

**Центр перспективных экономических исследований Академии наук
Республики Татарстан**

На правах рукописи

Дёмкина Елена Петровна

**ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
СОВРЕМЕННОГО РОССИЙСКОГО СТУДЕНЧЕСТВА
(НА МАТЕРИАЛАХ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН)**

Специальность 22.00.04 – социальная структура, социальные институты и
процессы

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата социологических наук

Научный руководитель:

к.с.н., доц.

П.О. Ермолаева

Казань 2016

Оглавление

Введение	4
Глава 1. Теоретико-методологические основы исследования здорового образа жизни как фактора повышения качества жизни населения	16
1.1. Качество жизни населения: концептуализация, факторы формирования	16
1.2. Теоретическое и эмпирическое измерение феномена здорового образа жизни	27
1.3. Роль здорового образа жизни в системе факторов повышения качества жизни населения	35
Глава 2. Институты и социальные агенты, влияющие на процесс формирования здорового образа жизни российского студенчества	45
2.1. Особенности влияния основных институтов и социальных агентов, детерминирующих процесс формирования здорового образа жизни студенчества	45
2.2. Влияние средств массовой коммуникации на информированность студенчества относительно здоровья и здорового образа жизни	60
Глава 3. Особенности самосохранительного поведения и перспективы формирования здорового образа жизни студенчества в современных российских условиях	83
3.1. Отношение современных студентов к здоровому образу жизни: социальные установки и поведенческие практики	83
3.2. Типологизация студенчества по уровню сформированности основных компонентов здорового образа жизни	110
3.3. Совершенствование роли основных социальных институтов в формировании здорового образа жизни студенчества	121

Заключение	140
Библиография	145
Приложение 1	162
Приложение 2	173
Приложение 3	180
Приложение 4	184

Введение

Актуальность темы исследования. Качество жизни – показатель общего благополучия человека, который является более широким, чем только материальная обеспеченность или уровень жизни. Одним из важных составляющих факторов качества жизни населения является здоровье. Результаты исследований последних пяти лет свидетельствуют о том, что продолжительность жизни, жизнеспособность и активность современного человека, независимо от его социального статуса на 70% зависят от образа жизни [103].

Исследования здорового образа жизни становятся актуальными на Западе с 1970-х гг. в рамках политики Health promotion (продвижение здоровья); в России – в те же годы, в рамках популяризации профилактической медицины.

Актуальность исследований здорового образа жизни молодежи (в том числе студенческой) вызвана неудовлетворительным состоянием физического и духовного развития современного поколения. Причина кроется в распространении моделей поведения, которые характеризуются высокой долей факторов риска: курением, алкоголем, употреблением токсических и психотропных веществ, негативными чертами так называемой клубной культуры и др.

В современном российском обществе роль основных институтов и агентов в формировании здорового образа жизни студенческой молодежи сегодня не отвечает тем вызовам, которые возникают в исследуемой сфере. Остаются нерешенными множество социальных проблем, касающихся состояния здоровья будущих специалистов: не существует отлаженной системы управления формированием здорового образа жизни студентов, уровень и качество пропаганды здорового образа жизни требует совершенствования. Большинство программ формирования здорового образа жизни студентов носят чрезмерно универсальный характер, в то время как необходим более детальный и индивидуализированный подход. В связи с

этим имеется необходимость разработки и научного обоснования комплексной системы мер по формированию здорового образа жизни российских студентов на макро- и микроуровнях.

Успешное решение обозначенных задач обеспечит создание научной платформы процесса формирования и укрепления здорового образа жизни российских студентов, позволит управлять этим процессом, целенаправленно формируя такое их поведение, которое отвечало бы требованиям сохранения и укрепления физического, психического и социального здоровья. В результате мы будем иметь положительные изменения в качестве жизни студентов. Таким образом, актуальность темы исследования определяется, во-первых, необходимостью дальнейшего развития теоретико-методологической базы научного изучения здорового образа жизни и качества жизни студенчества, во-вторых, необходимостью выделения и анализа факторов, воздействующих на формирование здорового образа жизни студенчества, в-третьих, необходимостью совершенствования деятельности основных институтов и агентов по формированию здорового образа жизни студентов с учетом их отличий по уровню сформированности основных его компонентов.

