоящем исследовании «Здоровье студентов» приняли участие и студенты из столицы Белоруссии – Минска. Исследование в Москве и Минске проводилось по единой методике. С целью получения качественной и разнообразной информации по наиболее важным аспектам изучаемой проблемы анализ здоровья московских студентов проводился в сравнении с данными, представленными белорусскими исследователями.

Всего в Москве было опрошено 489 человек. В исследовании приняли участие студенты Московского государственного текстильного университета им. А.Н. Косыгина, Института социальной инженерии Московского государственного университета дизайна и технологий, Российского государственного университета туризма и сервиса, Российского государственного университета гуманитарных наук. В Минске всего было опрошено 400 представителей студенческой молодежи из двух вузов: Белорусского государственного педагогического университета им. М. Танка и Белорусского национального технического университета. Оба массива были стратифицированы по полу, возрасту, платной/ бесплатной форме обучения, профильной специальности вуза и доходу студентов.

Опрос был начат с выявления *субъективной оценки (самооценки) состояния своего здоровья* студентами. Согласно полученным данным большая часть респондентов в Москве оценила свое здоровье как хорошее (46,7%). Удовлетворительную оценку состоянию своего здоровья дали 40,7% опрошенных учащихся высшей школы Москвы. В откровенно плохом самочувствии признались 4,5% студентов. В Минске 52,5% студентов, т.е. более половины, поставили своему здоровью оценку «удовлетворительно». Хорошим самочувствием там отличается только каждый третий учащийся вуза. В гендерном аспекте в обеих столицах сохраняются те же пропорции. Большая часть опрошенных российских юношей и девушек

считают свое здоровье хорошим (48,2 и 47,4% соответственно). Удовлетворительным его признали 40,4% московских студентов и 44,1% московских студенток. В Минске и среди юношей, и среди девушек преобладают респонденты, оценившие свое здоровье как удовлетворительное (табл. 29).

Таблица 29

Самооценка здоровья студентами Минска и Москвы (по полу, %)

Состояние здоровья	Москва		Всего	Минск		Всего
	юноши	девушки		юноши	девушки	
Хорошее	48,2	47,4	46,7	40,8	29,6	34,8
Удовлетворительное	40,4	44,2	40,7	48,9	55,6	52,5
Плохое	5,7	2,7	4,5	2,7	5,6	4,3
Затрудняюсь ответить	5,7	5,7	8,1	7,6	9,2	8,4

Тем не менее, несмотря на более низкую субъективную оценку своего здоровья по сравнению с москвичами, число минских студентов, заботящихся о своем здоровье, приблизительно на 8 % превышает число таких студентов в Москве (77,7% в Москве и 86,3% в Минске). Не проявляют о себе заботу в плане здоровья в Москве 21,8% респондентов, а в Минске – 13,5%. Среди заботящихся о своем здоровье московских респондентов девушек на 13% больше, чем юношей (82,7 и 69,9% соответственно). В Минске эта разница составляет приблизительно 7%. В возрастном отношении больших различий между теми российскими студентами, кто следит за своим здоровьем, и кто, наоборот, не следит, не обнаружилось. Проявляющих заботу о своем самочувствии среди студентов–старшекурсников примерно на 7% больше, чем среди учащихся 1–2-х курсов.

Данные исследования показали, что основной причиной, которая заставляет учащихся вузов российской столицы заботиться о своем здоровье, является «ухудшение здоровья». На это указали 31,5% опрошенных студентов. «Желание быть физически сильнее» заняло 2-е место в этом рейтинге (24,8%). На 3-е место по значимости респонденты поставили «воспитание» (15,3%). В Минске основными стимулами заботы о здоровье у учащейся молодежи являются те же самые причины, но «желание быть физически сильнее» выходит на 1-е место. Предпочтение этой альтернативе отдали 33,7% респондентов (табл. 30).

Причины заботы о здоровье у студентов Москвы и Минска (%)

Причины	Москва	Минск
Воспитание	15,3	21,1
Влияние и пример окружающих людей	7,1	6,3
Воздействие медицинской информации	6,5	3,6
Ухудшение здоровья	31,5	29,3
Требования родных и друзей	3,4	2,7
Желание быть физически сильнее	24,8	33,7

Среди факторов, которые отрицательно влияют на желание заботиться о своем здоровье, учащиеся вузов и в Москве, и в Минске выделили «нехватку времени» (22,4 и 22,9% соответственно), «слабую силу воли» (17,1 и 24,2%), «отсутствие желания в чем-либо себя ограничивать» (14,3 и 8,5%), и «никакие заботы не гарантируют хорошее здоровье» (10,2 и 11,7%).

Почти 80% респондентов москвичей и 90% минских студентов, принявших участие в исследовании, уверены, что заботиться о своем здоровье необходимо всегда. В Москве такую точку зрения высказали на 10% девушек больше, чем юношей. В Минске разница между заботящимися о здоровье девушками и юношами составляет 8% в пользу девушек. По числу респондентов, пассивно относящихся к своему здоровью и считающих, что человек должен проявлять заботу о здоровье только тогда, когда он болен, первенство держит российская столица. Здесь такого мнения придерживается приблизительно каждый четырнадцатый опрошенный (7,1%), а в Минске только каждый пятидесятый респондент (2,3%).

В ходе опроса выяснилось, что свыше половины московских респондентов (51,2%) предпочитают обращаться в платные клиники в надежде получить более качественное обслуживание. Девушек среди них на 16% больше, чем юношей (57,7 и 41,5% соответственно). Только 7,7% московских студентов, получивших платную медпомощь, были совсем ею не удовлетворены. Основная же масса качеством платного медобслуживания довольна отчасти (54,4%) или полностью (36%).

Среди тех, кто посещал бесплатные клиники (их оказалось 48,7%) соотношение удовлетворенных и неудовлетворенных оказалось противоположным. Выяснилось, что большая часть таких студентов в Москве полученным лечением совсем не довольна (39,4%) или довольна только отчасти (34,2%). Не имеет никаких претензий к бесплатному медицинскому обслуживанию лишь 11,2% респондентов. Проведенный анализ данных показал, что юноши более непритязательны к медобслуживанию. Среди удовлетворенных и

платной и бесплатной медицинской помощью их оказалось примерно на 10% больше, чем девушек.

В Белоруссии в отличие от России преобладает государственный сектор здравоохранения. В 2008 году законодательно установлена структура здравоохранения: организации государственной формы собственности и негосударственные организации. Приватизация государственных организаций здравоохранения не предусмотрена. Негосударственный сектор представлен, прежде всего, аптеками, медицинскими центрами по оказанию стоматологических и косметологических услуг. Поэтому бесплатная медицина для минских студентов оказалась предпочтительной. За бесплатной медицинской помощью к врачам обращались в два раза больше респондентов, чем за платной (74,7 и 37,4% респондентов соответственно). Бесплатно лечились 65,4% юношей и 82,8% девушек. При этом юношей в бесплатной медицине не устраивают «большие очереди» (42,6%) и «неудобный режим работы врачей» (23,9%). Для девушек неприемлемы «большие очереди» (24,8%), отсутствие «возможности записаться к нужному специалисту» (22,4%) и «невысокий уровень квалификации врачей» (21,4%). Услугами бесплатной медицины отчасти доволен каждый второй опрошенный и совсем не доволен каждый третий. Платная медпомощь полностью устраивает 38,9% опрошенных минских студентов, 44,4% – довольны ею отчасти, а 4,3% – не довольны совсем.

К актуальным вопросам, которые задавались студентам, можно отнести вопрос о том, как часто они болеют гриппом и ОРВИ. Оказалось, что удельный вес московских и минских студентов, болеющих гриппом и ОРВИ, а также частота их подверженности этим недугам, практически одинаковы. Учитывая схожесть климата, такую ситуацию можно считать вполне естественной. Примерно 70% респондентов этим заболеваниями подвержены 1–2 раза в году. От 3 до 5 раз в год этим недугом страдают приблизительно 19% студентов, а 6–8 раз в году простывают и заражаются гриппом около 4%. Не болеют никогда 7,2% респондентов в Москве и 8,3% в Минске.

Не менее злободневной является тема вредных привычек в студенческой среде. Данные исследования показали, что общее число курильщиков среди опрошенных студентов и в Москве, и в Минске составляет примерно 30%. Не курят около 70% респондентов. Анализ московского массива опрошенных по возрастным характеристикам помог обнаружить, что к 5 – 6-м курсам курящих студентов становится меньше, а наибольшее число курильщиков – на 3 – 4-х курсах (26,1% – 1 – 2-е курсы; 33% – 3 – 4-е курсы; 21,2% – 5 – 6-е курсы). К табакозависимым среди девушек обеих столиц можно отнести каждую четвертую студентку, среди юношей каждый третий страдает этой пагубной привычкой и в Москве, и в Минске. До 10 сигарет в день выкуривают половина курящих респондентов в российской столице. В Минске число неинтенсивных курильщиков-студентов составляет 68,7%. От 10 до 20 сигарет в день употребляют 39,5% курильщиков в Москве и 28,7% в Минске. К активным потребителям никотина, которые выкуривают более пачки сигарет в сутки, отнесли себя в Москве 19,1% пристрастившихся к табаку, т.е. почти каждый 5-й респондент. Все они являются представителями мужской страты. В столице союзного государства – Минске количество интенсивных курильщиков не столь велико – 5,3% от общего числа опрошенных курящих студентов, что почти в 3,6 раза меньше, чем в Москве. Соотношение между выкуривающими более 20 сигарет в день белорусскими юношами и девушками составляет приблизительно 2:1 (табл. 31).

Таблица 31

Интенсивность курения студентов Москвы и Минска (по полу, %)

Сколько сигарет в день Вы выкуриваете?	Москва		Минск	
	юноши	девушки	юноши	девушки
До 10 сигарет	38,3	64,4	59,1	79,6
10-20 сигарет	42,6	35,6	39,3	16,7
Более 20 сигарет	19,1	0	1,6	3,7

Что касается спиртных напитков, то наиболее часто употребляемым российскими и белорусскими столичными студентами напитком является пиво. В Москве 23,4% респондентов ответили, что пьют его часто, в Минске – 26,8%. Самые активные любители пива в московских вузах учатся на 3–4-х курсах (24,6%). Меньше его употребляют на 1–2-х курсах (21,8%). На старших курсах число употребляющих пиво «почти каждый день» сокращается приблизительно в 2 раза. Любителей пива среди юношей-москвичей в 2 раза больше, чем среди девушек-москвичек (33,3 и 16,5 % соответственно). На 2-м месте среди употребляемых алкогольных напитков в студенческой среде обеих столиц находятся сухие вина и шампанское (часто пьют 8,6% респондентов в Москве и 6,4% в Минске) и крепкие напитки (6,9 и 6,6% соответственно). Крепленые вина для частого употребления выбрали 2,9% опрошенных студентов в Москве и 1% в Минске. Возможно, что тенденция к уменьшению с возрастом числа потенциальных любителей пива, впрочем, как и заядлых курильщиков, в среде московских студентов связана с желанием старшекурсников заботиться о своем здоровье. На 5–6-м курсах студентов, заботящихся о своем самочувствии, на 7% больше, чем на 1–2-х курсах (81,8 и 74,2% соответственно), и почти на 3% больше, чем на 3–4-х курсах (81,8 и 79,2% соответственно).

На вопрос «Пробовали ли Вы наркотики?» положительный ответ дали 16,3% респондентов в Москве и 10,9% в Минске. Признались, что употребляют наркотики (скорее всего легкие) сейчас, приблизительно по 2% московских и минских студентов. Для уточнения полученной информации был задан вопрос «Есть ли среди Ваших знакомых те, кто употребляет наркотики?». Положительно на него ответили каждый третий респондент – москвич и каждый пятый респондент из Минска. Полагая, что среди знакомых у каждого студента больше тех, кто так же принадлежит к студенческой среде, можно сделать вывод, что процент употребляющих в настоящее время наркотики в высшей школе обеих столиц больше. Скорее всего, его можно повысить на 10–15% от указанного числа. В этом случае истинная цифра наркоманов среди студентов составит 15–17% от опрошенных.

Вредные привычки, которые, к сожалению, прочно укоренились среди учащихся как московских, так и минских вузов, относятся к факторам, формирующим самосохранительное поведение студентов. Напомним, что самосохранительное поведение – это система действий и отношений, опосредующих здоровье и продолжительность жизни индивида. Самосохранительное поведение человека определяется, прежде всего, тем, как он оценивает влияние на сохранение своего здоровья такого субъективного фактора, как «усилия самого человека». В ходе опроса респондентам задавался вопрос о том, насколько сильно влияет, по их мнению, воздействие природной среды, вредных привычек, наследственности, медицинского обслуживания, усилий самого человека на их собственное здоровье и на здоровье личности вообще. Оказалось, что фактор «усилия самого человека» респонденты поставили в этой иерархии по важности на 2-е место после «условий жизни». Следовательно, респонденты этому фактору в формировании здоровья индивида и его самосохранительного поведения отводят менее значимую роль, чем объективной стороне социальной реальности.

Важным аспектом в формировании положительной установки на заботу о здоровье является введение в достаточном объеме в вузовскую учебную программу специальных дисциплин (например, валеологии, экологии, ОБЖ, социологии здоровья, медицины и т.д.). Более половины (51,2%) опрошенных студентов города Москвы отметили, что в их вузе таких дисциплин нет. К этой группе респондентов, по-видимому, можно отнести и 9% затруднившихся ответить. Положительный ответ дали 39,8% учащихся московских вузов. Большинство белорусских студентов (59,8% юношей и 60,7% девушек), напротив, подтвердили наличие в учебной программе своего высшего учебного заведения предмета, обучающего основам здорового образа жизни и формирующего установку на положительное самосохранительное поведение.

Итак, сравнение отношения к здоровью студентов Москвы и Минска позволяет сделать некоторые выводы:

- среди московских студентов преобладают считающие свое здоровье «хорошим», а более половины минчан оценивают самочувствие как «удовлетворительное»;
- основными причинами, побуждающими молодых людей заботиться о здоровье, являются «ухудшение здоровья» и «желание быть физически сильнее»;
- студенты обеих столиц считают, что в наибольшей степени на здоровье влияют «условия жизни» (внешний фактор), а не «усилия самого человека».
- в самосохранительном поведении студентов обоих городов значительное место занимают негативные виды поведения (курение, употребления алкоголя, наркотиков). Степень их распространения среди студентов Минска и Москвы примерно одинакова. Исключение составляют заядлые курильщики - в Минске доля выкуривающих более пачки сигарет в день примерно в 3,6 раза меньше, чем в Москве;
- в вузах Минска ситуация с наличием предметов, обучающих навыкам здоровья и здорового образа жизни, лучше, чем в московских вузах.

Примечания

1. Отношение населения к здоровью / Отв. ред. И.В. Журавлева М.: ИС РАН, 1993; Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества М.: Наука, 2006; Назарова И.Б. Здоровье занятого населения М.: МАКС Пресс, 2007.
2. Ларионова И.С. Философия здоровья М.: Гардарики, 2007.
3. Беляева Л.А. Социологический портрет возрастных когорт в постсоветской России // Социологические исследования. 2004. №10.
4. Слуцкий Е.Г. Молодежь как предмет исследования человеческого потенциала России и ее регионов СПб.: ИРЭ РАН, НАЮ, 2000. С. 3
5. Мурманская область (социальный портрет-описание). URL:<http://atlas.socpol.ru/portraits/murm.shtml>
6. Мальцев С.В., Файзуллина Р.А., Архипова Н.Н., Зарипова Р.Т. Актуальные проблемы подростковой медицины // Казанский медицинский журнал. 2005. № 2. С.154–156.
7. Чередниченко Г.А. Молодежь России: социальные ориентации и жизненные пути (Опыт социологического исследования). СПб: Изд-во РХГИ, 2004. С.8.
8. Димов В.М. Здоровье как социальная проблема // Социогуманитарные знания. 1999. № 6. С. 181.
9. Зобов Р.А., Келасьев В.Н. Человечествознание: самореализация СПб.: Изд-во СПбГУ, 2008. С.133.
10. Цветкова Л.А., Гурвич И.Н., Русакова М.М. Технологии разработки и совершенствования молодежных социальных проектов и программ по формированию здорового образа жизни в студенческой среде: Учебно-методическое пособие СПб.: Изд-во СПбГУ, 2005. С. 4.
11. Первова И.Л. Социальная компетентность: противодействие аддикции // Молодежь – позитивная сила развития российского общества: Материалы Всероссийской научно-практической конференции / Под ред. А.А. Козлова. СПб., 2009. С.203.
12. Гурвич И.Н., Цветкова Л.А., Щур Н.В. Наркопотребление в студенческой среде: поведенческие особенности // Журнал социологии и социальной антропологии. 2004. Т.7. №1. С. 104.
13. Кирилюк О.Г. Социальная ценность здорового образа жизни студенческой молодежи в современном российском обществе: Автореф. дис. ... канд. социол. наук. Пенза: 2007. С. 12
14. Новоян А.В. Формирование самосохранительного поведения студентов в процессе профессиональной психолого-педагогической подготовки: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. Калининград: 2007. С. 14.
15. Устав Мурманской области. URL: <http://www.gov-murman.ru/legal/charter/>
16. Положение об управлении по делам молодежи Мурманской области. URL: <http://www.fadm.gov.ru/regionmain/region53/news/polozenie.php>
17. 2009 – Год молодежи в Мурманской области. URL: <http://www.gov-murman.ru/yy2009/#1>
18. Региональный комплекс социальной рекламной кампании, реализуемой на территории Северо-Западного Федерального округа РФ. URL: http://www.nssi.ru/html/docs_main/regcomplex.html