Степень научной разработанности проблемы. Многогранность проблем качества жизни и здорового образа жизни обусловила междисциплинарный подход к их научному изучению. Так, качество жизни изучается в трудах социологов, экономистов, психологов, здоровый образ жизни – в работах социологов, психологов, педагогов, медиков.

Впервые понятие «качество жизни» употребляется в работе Дж. Гэлбрейта «Общество изобилия» (1958 г.), с тех пор в работах многих западных социологов анализируются проблемы качества жизни (А. Кэмпбелл, П.Е. Конверс, В.Л. Роджерс, А.Р. Херцог, Дж. Вудворд, Дж. Бреннан, Д. Верофф, Р. Инглхарт, Дж. Рабьер, Ф.М. Эндрюси др.). Среди отечественных социологов исследованиями качества жизни и его факторов занимаются С.А. Айвазян, В.Ф. Безъязычный, Л.А. Беляева, Н.О. Колчина,

А.М. Нагимова, Е.А. Неретина, Р.М. Нугаев, М.А. Нугаев, С.П. Спиридонов, Е.В. Фархутдинова и др.

Изучением моделей и показателей здорового образа жизни, распространения вредных привычек в обществе занимаются многие зарубежные социологи (Ф.Б. Брайант, Е. Вартелла, Д.С. Гочман, А.Л. Клацки, У.К. Кокерхэм, Д. Шаефер, С. Хаас и др.).

Среди отечественных исследователей советского периода, изучающих вопросы влияния образа жизни на состояние здоровья населения, можно выделить Л.И. Абалкина, В.Г. Алексееву, И.В. Бестужева-Ладу, А.П. Бутенко, С.С. Вишневого, М.Н. Руткевича, Р.В. Рывкину, В.И. Толстых и др. В наши дни российские исследователи продолжают активное изучение феномена здорового образа жизни. Проблемы соотношения качества жизни и здорового образа жизни глубоко рассмотрены в работах И.И. Брехмана, Ю.П. Лисицына, С.Б. Добчинова, Е.В. Курашкиной.

Управление формированием здорового образа жизни рассматривается в работах М.Б. Лиги, Ю.В. Кирьяновой, Н.Н. Клинцовой, П.Д. Косинского, Л.А. Кривоносковой, В.Н. Потрясаева, В.И. Савинкова и др.

Ряд российских исследователей обращались к изучению проблем формирования здорового образа жизни студенчества. Так, практики и риски в области здорового образа жизни студенчества рассматриваются в работах Н.Л. Антоновой, И.В. Журавлевой, Л.Ю. Ивановой, Г.А. Ивахненко, В.А. Кашубы, Т.П. Резниковой, Н.В. Соколовой, И.Б. Ушакова, Я.В. Ушаковой, С.М. Футорного, О.В. Шиняевой и др. Изучению распространения наркомании среди студенчества посвящены работы И.Н. Гурвича, И.В. Журавлевой, Н.Н. Маликовой, А.А. Цветковой, Н.В. Щур и др. Изучение воздействия СМИ и интернет-технологий на здоровье и здоровый образ жизни студентов представлено в работах Е.С. Абрамовой, Р.А. Касимовой, А.В. Мартыненко, В.А. Пяльченкова, Е.А. Тарасенко и др. Влияние системы образования и организации учебного процесса на здоровье и здоровый образ жизни студентов анализируется Н.В. Бредихиной,

В.И. Григорьевым, Е.В. Курашкиной, Т.А. Лосевой, О.Н. Московченко, Р.С. Наговицыным, Л.В. Фалеевой, Е.В. Цикалюк и др.

Отмечая достоинства исследований указанных авторов, отметим, однако, что в них нашли решение не все аспекты рассматриваемой проблемы. Практическая реализация студентами знаний о здоровье и здоровом образе жизни, механизм влияния различных социальных институтов на процесс формирования здорового образа жизни студентов, возможности управления и оптимизации этого процесса – все эти вопросы продолжают оставаться актуальными.

Существенной проблемой, по мнению диссертанта, является также тенденция разработки чрезмерно универсальных программ и моделей формирования здорового образа жизни студентов без учета уровня дифференциации данной социальной группы. Остро стоит вопрос о разработке типологии студентов по уровню сформированности навыков здорового образа жизни, исходя из которой можно было бы предложить специфические меры по формированию здорового образа жизни для разных типов студентов.