19. *Слюсарянский М.А.* Методология социального поведения и его регуляция // Социология . 2007. №1.
20. *Каиуркина С.С.* Самоохранительное поведение детей и молодежи в современном российском обществе: Дис. ... канд. социол. наук. Казань, 2006.
21. *Волкова М.Б.* Здравоохранительное поведение населения в условиях российских социально-экономических трансформаций: Автореф. дис. ... канд.социол.наук. Саратов, 2005.
22. *Лисицын Ю.П.* Общественное здоровье и здравоохранение. М., 2009.
23. *Решетников А.В.* Социология медицины. М., 2002; *Ефименко С.А.* Риски и рисковое поведение пациентов в сфере здоровья // Социология медицины. 2007. №1 (10).
24. *Журавлева И.В.* Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2006.
25. *Назарова И.Б.* Здоровье и самоохранительное поведение занятого населения России: Автореф. дис. ... д-ра. эконом. наук. М., 2002.
26. *Журавлева И.В.* Здоровье подростков: социологический анализ М.: ИС РАН, 2002.
27. *Юсупова М.М.* Социальные аспекты артериальной гипертензии в Чеченской Республике. // Артериальная гипертензия. 2009. №3. Т.15.
28. *Мухамедрахимова Л.В.* Состояние здоровья и отношение к нему студентов медицинских учебных заведений: Автореф. дис. ...канд.мед.наук. С.-Пб., 2004.
29. *Мухаметова Г.Р.* Медико-социальные проблемы образа жизни и здоровья студентов – будущих педагогов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2005.
30. *Камаев И.А., Поздеева Т.В.[и др].* Здоровье и образ жизни школьников, студентов и призывной молодежи: состояние, проблемы, пути решения. Н. Новгород, 2005.
31. *Абросимова М.Ю., Альбицкий В.Ю.[и др].* Здоровье молодежи. Казань: Медицина, 2007.
32. *Магомедов Б.А.* Социальная ситуация в Чеченской Республике в постконфликтный период: социологический анализ. М.,2006.
33. *Palosuo H., Zhuravleva I.[etc.]* Perceived Health, Health Related habits and Attitudes in Helsinki and Moscow: A comparative Study of Adult Population in 1991. Helsinki, 1995.
34. Исследование «Специфика и проблемы состояния молодежного потенциала в Хабаровском крае», 2008 года (школьники n=649, студенты n=580). Генеральную совокупность составляли две социальные группы молодежи: школьники старших классов (10-11-х классов) образовательных школ Хабаровского края и студенты младших курсов (1-3-х курсов) вузов Хабаровского края. Научный руководитель – канд.социол.наук Ю.В. Березутский, Дальневосточная академия государственной службы.
35. Исследование «Здоровье студентов», 2009 года (n=646). Генеральная совокупность – студенты вузов Хабаровского края (ДВАГС, ДВГГУ, ТОГУ). Тип выборочной совокупности – квотный в разрезе четырех характеристик: пол, курс, специальность, форма обучения. Научный руководитель – д-р.социол.наук проф. Н.М. Байков, Дальневосточная академия государственной службы.
36. *Сысоева О.В.* Социально-гигиенические аспекты формирования здоровьесохраняющего поведения студентов высших учебных заведений (на примере Хабаровского края): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Хабаровск, 2009. С.1-14.
37. Руководство по медицинской профилактике /Под ред. Р.Г.Оганова, Р.А. Хальфина. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.

38. *Казин Э.М., Панина Т.С., Федоров А.И.* Психолого-педагогические подходы к здоровью и развитию личности в системе образования // Валеология. 1997. №3.
39. *Овчинников С.А.* Физическая культура личности как ведущий фактор в системе формирования здорового образа жизни студента: Дис. ... канд. пед. наук. Нижний Новгород, 2006.; *Малейченко Е. А.* Формирование установок на здоровый образ жизни в профессиональной подготовке студентов-юристов: Автореф. дис. ... канд. социол. наук. Волгоград, 2007.; *Татарова С. Ю.* Развитие духовно-нравственных основ и здорового образа жизни студентов как интегративного компонента профессиональной подготовки в вузе: на материале экономического и технологического факультета: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. 2008.
40. *Коваленко Т.Г.* Здоровая, интеллектуальная молодежь – будущее нации // Вуз. Здоровье. Интеллект: педагогические, биоинформационные и оздоровительные технологии: Материалы II Международной научно-практической конференции (2002 г.) Волгоград, 2002.
41. *Паначев В.Д., Сырчиков А.С.* Актуальные проблемы здоровья студентов // Естествознание и гуманизм. 2008. Т. 5. Вып. 1.
42. *Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2008 г.* Минск: ГУ РНМБ, 2009.
43. *Колбанов В.В.* [и др.] О состоянии здоровья детей и подростков, проблемах и развитии детского здравоохранения // *Вопр. организации и информатизации здравоохранения* 2006. №1. С. 17–20.
44. *Козловский А.В.* [и др.] Медицинские последствия парентерального употребления наркотиков в Республике Беларусь // *Мед. новости.* 2003. № 5. С. 41–45.
45. *Разводовский Ю.Е., Козловский А.В.* Анализ динамики показателей статистической отчетности наркологической службы Беларуси // *Мед. новости.* 2004. №12. С. 59–61
46. *Рынков П.В.* Суицидальное поведение населения Беларуси // *Клинические и социально-психологические аспекты кризисных состояний: Материалы научно-практической конференции, посвящённой 15-летию медико-психологического факультета Гродненского госмедуниверситета.* Гродно: ГрГМУ, 2008. С.69-72.
47. *Можейко Л.Ф., Буйко М.В.* Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девочек-подростков // *Вопр. организации и информатизации здравоохранения* 2005. № 4. С. 50–52.
48. *Мороз И.Н., Плахотя Л.П.* Некоторые медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья мужчин // *Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию: тезисы респ. науч.-практ. конф. (Минск, 27– 29 ноября 2003 г.) / ЮНФПА, Мин. труда и соцзащиты РБ.* Минск, 2003. С. 145–146.
49. *Полоник И.С.* Здоровье человека – наивысшая социально-экономическая ценность общества и один из приоритетов государственной политики // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения.* 2006. № 2. С. 11–15.
50. *Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 гг.* // Указ Президента Республики Беларусь №135 от 26.03.2007.
51. *Секач А.С.* [и др.] Современные тенденции изменения поведения населения Беларуси в сторону здорового образа жизни // *Здоровье населения – основа благополучия страны: Материалы V Республиканского съезда организаторов здравоохранения РБ (Минск, 11–12 мая 2006 г.) / Мин-во здравоохранения РБ, Белор. ассоциация социал-*

- гигиенистов и организаторов здравоохранения; ред. совет: В.П. Руденко [и др.]. Минск, 2006. С. 290–293.
52. *Веремеева Н.П.* [и др.] Формирование установок молодёжи современной Беларуси на здоровый образ жизни // Социология. 2005. №4. С. 61- 67.
53. *Князев Ю.Н.* Табакокурение и потребление спиртных напитков учащимися ССУЗов и ПТУЗов г. Бобруйска // Гигиена, эпидемиология и организация здравоохранения. 2006. № 9. С. 43-44.
54. *Сурмач М.Ю.* Медицинские и социологические аспекты репродуктивного здоровья молодёжи Гродно: ГрГМУ, 2008.
55. *Сурмач М.Ю.* Поведение молодёжи: от демографических угроз к национальной безопасности Минск: ИООО «Право и экономика», 2009.
56. *Сурмач М.Ю.* Гендерные различия в поведении молодёжи при наличии клинических симптомов ИППП // Актуальные вопросы инфекций, передаваемых половым путём: Материалы II Международного симпозиума (Гродно, 23 окт. 2008 г.) / Отв. ред. Д.В.Хворик, В.М.Цыркунов. Гродно: ГрГМУ, 2008. С. 84-86.
57. *Шубочкина Е.И., Молчанова С.С., Куликова А.В.* Образ жизни подростков и риски ухудшения здоровья // III Всероссийский социологический конгресс «Социология и общество: пути взаимодействия»: тезисы докладов [эл. ресурс; УДК 316.32; ББК 60.5; С. 69] (Москва, 21-24 окт. 2008 г.) / Институт социологии РАН, Институт социально-политических исследований РАН, ГУ-ВШЭ, РОС. М., 2008.
58. *Ростовцев В.Н., Винокуров С.П.* Культура здоровья: структура и формирование // Здравоохранение. 2001. №4. С. 21-23.
59. *Ключенович В.И.* [и др.] Отношение населения Республики Беларусь к здоровью и здоровому образу жизни // Гигиена, эпидемиология и организация здравоохранения. 2004. № 2. С. 52-54.
60. *Филонов В.П.* [и др.] Отношение к здоровью – главная область деятельности по формированию здорового образа жизни // Гигиена, эпидемиология и организация здравоохранения. 2006. № 9. С. 42-43.
61. *Крук О.Л.* Ценностные ориентации студентов на здоровый образ жизни и их отражение в жизнедеятельности // Здаровы лад жыцця. 2003. № 2. С. 59-63.
62. *Шаршакова Т.М., Шаршакова Е.А* Возможности улучшения демографической ситуации через обучение здоровому образу жизни // Современные подходы к продвижению здоровья: Материалы II Международной научно-практической конференции (Гомель, 23 окт. 2008 г.) / МЗ РБ, УО «Гомельский государственный медицинский университет»; под ред. Т.М. Шаршаковой, Г.В. Гатальской. Гомель: УО «ГГМУ», 2008. С. 195-197.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итоги проведенного анализа, можно сказать, что состояние здоровья студентов не только важный индикатор общественного развития, отражение социально-экономического и гигиенического благополучия страны, но и мощный экономический, трудовой, оборонный и культурный потенциал общества. Несмотря на устоявшееся мнение, что молодежь – наиболее здоровая категория населения, именно в студенческие годы наблюдаются самые высокие темпы роста заболеваемости практически по всем классам болезней.

Очевидна тенденция снижения уровня культуры здоровья параллельно со снижением уровня жизни студентов: самые низкие показатели наличия навыков поддержания здоровья (а также заинтересованности в них) у студентов из бедных и малообеспеченных семей. Это связано не только с уровнем дохода семьи, но и с ценностными представлениями о здоровье и образе жизни семей, принадлежащих к разным социальным слоям. Наблюдается изменение мотивации заботы о здоровье в семьях с различным семейным доходом: чем выше уровень доходов семьи, тем сильнее действие социокультурных факторов (прежде всего воспитания); чем ниже доходы семьи, тем чаще забота о здоровье связана с его реальным ухудшением.

В то же время высокая информированность обеспеченных студентов в вопросах здоровья нивелируется тем, что их образу жизни в большей степени присущи вредные привычки – курение, употребление алкоголя, наркотиков. Знания о здоровье не всегда являются мотивацией к его сохранению.

У большинства опрошенных студентов не сформировано понимание взаимосвязи социальной успешности с состоянием здоровья. Студенты больше надеются на собственные способности, талант и образование (что свидетельствует о позитивном и достижительном настрое молодых людей), чем на материальный достаток. Они чаще доверяют качествам своего характера и личностным свойствам, чем удаче и благоприятным обстоятельствам. Здоровье в ряду факторов успеха выступает достаточно весомым жизненным ресурсом, но только для половины студентов. В то же время выявлена достаточно низкая информированность студентов в сфере заботы о здоровье и распространенность таких мотивов отсутствия заботы, как «не хватает силы воли» и «нет времени».

Наиболее весомыми факторами здоровья студентов являются: устойчивый интерес значительной их части к здоровому образу жизни; достаточный материальный уровень жизни семьи; обращение за профилактической помощью в медицинские учреждения; регулярное поддержание физической формы и комфортное социальное самочувствие.

Негативные тенденции, которые складываются в настоящее время в студенческой среде в отношении своего здоровья, обуславливают необходимость разработки целевых мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья школьников, учащейся молодежи – будущих студентов. Их ориентация на развитие самосохранительных стратегий поведения обеспечит позитивную социализацию и профессионализацию студенческой молодежи.

Сравнение характеристик здоровья студентов различных городов свидетельствует о том, что существенных отличий не наблюдается. Есть определенные различия между городами различного статуса – столицами, областными центрами, другими городами.

Современная система высшего образования не направлена на формирование грамотного отношения к здоровью – соответствующие образовательные предметы есть примерно лишь в половине вузов, принявших участие в исследовании.

Таким образом, можно констатировать, что в настоящее время выявлено противоречие между объективной необходимостью формирования у студентов потребности в здоровом образе жизни и недостаточной разработанностью форм, методов и средств деятельности, направленной на сохранение здоровья студентов, формирование у них мотивации к здоровому образу жизни.

Для оздоровления общества необходимо разрабатывать и проводить в жизнь последовательную социальную политику, направленную на:

- формирование через СМИ и молодежных лидеров моды на здоровый образ жизни, несовместимый с употреблением различных психоактивных веществ;
- организацию системы здорового питания в вузах;
- создание курсов, направленных на обучение молодых людей различным практикам для улучшения здоровья, психоэмоционального состояния и формирования позитивного мышления;
- развитие инфраструктуры сферы досуга и физической культуры.

Университеты в своих регионах должны стать инициаторами по формированию ценностей, навыков и конкретных умений самосохранительного поведения студенческой молодежи.

Впервые за много лет выявлены новые тенденции по усилению значения таких стимулов заботы о здоровье студентов, как желание быть сильнее, здоровее и воспитание. Если данные тенденции будут осознаны и поддержаны государственными управленческими структурами путем повышения информированности молодежи в сфере здоровья и создания необходимых условий для ведения здорового образа жизни, то появится надежда на изменение существующих негативных тенденций в сфере здоровья молодежи.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Выборка исследования

В исследовании «Здоровье студентов» приняли участие студенты 10 городов, из которых 8 – российские и 2 – белорусские. Все города можно условно разделить на 3 группы: столицы (Москва, Минск, Уфа, Грозный), города с населением около 1 млн. человек (Нижний Новгород, Ульяновск), административные центры с населением до 500 тыс. человек (Гродно, Брянск, Мурманск). В исследовании использована квотная выборка с несвязанными параметрами. Количество единиц по каждому городу составило 300–500 человек, обучающихся в 2–3 вузах разного профиля. Были заданы пропорции по полу и курсу обучения (табл.1), характеру специализации – гуманитарная, техническая, естественнонаучная (табл.2), форме обучения – платная – бесплатная, очная – заочная.

Таблица 1

Распределение опрошенных (по регионам, полу, курсу обучения, %)

Регион	Пол		Курс обучения		
	юноши	девушки	1-2-й	3-4-й	5-6-й
Брянск	47,9	52,1	38,6	57,7	3,7
Гродно	37,7	62,3	36,3	36,3	27,4
Грозный	32,2	67,8	36,7	63,3	0
Минск	46,0	54,0	25,0	27,8	47,3
Москва	34,7	65,3	26,1	70,0	3,9
Мурманск	34,0	66,0	58,8	39,8	1,4
Нижний Новгород	46,5	53,5	45,7	36,0	18,3
Ульяновск	45,6	54,4	38,6	38,1	23,3
Уфа	46,6	53,4	36,6	36,8	26,6
Хабаровск	68,8	31,2	33,3	33,3	33,3
Итого:	44,2	55,8	37,3	43,9	18,7

Таблица 2

Распределение опрошенных (по регионам, профилю будущей специальности, %)

Регион	Профиль будущей специальности		
	гуманитарный	технический	естественнонаучный
Брянск	43,4	33,4	23,2
Гродно	28,6	28,6	42,9
Грозный	38,9	31,0	30,1
Минск	33,3	38,1	28,6
Москва	66,2	32,4	1,5
Мурманск	54,5	33,7	11,8
Нижний Новгород	40,8	42,1	17,1
Ульяновск	41,0	53,5	5,5
Уфа	49,9	33,5	16,6
Хабаровск	36,7	36,7	26,7
Итого:	44,1	36,3	19,6

Интерес к информации о здоровье студентов с разным отношением к ограничениям питания (по полу, %)

Пытались ли Вы получить больше информации по следующим вопросам?	Юноши				Девушки			
	варианты ответов на вопрос об ограничениях в питании							
	ограничиваю себя в количестве еды	стараюсь не есть поздно	избегаю некачественных продуктов	ни в чем себя не ограничиваю	ограничиваю себя в количестве еды	Стараюсь не есть поздно	избегаю некачественных продуктов	ни в чем себя не ограничиваю
Правильное питание	52,3	55,0	47,3	24,8	71,6	72,1	66,7	44,7
ЗОЖ	53,9	48,7	49,9	36,7	55,0	51,7	53,8	36,1
Оздоровительная гимнастика	17,2	20,4	17,2	11,1	29,5	24,6	24,7	19,2
Закаливание	24,2	24,6	18,5	11,5	8,5	8,4	10,0	4,8
Психология общения	53,9	50,3	46,7	35,7	52,2	52,9	56,4	49,5
Профилактика стресса	25,0	23,6	16,8	11,5	27,7	25,9	28,9	24,0
Защита от неблагоприятных экологических факторов	17,2	15,2	19,3	12,0	12,6	11,7	15,8	11,6
Материалы, которые лучше использовать в жилище	13,3	12,0	13,8	8,0	8,6	9,2	10,2	6,0
Как избавиться от вредных привычек	23,4	18,8	27,2	26,6	19,8	18,7	18,4	18,4
Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.	22,7	19,9	14,4	10,6	11,9	11,8	12,2	10,2
Факторы риска для Вашего здоровья	29,7	23,0	30,1	19,5	26,6	24,5	26,8	21,6
Не пытался получить информацию	6,3	10,5	10,8	26,8	5,0	4,9	5,6	13,2

Таблица 4

Периодичность ознакомления студентов с информацией, размещенной на упаковках продуктов питания в зависимости от заботы о здоровье (по полу, %)

Варианты ответов	Обращаете ли Вы внимание при покупке продуктов на указанные на упаковке:					
	сроки годности		небезопасные добавки (консерванты, красители)		энергетическую ценность	
	забочусь	не забочусь	забочусь	не забочусь	забочусь	не забочусь
<i>Юноши</i>						
Часто	63,9	47,9	22,8	12,4	22,7	13,0
Редко	28,8	37,3	41,8	29,7	29,5	24,2
Никогда	6,5	13,0	32,0	50,9	44,2	55,8
Я ничего про это не знаю	0,7	1,8	3,4	7,0	3,6	7,0
<i>Девушки</i>						
Часто	81,0	65,6	30,0	17,5	29,0	30,2
Редко	16,1	27,1	45,6	40,9	36,1	27,1
Никогда	2,6	6,9	21,7	38,5	32,7	40,9
Я ничего про это не знаю	0,2	0,3	2,7	3,1	2,3	1,7