Актуальность и состояние разработки проблемы определили формулировку темы, объекта, предмета, цели и задач диссертационного исследования.

Объектом исследования является современное российское студенчество.

Предмет исследования – социальные аспекты формирования здорового образа жизни российских студентов как фактора повышения их качества жизни.

Целью диссертационного исследования является определение специфических характеристик и социальных детерминант процесса формирования здорового образа жизни современного российского студенчества как фактора повышения его качества жизни.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие **задачи**:

– проанализировать и обобщить теоретические подходы к изучению качества жизни и здорового образа жизни индивида, а также выявить характер их взаимовлияния;

– определить влияние социальных институтов и социализирующих агентов на формирование здорового образа жизни как важнейшего условия повышения качества жизни;

– проанализировать когнитивные, ценностные и поведенческие составляющие здорового образа жизни, присущие современному студенчеству, выявить возможные противоречия между ними;

– разработать типологию студентов на основе их дифференциации по критерию отношения к здоровому образу жизни;

– выявить характер и степень влияния городской среды на здоровье и здоровый образ жизни студенчества;

– разработать меры по увеличению позитивной роли основных социальных институтов и социализирующих агентов в процессе формирования здорового образа жизни студенческой молодежи с учетом разработанной типологии студенчества.

Область исследования соответствует требованиям паспорта специальности ВАК 22.00.04 «Социальная структура, социальные институты и процессы» (п. 31. Здоровье населения в социальном контексте. Факторы, влияющие на формирование здорового поколения, как критерий социальной дифференциации, п. 11 Социальная динамика и адаптация отдельных групп и слоев в трансформирующемся обществе, п. 26 **Социальные функции системы образования; функциональность и дисфункциональность системы образования**).

Теоретико-методологическая база диссертационного исследования заключается в сочетании системного, институционального и структурно-функционального подхода, а также в применении частных социологических теорий – модели здорового образа жизни У.К. Кокерхэма, теории идеальных типов М. Вебера. Возможности структурного функционализма позволяют

рассматривать здоровый образ жизни как комплексное явление, имеющее свою структуру, функции. Институциональный и системный анализ применяется при рассмотрении влияния системы социальных факторов микро- и макросреды (в том числе – социальных институтов и агентов социализации) на формирования здорового образа жизни.

Модель здорового образа жизни У.К. Кокерхэма, опирающаяся на идеи М. Вебера и П. Бурдьё, позволяет анализировать возможные конфликты между структурными и «агентными» детерминантами здорового образа жизни. Теория идеальных типов М. Вебера была использована автором как методологическая основа при построении типологии студентов

Из множества теоретико-методологических концепций российских и зарубежных авторов к определению качества жизни и здорового образа жизни диссертант ориентируется на подходы А.М. Нагимовой, Т. Роквуда, И.В. Журавлевой, А.В. Мартыненко, Н.В. Бредихиной.

Эмпирическая база диссертационного исследования:

– авторский анкетный опрос «Отношение студентов Республики Татарстан к здоровому образу жизни» (январь-февраль 2015 г., n = 828);

– всероссийское социологическое исследование с участием автора, посвященное оценке эффективности коммуникационной кампании по формированию здорового образа жизни у населения Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака по заказу Министерства здравоохранения Российской Федерации (июль-ноябрь 2012 г., в 34 субъектах РФ, n = 4000);

– междисциплинарное исследование с участием автора, реализованное в рамках гранта Президента РФ: «Создание социально-экологической карты территории крупного города с использованием современных геоинформационных и нейросетевых технологий (междисциплинарные подход)», руководитель П.О. Ермолаева (2014-2015гг., n=1500);

В рамках исследования осуществлен вторичный анализ результатов социологических исследований отечественных ученых: «Здоровье студентов»

(И.В. Журавлева, 2009-2010 гг.); «Здоровье московских студентов» (Г.А. Ивахненко, 2001-2002, 2004 гг.); «Здоровый образ жизни как социальная ценность и реальная практика» (В.Э. Бойков, 2010 г.); «Образ жизни и здоровье студентов» (2003 г., 2007 г.), «Физкультура и спорт в жизни студентов ННГУ» (Я.В. Ушакова, 2005 г.); «Здоровый образ жизни» (МОУ ДПО «Ресурсный центр городского округа Тольятти», 2014 г.). Кроме того автор обращался к материалам социологических исследований крупных социологических центров (ВЦИОМ, ФОМ, Левада-центр) по проблемам здорового образа жизни, а также интернетизации и информатизации российского общества;

В диссертационной работе использовались материалы статистических сборников Федеральной службы государственной статистики, а также статистических данных, размещенных на ее официальном сайте.

Научные результаты, полученные автором, и их научная новизна:

1) Проанализирован исследовательский потенциал основных подходов к исследованию здорового образа жизни; показана перспективность использования методологического подхода У.К. Кокерхэма, позволяющего снять противоречие между структурными и «агентными» условиями воздействия на образ жизни индивида.

2) Показано влияние различных социальных институтов и агентов на формирование здорового образа жизни студентов, установлена особая роль интернет-технологий (социальных сетей и блогов) в трансляции современному студенчеству информации о здоровье и здоровом образе жизни.

3) На основании социологических и статистических данных выявлен противоречивый характер самосохранительных установок студентов, характеризующийся наличием разрыва между высоким уровнем знаний в области здорового образа жизни и их недостаточной практической реализацией. Выявлены основные факторы, препятствующие реализации норм здорового образа жизни в среде студенческой молодежи (прежде всего – низкий уровень мотивации и навыков самоорганизации у студентов).

4) Предложена авторская модель типологии студентов на основании уровня сформированности основных компонентов здорового образа жизни в зависимости от их самооценки здоровья и реализации практик здорового образа жизни.

5) С помощью социального картографирования показателей здорового образа жизни на основе нейросетевых технологий и урболандшафтного зонирования выявлено относительно слабое воздействие зональных различий городской среды на здоровье и здоровый образ жизни студенчества.

6) На основе разработанной типологии студенчества предложены методики, направленные на усиление влияния основных социальных институтов и агентов социализации на процесс формирования здорового образа жизни данной социальной группы.

Положения, выносимые на защиту:

1) Здоровый образ жизни, являясь одним из условий жизнедеятельности, определяющих жизненный потенциал и качество жизни индивида, представляет собой совокупность сформированных в процессе социализации мотивов, установок, убеждений и их практической реализации (системы социальных практик), которые способствуют сохранению и укреплению физического, психического и социального здоровья. Формирование здорового образа жизни студентов имеет первостепенное значение, прежде всего, с точки обеспечения достойного качества жизни в будущем, т.к. значимость здоровья как фактора качества жизни возрастает в старших возрастных группах.

Здоровый образ жизни детерминирован не только спецификой социального положения индивида, но и влиянием социализирующих факторов микросреды, определяющим личный выбор субъекта. Это говорит о противоречии между структурными и «агентными» детерминантами здорового образа жизни (согласно модели У.К. Кокерхэма). Соответственно, для формирования здорового образа жизни студенчества необходимо соблюдение трех основных условий: во-первых, развитие у студентов мотивации к ведению здорового образа жизни (стимулирующий и мотивационный факторы формирования здорового образа

жизни), во-вторых, накопление студентами теоретических знаний в области здоровья и здорового образа жизни (информационно-просветительский и информационно-познавательный факторы), в-третьих, развитие навыков применения накопленных знаний на практике (организационный и деятельностный факторы).

2) Формирование здорового образа жизни происходит в процессе социализации под воздействием различных институтов и социализирующих агентов; в период студенчества наиболее существенное воздействие на процесс формирования здорового образа жизни оказывают учреждения системы образования, СМИ, интернет (социальные сети и блоги). При этом интернет является для современных студентов наиболее популярным каналом информации о здоровье и здоровом образе жизни. Интернет-технологии играют особенно значительную роль в распространении среди студентов информации о новых формах реализации здорового образа жизни, таких как: мастер-классы, бесплатные занятия по различным видам физической активности, свободные лекции по соответствующей тематике, психологические тренинги и проч.