Таблица 5

Частота переживания негативных эмоций студентами в зависимости от подверженности гриппу, ОРЗ и другим простудным заболеваниям (по полу, %)

Как часто Вы испытываете негативные эмоции?	Юноши				Девушки			
	частота заболеваний (раз в году)							
	6–8	3–5	1–2	ни разу	6–8	3–5	1–2	ни разу
Ежедневно	38,2	10,9	6,0	8,1	22,5	9,5	6,1	9,6
Часто	14,7	30,4	22,4	16,2	44,9	44,3	34,1	21,7
Иногда	44,1	52,9	63,2	63,0	31,5	44,0	57,9	62,7
Никогда	2,9	5,8	8,4	12,7	1,1	2,1	1,9	6,0

Таблица 6

Суммарная доля студентов, «ежедневно» и «часто» переживающих негативные эмоции, среди употребляющих алкогольные напитки с разной частотой (по полу, %)

Юноши			Девушки		
частота употребления следующих алкогольных напитков					
часто	редко	не пью	часто	редко	не пью
<i>Пиво</i>					
36,1	25,5	31,6	60,5	40,3	41,6
<i>Сухие вина, шампанское</i>					
41,7	31,2	26,9	54,0	43,4	41,3
<i>Крепленые вина</i>					
41,9	34,5	28,3	62,5	49,0	41,7
<i>Крепкие спиртные напитки</i>					
42,4	30,3	27,9	71,0	53,1	41,2

Таблица 7

Суммарная доля студентов, «ежедневно» и «часто» конфликтующих, среди употребляющих алкогольных напитков с разной частотой (по полу, %)

Юноши			Девушки		
частота употребления следующих алкогольных напитков					
часто	редко	не пью	часто	редко	не пью
<i>Пиво</i>					
19,5	13,8	16,3	27,9	15,5	16,8
<i>Сухие вина, шампанское</i>					
29,7	15,2	15,9	29,2	17,4	13,6
<i>Крепленые вина</i>					
32,2	18,4	14,8	12,5	20,7	16,7
<i>Крепкие спиртные напитки</i>					
35,2	15,7	13,3	50,0	22,2	15,6

Таблица 8

Интенсивность занятий студентов физкультурой в зависимости от частоты простудных заболеваний в течение года (по полу, %)

Как часто Вы занимаетесь физкультурой?	Юноши				Девушки			
	частота заболеваний гриппом, ОРЗ и др. простудными заболеваниями (раз в году)							
	6–8	3–5	1–2	ни разу	6–8	3–5	1–2	ни разу
Ежедневно	14,7	12,1	15,8	17,2	7,9	5,7	8,5	14,8
Часто	17,6	39,7	38,8	45,4	13,5	27,7	29,6	32,1
Иногда	47,1	42,4	40,9	35,6	67,4	60,0	56,1	50,6
Никогда	20,6	5,8	4,4	1,7	11,2	6,6	5,9	2,5

Таблица 9

Стремление получить информацию по проблемам здоровья респондентами, с разной регулярностью занимающимися физкультурой (по полу, %)

Пытались ли Вы получить больше информации по следующим вопросам?	Юноши				Девушки			
	периодичность занятий физической культурой							
	ежедневно	часто	иногда	никогда	ежедневно	часто	иногда	никогда
Правильное питание	51,3	38,9	30,9	16,4	64,7	63,3	61,2	40,3
ЗОЖ	65,4	48,0	32,0	23,3	55,8	55,2	43,1	19,3
Оздоровительная гимнастика	22,1	16,3	11,2	2,7	32,7	25,5	20,4	6,7
Закаливание	25,4	18,6	11,7	9,6	16,0	9,5	6,6	0,0
Психология общения	48,3	39,1	40,3	28,8	46,2	50,8	55,1	52,1
Как избавиться от вредных привычек	22,5	23,3	25,7	31,5	12,2	14,1	20,9	20,2
Факторы риска для Вашего здоровья	27,5	22,3	23,3	16,4	20,5	25,0	25,5	19,3
Ни по одному из этих вопросов не пытался(ась) получить информацию	9,2	16,3	23,0	31,5	10,3	8,1	7,0	17,6

Таблица 10

Попытки найти больше информации о различных проблемах, касающихся здоровья, студентами России и Белоруссии (по полу, %)

Пытались ли Вы получить больше информации по следующим вопросам?	Россия		Белоруссия	
	юноши	девушки	юноши	девушки
ЗОЖ	42,9	46,3	42,6	45,6
Психология общения	39,9	52,9	42,9	53,5
Правильное питание	36,6	57,9	35,6	70,7
Как избавиться от вредных привычек	23,1	18,4	30,4	17,7
Факторы риска для Вашего здоровья	21,1	22,8	32,3	30,2
Закаливание	16,6	8,1	15,5	6,7
Профилактика стресса	15,3	24,0	16,2	33,0
Оздоровительная гимнастика	15,3	21,0	11,6	25,6
Защита от неблагоприятных экологических факторов	14,1	12,8	16,2	12,1
Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний	11,8	10,0	19,8	17,0
Материалы, которые лучше использовать в жилище	9,5	7,8	13,2	11,6
Ни по одному из данных вопросов не пытался(ась) получить информацию	19,0	9,0	17,5	5,6

Таблица 11

Положительный ответ на вопрос о наличии предмета, спецкурса по проблемам здоровья в городах Белоруссии (по полу, %)

Есть ли в Вашем вузе какой-либо предмет, спецкурс по проблемам здоровья?	Гродно	Минск
Юноши	56,0	60,1
Девушки	60,1	60,7

Таблица 12

Положительный ответ на вопрос о наличие предмета, спецкурса по проблемам здоровья в городах РФ (по полу, %)

Есть ли в Вашем вузе какой-либо предмет, спецкурс по проблемам здоровья?	Брянск	Грозный	Москва	Мурманск	Нижний Новгород	Ульяновск	Уфа	Хабаровск
Юноши	38,4	17,3	21,4	25,0	14,2	42,2	26,7	18,1
Девушки	29,2	22,5	51,1	29,9	33,3	41,8	42,3	31,8

Таблица 13

Положительный ответ на вопрос о наличие предмета, спецкурса по проблемам здоровья, в зависимости от курса обучения (по полу, %)

Есть ли в Вашем вузе какой-либо предмет, спецкурс по проблемам здоровья?	1–2-й курс	3–4-й курс	5–6-й курс
	<i>Россия</i>		
Юноши	17,7	31,5	32,7
Девушки	30,6	39,2	33,3
<i>Белоруссия</i>			
Юноши	34,2	72,4	73,2
Девушки	21,2	66,2	82,5

Таблица 14

Самооценка здоровья студентов России и Белоруссии (по полу, %)

Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?	Юноши		Девушки	
	Россия	Белоруссия	Россия	Белоруссия
Хорошее	51,0	40,7	48,0	30,9
Удовлетворительное	36,4	49,2	42,1	56,1
Плохое	5,2	3,0	4,3	5,1
Трудно сказать	7,4	7,2	5,5	7,9

Таблица 15

Частота простудных заболеваний у студентов России и Белоруссии (по полу, %)

Как часто Вы болеете гриппом, ОРЗ и другими простудными заболеваниями?	Юноши		Девушки	
	Россия	Белоруссия	Россия	Белоруссия
6-8 раз в году	2,1	2,6	4,3	6,0
3-5 раз в году	18,3	8,9	22,1	22,6
1-2 раза в году	68,3	77,8	69,1	67,7
Ни разу	11,3	10,6	4,5	3,7

Таблица 16

Обращение к врачу за последний год студентов России и Белоруссии на бесплатной и платной основе в зависимости от самооценки здоровья (по полу, %)

Обращались к врачу	Юноши			Девушки		
	самооценки здоровья					
	хорошее	удовлетворительное	плохое	хорошее	удовлетворительное	плохое
<i>Бесплатно</i>						
Россия	56,8	65,7	72,7	56,5	71,5	73,4
Белоруссия	52,9	64,8	62,5	77,8	78,0	84,2
<i>На платной основе</i>						
Россия	40,7	45,2	54,0	49,5	58,4	61,9
Белоруссия	21,0	30,1	12,5	44,1	51,4	55,6

Таблица 17

Обращение к врачу за последний год студентов России и Белоруссии на платной и бесплатной основе в зависимости от частоты респираторных заболеваний, (раз в году, по полу, %)

Обращались к врачу	Частота заболеваний							
	6-8	3-5	1-2	ни разу	6-8	3-5	1-2	ни разу
	юноши				девушки			
<i>Бесплатно</i>								
Россия	73,1	76,8	59,4	44,1	70,5	74,5	60,7	44,8
Белоруссия	71,4	76,9	61,6	34,4	84,0	87,2	75,1	73,3
<i>За плату</i>								
Россия	64,0	48,6	41,3	39,6	71,9	60,3	52,0	43,9
Белоруссия	28,6	22,7	25,7	15,6	54,2	55,2	45,8	64,3

Таблица 18

Обращение студентов России и Белоруссии с разным уровнем доходов к врачам за последний год (платно и/или бесплатно, по полу, %)

Обращались ли Вы на протяжении последнего года к врачам?	Уровень доходов (тыс. рублей в месяц)					
	до 15 тыс.		от 15 до 30 тыс.		свыше 30 тыс.	
	РФ	РБ	РФ	РБ	РФ	РБ
<i>Юноши</i>						
Бесплатно	64,0	60,8	56,0	59,5	59,4	28,6
Платно	43,3	23,4	42,0	32,4	46,1	14,3
<i>Девушки</i>						
Бесплатно	63,5	79,5	64,0	73,9	56,8	100
Платно	52,3	50,3	57,0	52,4	61,3	62,5

Таблица 19

Профилактика заболеваний студентами в зависимости от установки на заботу о здоровье (по полу, %)

Предпринимаете ли Вы какие-либо из следующих профилактических мер? <i>(можно отметить любое количество ответов)</i>	Юноши		Девушки	
	забо-чусь	не забочусь	забо-чусь	не забочусь
Самостоятельно обращаюсь к врачу с целью профилактического осмотра или консультации	18,0	11,1	21,9	12,0
Принимаю витамины в зимне-весенний период времени	60,6	50,9	70,5	54,7
Принимаю профилактические меры в случае эпидемии гриппа	36,6	29,9	42,2	36,3
Принимаю профилактические меры для предупреждения обострения хронических заболеваний	21,0	22,5	21,5	15,7
Другое	5,6	9,6	3,1	9,7

Разница между долей ответов «полностью не удовлетворен» и ответов «удовлетворен отчасти» на вопрос о причинах неудовлетворенности бесплатной медицинской помощью (% и рейтинг – R)

Что именно Вас не устраивает в бесплатной медицинской помощи?	Россия		Белоруссия	
	%	R	%	R
Нет возможности записаться к нужному специалисту	6,8	4	12,0	3
Неудобный режим работы врачей	0,1	8	-5,6	9
Невысокий уровень квалификации врачей	20,8	2	25,5	2
Большие очереди в медицинское учреждение	-5,5	10	-10,3	10
Часто нет нужного врача	10,4	3	11,0	4
Медицинское учреждение далеко от дома	-2,3	9	-0,8	8
Врачи невнимательны к пациентам	24,6	1	42,1	1
Не всегда можно вызвать врача на дом	0,6	7	-0,2	7
Нет возможности выбрать участкового по своему желанию	3,8	5	10,3	5
Другое	2,6	6	0,5	6

Программа социологического исследования «Здоровье студентов»

Данный проект направлен на изучение отношения студентов к здоровью, выявление роли самосохранительного поведения как детерминанты здоровья и факторов, формирующих самосохранительное поведение.

Полученные сведения позволят определить направление и пути преодоления негативных тенденций в состоянии здоровья студентов и разработать необходимые для этого меры социальной политики.

Обоснование проблемы исследования

Актуальность проблемы исследования связана с тем, что, несмотря на значительные успехи медицины, рост культурного уровня и информированности населения, существуют устойчивые неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья всех социально-демографических групп населения, но особенно в здоровье подростков и

молодежи. Их образ жизни характеризуется наличием повышенных эмоциональных, психических и физических нагрузок, связанных с необходимостью сочетать процесс обучения в вузе, работу (большая часть студентов вынуждена сегодня работать) и формирование своего личностного статуса, связанного с дружеским общением, построением семейной жизни.

В наше время здоровье населения понимается значительно шире, чем просто показатель потенциала трудоспособного населения. Сегодня эта категория включает в себя наряду с экономическим аспектом еще и социально-культурный, политический и моральные аспекты, а здоровье населения признано показателем уровня социально-экономического развития общества.

Как известно, в последние десятилетия изменилась ранговая структура причин заболеваемости и смертности. Сегодня на первые места среди причин смертности вышли сердечно-сосудистые заболевания, новообразования и травматизм, которые в значительной степени опосредуются поведением человека, его установками и потребностями в самосохранении. Малоизученным является вопрос об отношении человека к своему здоровью и о месте данного фактора в ряду прочих, оказывающих влияние на состояние здоровья населения. Это отношение формируется под воздействием общей культуры человека, уровня его образования, санитарно-гигиенических знаний и навыков, потребностей в занятиях физкультурой и спортом, соблюдении режима труда и отдыха.

Сегодня санитарно-гигиеническая культура населения, являющаяся результатом соответствующего воспитания, достаточно низка. Большая распространенность вредных привычек, отсутствие заботы о здоровье в ситуации его ухудшения и в повседневной жизни, низкая ценность здорового образа жизни свидетельствуют о значительных резервах в воспитании и формировании необходимых разумных потребностей. Все это в первую очередь относится к группе подростков и молодежи.

Проблема выступает как противоречие между прогрессирующим ухудшением здоровья молодежи, обусловленным рядом факторов, среди которых центральное место занимает низкий уровень самосохранительной культуры, и потребностями общества в существенном улучшении здоровья молодежи – перспективной возрастной группы населения.

Научная разработанность проблемы

Сектор социальных проблем здоровья Института социологии РАН (руководитель д-р. социол. наук И.В. Журавлева) занимается изучением отношения населения к здоровью с 1984 года. За это время была проведена серия исследований по единой программе и анкете в 9 городах СССР, состоялось несколько международных и ряд отечественных исследований, результаты которых отражены в монографиях и публикациях сотрудников сектора (Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни. М.: ИС АН СССР, 1989; Отношение населения к здоровью. М.: ИС РАН, 1993; Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. М.: ИС РАН, 2002; Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2006 и др.)

Полученные за эти годы результаты свидетельствуют, что формирование позитивного отношения к здоровью на уровне индивида обеспечивает соответствующее самосохранительное поведение. Многолетние его исследования дают основание предположить, что в нем заключен значительный резерв улучшения здоровья, что

особенно актуально для мужчин и могло бы способствовать в определенной степени решению проблемы их сверхсмертности.

Но достижение необходимого самосохранительного поведения возможно лишь при условии адекватного отношения к здоровью на уровне общества, что должно выражаться в социальной политике, формирующей социальные нормы и фактически обеспечивающей то или иное состояние здоровья населения.

Нынешняя ситуация в сфере индивидуального и общественного здоровья требует существенного улучшения. Это связано прежде всего с созданием государственной идеологии здоровья и распространением ее через различные социальные институты – семью, школу, здравоохранение, средства массовой информации.

Только информированный человек, обладающий навыками заботы о здоровье, имеющий соответствующую потребность, живущий в обществе, где здоровье является самодостаточной ценностью, сможет обеспечить сохранение и приумножение здоровья у себя, своих детей, близких.

Дальнейшее исследование этой проблемы связано с развитием социологии здоровья, разработкой общей теории здоровья, которая позволит углубить изучение закономерностей формирования отношения к здоровью и создать типологию индивидов по видам самосохранительного поведения. Это дает возможность использовать скрытый до сих пор потенциал социологии здоровья как самостоятельной науки, будет способствовать интеграции различных наук, изучающих здоровье человека, и обеспечит в результате улучшение здоровья и увеличение продолжительности жизни россиян.

Объектом исследований, проводимых сектором социальных проблем здоровья ИС РАН, были все социально-демографические группы населения с акцентом на группу подростков, поскольку она обладает наиболее негативными тенденциями в показателях заболеваемости.

Проводимое исследование направлено на получение информации о здоровье студентов в различных регионах России, что позволит составить целостное представление о здоровье данной группы населения.

Цель, задачи, объект, предмет и гипотеза исследования

Цель исследования – разработка научных основ и практических рекомендаций по формированию оптимального самосохранительного поведения студентов. Достижение этой цели предполагает решение ряда задач.

Задачи исследования:

1. Выяснить наиболее значимые с точки зрения студентов жизненные проблемы и связь их со здоровьем.

2. Проанализировать структуру ценностных ориентаций студентов и место здоровья в этой структуре.

3. Исследовать типы проблемного поведения и факторы риска, приводящие к этому поведению.

4. Выяснить степень информированности студентов в различных сферах, связанных со здоровьем.

Объект исследования – студенты, обучающиеся на различных курсах вузов

Предмет исследования – установки и потребности студентов в сфере здоровья: их наличие, процесс формирования и факторы, влияющие на этот процесс. Реальные поведенческие акты как проявление установок и потребностей в области здоровья.

Гипотеза исследования - проблемы студентов в области здоровья являются проблемами прежде всего поведенческими.

Структура исследования

Исследование включает 2 основных направления:

1. Изучение социальной политики в области здоровья на 3 уровнях:

- территориальном;
- общественных организаций;
- коллектива.

На основе анализа соответствующих постановлений, распоряжений, приказов на территориальном, ведомственном и общественном уровнях в местах проведения исследования.