3) Самосохранительное поведение студенчества отличается противоречивым характером: достаточно высокий уровень информированности в области здорового образа жизни сочетается с наличием ряда валеологических проблем. Так, три четверти респондентов хотя бы один раз за прошедший год переносили простудное заболевание (в том числе в результате негативных показателей здоровьесберегающего поведения), более трети имеют хронические заболевания, почти половина употребляют алкогольные напитки, каждый пятый курит, каждый четвертый пренебрегает физической активностью. В то же время выявлен высокий уровень информационно-познавательной пассивности респондентов: у большинства отсутствует мотивация к целенаправленному поиску информации в области здоровья и здорового образа жизни. Основными препятствующими факторами на пути к реализации норм здорового образа жизни в среде студенческой молодежи являются не только низкий уровень мотивации, но и недостаток навыков самоорганизации у студентов, в связи с чем необходима разработка эффективных программ обучения в сфере практической реализации

знаний в области здоровья и здорового образа жизни с применением технологий тайм-менеджмента.

4) Результаты проведенных исследований позволили диссертанту выделить следующие типы отношения студентов к здоровому образу жизни: «Сохранительный» (сочетание высокой самооценки уровня здоровья с позитивными практиками самосохранительного поведения), «Оздоровительный» (сочетание низкой самооценки состояния здоровья с позитивными практиками), «Разрушительный» (высокая самооценка состояния здоровья при негативных практиках самосохранительного поведения), «Попустительский» (низкая самооценка состояния здоровья при негативных практиках). Наиболее распространенным типом среди студентов является «Разрушительный» (51,7% от выборки), на втором месте – «Сохранительный» тип (20%).

5) Проведенные исследования с применением методики социального картографирования показали относительно слабую связь самооенок здоровья и практик здорового образа жизни с местом проживания в условиях городской среды. Так, высокие оценки относительно своего здоровья наблюдаются среди респондентов, проживающих как на экологически более благоприятных территориях города, так и вблизи крупных промышленных объектов. Чаще совершают пробежки горожане, живущие поблизости лесопарковых зон, при этом спортивные сооружения с равной частотой посещают как респонденты, проживающие в их непосредственной близости, так и вдали от них. Метод социального картографирования обладает значительным потенциалом в изучении здорового образа жизни студенчества, в связи с чем разработки в данной области являются перспективным направлением дальнейшего исследования проблемы.

6) Усиление влияния института образования на формирование здорового образа жизни в целях повышения качества жизни студенчества должно происходить в двух основных направлениях: 1) стимулирование студентов к ведению здорового образа жизни, что дает основание к созданию у студентов положительной мотивации и 2) повышение уровня информационно-

просветительской деятельности, что способствует накоплению у студентов теоретических знаний и практических навыков в области здорового образа жизни. Система здравоохранения должна сконцентрировать свои усилия в сфере профилактики типичных заболеваний студентов, повышения их медицинской активности и грамотности. Для СМИ и интернет-сообщества необходимы действия по созданию общего позитивного фона в общественном мнении относительно здорового образа жизни и по преодолению информационно-познавательной пассивности студенчества. Что касается специфических мер для выделенных типов студентов, то для «сохранительного» и «оздоровительного» типов, относительно легко поддающихся стимулированию, направленному на воспроизводство и развитие здорового образа жизни, наибольшую важность имеют меры, обеспечивающие финансовую и пространственную доступность инфраструктуры здорового образа жизни (спортивных сооружений, диетических и специализированных пунктов питания и пр.). «Разрушительный» и «попустительский» типы слабее поддаются внешнему мотивированию, что обуславливает необходимость мер воздействия, включающих в себя дополнительную информационную и разъяснительную работу, а также использование экономических и идеологических стимулов (повышенные или именные стипендии для особо отличившихся в сфере здорового образа жизни, гранты на исследовательские проекты в данной области, объявление благодарности, вручение почетной грамоты и пр.).

Теоретическая и практическая значимость работы. Осмысление связей между здоровым образом жизни и качеством жизни на материалах авторских исследований и вторичного анализа позволяет обогатить современные междисциплинарные исследования в соответствующей области. В работе показана перспективность использования геоинформационных и нейросетевых технологий в целях социального картографирования самооценок здоровья и отношения к здоровому образу жизни населения крупного города.

Результаты исследования могут быть использованы в целях совершенствованию комплекса мер по управлению формированием здорового

образа жизни студентов. Изложенные в работе рекомендации могут быть применены органами власти, государственными учреждениями, общественными организациями, а также отдельными семьями и индивидами. Материалы исследования могут быть использованы в образовательном процессе в учебных заведениях при преподавании курсов «Социология здоровья», «Социология массовой коммуникации».