2. Изучение отношения студентов к здоровью посредством выявления:

- ценностных ориентаций и интересов респондентов в связи со здоровьем;
- соответствующих установок и потребностей;
- системы показателей самосохранительного поведения студентов.

Методика исследования

Состоит из:

- опроса студентов по анкете «Здоровье студента»;
- анализа документов – постановлений, распоряжений, приказов, связанных со здоровьем, досугом, материальной базой досуга.

Выборка исследования

Квотная, с несвязанными параметрами, с разбивкой по:

- полу;
- курсу обучения;
- характеру специализации (гуманитарная, техническая, естественнонаучная);
- форме обучения (платная, бесплатная).

В каждом регионе опрашивается 300–400 студентов.

Этапы исследования и организация работы

2009 год

- Март-апрель – организация исследования, размножение инструментария.
- Май-июнь – проведение опроса студентов.
- Июль-сентябрь – ввод данных исследований.
- Октябрь-ноябрь – анализ полученных данных, написание отчетов в регионах.
- Декабрь – пересылка и соединение в одном центре всех баз данных.

2010 год

- Январь–март – анализ документов, связанных со здоровьем студентов.
- Апрель–сентябрь – подготовка монографии по результатам проведенного исследования.

А Н К Е Т А

Уважаемые студенты!

Российское общество социологов (РОС) просит Вас принять участие в опросе с целью изучения здоровья студентов и их потребностей в информации по ведению здорового образа жизни.

Анкета анонимная, свою фамилию указывать не нужно. Данные опроса будут обработаны на компьютере и использованы в обобщенном виде.

Просим Вас внимательно прочитать каждый вопрос и обвести кружочком ответ, соответствующий Вашему мнению. Если в вопросе сделаны оговорки о количестве ответов, то, пожалуйста, следуйте этой инструкции. В случае, когда предложенные ответы Вас не устраивают, впишите свой собственный ответ в специальную графу.

1. КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ СОСТОЯНИЕ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ?

- 1 – хорошее
- 2 – удовлетворительное
- 3 – плохое
- 4 – трудно сказать

2. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, ЧТО В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВЛИЯЕТ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА? *(выберите 2 ответа)*

- 1 – природная среда
- 2 – усилия самого человека
- 3 – наследственность
- 4 – качество медицинского обслуживания
- 5 – условия жизни
- 6 – вредные привычки
- 7 – затрудняюсь ответить

3. ЗАБОТИТЕСЬ ЛИ ВЫ О СВОЕМ ЗДОРОВЬЕ?

- 1 – да
- 2 – нет

4. ЕСЛИ ВЫ ЗАБОТИТЕСЬ О СВОЕМ ЗДОРОВЬЕ, ТО ЧЕМ ЭТО В ОСНОВНОМ ВЫЗВАНО? *(выберите одну основную причину)*

- 1 – воспитанием
- 2 – влиянием и примером окружающих людей
- 3 – воздействием медицинской информации
- 4 – ухудшением здоровья
- 5 – требованием родных и друзей
- 6 – желанием быть физически сильнее, здоровее
- 7 – чем еще? _____

5. ЕСЛИ ВЫ НЕ ЗАБОТИТЕСЬ О ЗДОРОВЬЕ, ТО ПОЧЕМУ?

(выберите одну основную причину)

- 1 – не хочу ни в чем себя ограничивать
- 2 – никакие заботы не гарантируют хорошего здоровья
- 3 – мне не хватает силы воли
- 4 – не нужно заботиться, я и так здоров
- 5 – нет соответствующих условий
- 6 – я не знаю, как это нужно делать
- 7 – нет времени
- 8 – не думал(а) об этом, что еще? _____

6. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, ДОЛЖЕН ЛИ ЧЕЛОВЕК ВСЕГДА ЗАБОТИТЬСЯ О СВОЕМ ЗДОРОВЬЕ? *(выберите один ответ)*

- 1 – всегда
- 2 – только если он болен
- 3 – только когда он может заболеть (заразиться и т.п.)
- 4 – только при достижении определенного возраста
- 5 – трудно сказать
- 6 – что еще? _____

7. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, ЧТО СПОСОБСТВУЕТ ДОСТИЖЕНИЮ ЖИЗНЕННОГО УСПЕХА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ? *(отметьте не более 3 ответов)*

- 1 – материальный достаток
- 2 – способности, талант
- 3 – удача, благоприятные обстоятельства
- 4 – образование
- 5 – здоровье
- 6 – сила характера
- 7 – поддержка близких и знакомых
- 8 – всякий успех – это дар судьбы, и он не зависит от человека

8. РАБОТАЕТЕ ЛИ ВЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

- 1 – да
- 2 – нет
- 3 – временно не работаю

9. КАКОВ ХАРАКТЕР ВАШЕГО ТРУДА?

- 1 – в основном физический
- 2 – в основном умственный
- 3 – и умственный, и физический
- 4 – трудно сказать

10. УСТАЕТЕ ЛИ ВЫ ОБЫЧНО ПОСЛЕ РАБОТЫ?

- 1 – очень устаю
- 2 – устаю, но не очень
- 3 – не устаю совсем
- 4 – трудно сказать

11. ЧАСТО ЛИ ВАМ ПРИХОДИТСЯ НЕРВНИЧАТЬ НА РАБОТЕ?

- 1 – часто
- 2 – не часто
- 3 – никогда не нервничаю
- 4 – трудно сказать

12. ПРИБЕГАЕТЕ ЛИ ВЫ К СЛЕДУЮЩИМ ОГРАНИЧЕНИЯМ В ПИТАНИИ?

- 1 – ограничиваю себя в количестве еды
- 2 – избегаю сладкого
- 3 – избегаю мучного
- 4 – стараюсь не есть поздно вечером
- 5 – избегаю острой пищи
- 6 – ни в чем себя не ограничиваю
- 7 – избегаю употребления некачественных продуктов
- 8 – что еще? _____

13. КУРИТЕ ЛИ ВЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

- 1 – да
- 2 –нет

14. СКОЛЬКО ПРИМЕРНО СИГАРЕТ В ДЕНЬ ВЫ ВЫКУРИВАЕТЕ?

- 1 – до 10
- 2 – 10-20
- 3 – более 20

15. С КАКОГО ВОЗРАСТА ВЫ НАЧАЛИ КУРИТЬ?

(отвечают и те, кто в настоящее время бросил курить)

с _____ лет

напишите

КАК ЧАСТО ВАМ СЛУЧАЕТСЯ ВЫПИВАТЬ НАПИТКИ?

	Часто	Редко	Вообще не пью	Трудно сказать
16. СУХИЕ ВИНА, ШАМПАНСКОЕ	1	2	3	4
17. КРЕПКИЕ (коньяк, водка, самогон и т.п.)	1	2	3	4
18. КРЕПЛЕННЫЕ ВИНА	1	2	3	4
19. ПИВО	1	2	3	4
20. ДОМАШНИЕ ВИНА, НАСТОЙКИ	1	2	3	4
21. ЧТО ЕЩЕ? _____	1	2	3	4

22. ПРОБОВАЛИ ЛИ ВЫ КОГДА-НИБУДЬ НАРКОТИКИ?

- 1 – да
- 2 – нет

23. УПОТРЕБЛЯЕТЕ ЛИ ВЫ НАРКОТИКИ СЕЙЧАС?

- 1 – да
- 2 – нет

24. ЕСТЬ ЛИ СРЕДИ ВАШИХ ДРУЗЕЙ И ЗНАКОМЫХ ТЕ, КТО УПОТРЕБЛЯЕТ НАРКОТИКИ?

- 1 – да
- 2 – нет
- 3 – затрудняюсь ответить

КАК ЧАСТО ВЫ

(по каждой строке выберите один ответ):

	Ежедневно	Часто	Иногда	Никогда
25. ЗАНИМАЕТЕСЬ ФИЗКУЛЬТУРОЙ	1		3	4
26. КОНФЛИКТУЕТЕ С ОКРУЖАЮЩИМИ	1		3	4
27. ИСПЫТЫВАЕТЕ НЕГАТИВНЫЕ ЭМОЦИИ (тревога, раздражение, гнев, уныние и др.)	1		3	4
28. ИСПЫТЫВАЕТЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ЭМОЦИИ	1		3	4
29. БЫВАЕТЕ В ПЛОХОМ НАСТРОЕНИИ	1		3	4
30. БЫВАЕТЕ В ХОРОШЕМ НАСТРОЕНИИ	1		3	4

31. ПЫТАЛИСЬ ЛИ ВЫ ПОЛУЧИТЬ БОЛЬШЕ ИНФОРМАЦИИ ПО СЛЕДУЮЩИМ ВОПРОСАМ (можно отметить любое количество ответов)

- 1 – правильное питание
- 2 – здоровый образ жизни
- 3 – оздоровительная гимнастика
- 4 – закаливание
- 5 – психология общения
- 6 – профилактика стресса
- 7 – защита от неблагоприятных экологических факторов
- 8 – материалы (краски и др.), которые лучше использовать в жилище, т.к. они не вредны
- 9 – как избавиться от вредных привычек
- 10 – профилактика сердечно-сосудистых заболеваний
- 11 – факторы риска для Вашего здоровья
- 12 – ни по одному из данных вопросов не пытался(ась) получить информацию

32. КАК ЧАСТО ВЫ БОЛЕЕТЕ ГРИППОМ, ОРЗ И ДРУГИМИ ПРОСТУДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ?

- 1 – 6–8 раз в году
- 2 – 3–5 раз в году
- 3 – 1–2 раза в году
- 4 – ни разу

СМОЖЕТЕ ЛИ ВЫ ОКАЗАТЬ ПЕРВУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЧЕЛОВЕКУ:

	Нет	Да	Трудно сказать
33. ПОРАЖЕННОМУ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ	1	2	3
34. ПОЛУЧИВШЕМУ СОТРЯСЕНИЕ МОЗГА	1	2	3
35. КОГДА ЧЕЛОВЕКУ СТАЛО ПЛОХО В ТРАНСПОРТЕ, НА УЛИЦЕ И Т.П.	1	2	3
36. ТОНУВШЕМУ ЧЕЛОВЕКУ	1	2	3
37. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ	1	2	3
38. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ	1	2	3
39. ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	1	2	3
40. ПРИ ОЖОГЕ	1	2	3

ОБРАЩАЕТЕ ЛИ ВЫ ВНИМАНИЕ ПРИ ПОКУПКЕ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ НА УКАЗАННЫЕ НА УПАКОВКЕ: *(дайте ответ по каждой строке)*

	Часто	Редко	Никогда	Я ничего про это не знаю
41. СРОКИ ГОДНОСТИ	1	2	3	4
42. НЕБЕЗОПАСНЫЕ ДОБАВКИ (консерванты, красители)	1	2	3	4
43. ЭНЕРГЕТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ	1	2	3	4

44. ПОЛЬЗУЕТЕСЬ ЛИ ВЫ ДОМА ВОДООЧИСТИТЕЛЬНЫМ ФИЛЬТРОМ?

(выберите один ответ)

- 1 – всегда
- 2 – часто
- 3 – иногда
- 4 – никогда

45. КАКАЯ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СИТУАЦИЙ ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ВАС

(выберите один ответ):

- 1 – обращаюсь сразу при малейшем недомогании
- 2 – обращаюсь, когда в течение нескольких дней плохо себя чувствую
- 3 – обращаюсь только в случае тяжелой болезни
- 4 – обращаюсь, когда нужен бюллетень
- 5 – к врачам по своей инициативе не обращаюсь, но прохожу обязательные диспансерные обследования (в вузе, на работе)
- 6 – к врачам никогда не обращаюсь

46. ПРЕДПРИНИМАЕТЕ ЛИ ВЫ КАКИЕ-ЛИБО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР:

(можно отметить любое количество ответов)

- 1 – самостоятельно обращаюсь к врачу с целью профилактического осмотра или консультации
- 2 – принимаю витамины в зимне-весенний период времени
- 3 – принимаю профилактические меры в случае эпидемии гриппа
- 4 – принимаю профилактические меры для предупреждения обострения хронических заболеваний
- 5 – другое _____

ЕСТЬ ЛИ У ВАС МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС?

	Да	Нет
47. ДЛЯ БЕСПЛАТНОГО МЕДОБСЛУЖИВАНИЯ (обязательного медицинского страхования)	1	2
48. ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	1	2

ОБРАЩАЛИСЬ ЛИ ВЫ НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОСЛЕДНЕГО ГОДА К ВРАЧАМ:

	Да	Нет
49. НА УСЛОВИЯХ БЕСПЛАТНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ	1	2
50. ЗА ПЛАТУ	1	2

51. УДОВЛЕТВОРЕННЫ ЛИ ВЫ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ?

- 1 – да, полностью
- 2 – да, отчасти
- 3 – нет
- 4 – трудно сказать

52. ЧТО ИМЕННО ВАС НЕ УСТРАИВАЕТ В БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

- 1 – нет возможности записаться к нужному специалисту
- 2 – неудобный режим работы врачей
- 3 – невысокий уровень квалификации врачей
- 4 – большие очереди в медицинское учреждение
- 5 – часто нет нужного врача
- 6 – медицинское учреждение далеко от дома
- 7 – врачи невнимательны к пациентам
- 8 – не всегда можно вызвать врача на дом
- 9 – нет возможности выбрать участкового терапевта по своему желанию
- 10 – другое _____

53. КАКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ВЫ ОПЛАЧИВАЛИ?

- 1 – посещение врача
- 2 – сдача анализов
- 3 – массаж
- 4 – другое _____

54. ПОЧЕМУ ВЫ ОБРАЩАЛИСЬ К ВРАЧАМ ПЛАТНО?

- 1 – не было возможности попасть к нужному врачу бесплатно
- 2 – врач нужен был срочно
- 3 – нужен был врач более высокой квалификации
- 4 – нужную медицинскую услугу бесплатно не оказывают
- 5 – другое _____

55. УДОВЛЕТВОРЕННЫ ЛИ ВЫ ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ?

- 1 – да, полностью
- 2 – да, отчасти
- 3 – нет
- 4 – трудно сказать

56. ВО СКОЛЬКО ВАМ ОБОШЛАСЬ ПЛАТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В 2008 г.? _____ рублей.

57. НУЖНА ЛИ ВАМ КАКАЯ-ЛИБО ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ?

- 1 – да
- 2 – нет
- 3 – затрудняюсь ответить

УДОВЛЕТВОРЕННЫ ЛИ ВЫ РАБОТОЙ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ,
УСЛУГАМИ КОТОРЫХ ВЫ ПОЛЬЗУЕТЕСЬ?

Медицинские учреждения	Удовлетворен	Не удовлетворен	Трудно сказать
58. РАЙОННАЯ ПОЛИКЛИНИКА	1	2	3
59. ПЛАТНАЯ ПОЛИКЛИНИКА	1	2	3
60. РАЙОННАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОЛИКЛИНИКА	1	2	3
61. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА	1	2	3
62. ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ	1	2	3
63. ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР	1	2	3
64. ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР	1	2	3
65. ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ)	1	2	3
66. ЧАСТНЫЙ ВРАЧ	1	2	3
67. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ МЕДУЧРЕЖДЕНИЕ ПО НАПРАВЛЕНИЮ	1	2	3
68. ДРУГОЕ	1	2	3

69. ЕСТЬ ЛИ В ВАШЕМ ВУЗЕ КАКОЙ-ЛИБО ПРЕДМЕТ, СПЕЦКУРС ПО ПРОБЛЕМАМ ЗДОРОВЬЯ? (например, валеология)

- 1 – да
- 2 – нет
- 3 – затрудняюсь ответить

70. ИМЕЛИ ЛИ ВЫ КОГДА-НИБУДЬ СЕКСУАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ?

- 1 – да
- 2 – нет переходите к вопросу 75

71. ИМЕЕТЕ ЛИ ВЫ СЕЙЧАС СЕКСУАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ?

- 1 – да
- 2 – нет

72. ПОЛЬЗУЕТЕСЬ ЛИ ВЫ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ?

- 1 – да
- 2 – нет

73. КАКИМИ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ ВЫ ПОЛЬЗУЕТЕСЬ
Напишите _____

74. ПОЧЕМУ ВЫ НЕ ПОЛЬЗУЕТЕСЬ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ?

- 1 – хочу родить ребенка
- 2 – был(а) уверен(а) в себе
- 3 – забыл(а)
- 4 – не было
- 5 – не захотели
- 6 – не знаю
- 7 – другое (напишите, что именно) _____

75. НУЖНА ЛИ ВАМ КАКАЯ-ЛИБО ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ СВОЕГО СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ?

- 1 – да
- 2 – нет
- 3 – затрудняюсь ответить

НЕСКОЛЬКО ВОПРОСОВ О СЕБЕ

76. ВАШ ПОЛ?

- 1 – мужской
- 2 – женский

77. ВАШ ВОЗРАСТ?

- 1 – 18–20
- 2 – 21–22
- 3 – 23–25
- 4 – 26–30

78. ФОРМА ОБУЧЕНИЯ?

- 1 – очная
- 2 – заочная
- 3 – вечерняя

79. ПЛАТИТЕ ЛИ ВЫ ЗА ОБУЧЕНИЕ?

- 1 – да
- 2 – нет

80. К КАКОЙ ГРУППЕ НАСЕЛЕНИЯ ПО УРОВНЮ ДОХОДОВ ВЫ СЕБЯ ОТНОСИТЕ?

- 1 – до 15 тыс. руб. в месяц на человека
- 2 – 15–30 тыс. руб. в месяц
- 3 – свыше 30 тыс. руб. в месяц

81. ПРОФИЛЬ ВАШЕЙ БУДУЩЕЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ?

- 1 – гуманитарный
- 2 – технический
- 3 – естественнонаучный

82. НА КАКОМ КУРСЕ ВЫ УЧИТЕСЬ?

- 1 – 1–2-й курс
- 2 – 3–4-й курс
- 3 – 5–6-й курс

СПАСИБО ЗА СОТРУДНИЧЕСТВО!