Апробация результатов исследования. Основные положения и результаты диссертационного исследования изложены диссертантом в 16 научных публикациях в российских и региональных изданиях (в том числе 4 научные статьи в изданиях, рекомендованных ВАК РФ). Кроме того, результаты исследований были доложены на международных и всероссийских научных и научно-практических конференциях: ICIBSoS 2015: The 4th International Congress on Interdisciplinary Behavior and Social Science 2015 (2015 г., г. Казань); Всероссийская с международным участием научно-практическая конференция студентов и аспирантов «Актуальные проблемы физической культуры, спорта, туризма и рекреации» (2016 г., г. Томск); Международная научно-практическая конференция «Социальная защита и здоровье личности в контексте реализации прав человека: наука, образование, практика» (2015 г., г. Минск); Всероссийская научно-практическая конференция «Урок физической культуры в XXI веке» (2014 г., Сургут); 2-ая Всероссийская Интернет-конференция «Грани науки» (2013 г., г. Казань).

Структура работы. Диссертация состоит из введения, трех глав (по три параграфа в каждой главе), заключения и библиографического списка использованной литературы, включающего 165 источников. Основное содержание работы изложено на 161 странице машинописного текста.

Глава 1. Теоретико-методологические основы исследования здорового образа жизни как фактора повышения качества жизни населения

1.1. Качество жизни населения: концептуализация, факторы формирования

На сегодняшний день качество жизни является одной из наиболее популярных тем в повестке дня научного и общественно-политического дискурса [см., напр., 4, 63, 87]. Государственные служащие, ученые, политики, общественные деятели, медики, экологи разных стран, образуя рабочие и исследовательские группы, объединяют свои усилия для исследования качества жизни населения с целью повышения его основных показателей.

Понятие «качество жизни» было введено в научный оборот западными социологами в 1960-х гг. в русле дискуссий относительно условий жизни людей в индустриальных и постиндустриальных обществах. Первоначально под качеством жизни понимались те условия и обстоятельства общественной жизни, которые не поддавались исключительно количественному измерению, принятому в экономических методиках[96].

Принято считать, что впервые понятие «качество жизни» употребляется в работе Дж. Гэлбрейта «Общество изобилия». Под качеством жизни американский экономист подразумевал все блага, которые могут быть предоставлены потребителю «развитым индустриальным обществом», «обществом менеджеров». Таким образом, Дж. Гэлбрейт вывел данное понятие за пределы количественных (экономических, статистических) показателей. В упомянутой работе автор выделяет три этапа в истории становления и развития концепции качества жизни:

1) 1950-60-е гг.: доминирование экономического подхода, при котором качество жизни определяется материальными характеристиками на национальном уровне (ВНП);

2) 1960-70-е гг.: качество жизни воспринимается как единство эффективности в экономической и социальной сферах, при этом ключевыми

становятся социальные параметры нематериального благополучия (доступность образовательных и медицинских услуг, условия и режим труда и отдыха и т. д.);

3) 1970-е гг.: возникновение концепции «субъективного качества жизни», в основе которой находится «самоощущение личности», выявляемое посредством опросов населения.

При всей популярности исследования качества жизни и большого количества работ, выполненных по данной проблематике, следует отметить разнообразие трактовок и отсутствие однозначной общепринятой интерпретации данного понятия. Вопросы качества жизни изучаются современной наукой в рамках различных дисциплин, главным образом, в социологии, экономике, экологии, медицине. Кроме того, в рамках каждой конкретной дисциплины есть различные подходы к содержанию рассматриваемого понятия, а также различные методики измерения качества жизни, в том числе и междисциплинарные.

Отдельного внимания заслуживает соотнесение понятия «качество жизни» с такими близкими понятиями, как «образ жизни», «уровень жизни», «стиль жизни». Уровень жизни представляет из себя более узкое понятие, чем качество жизни. Он определяется прежде всего материальными составляющими жизни и выражается через социально-экономические показатели, такие как: доходы, потребление, жилищные условия, услуги образования, здравоохранения и т. д. Уровень жизни измеряется чаще всего с помощью статистических показателей и рассматривается как экономическая и расчетно-статистическая категория [2, С.4]. С позиции автора, качество жизни включает в себя уровень жизни, наряду с такими составляющими как: экологическая ситуация в месте проживания, социальное благополучие, политический строй, психологический климат [9, С.34].

Понятие «образ жизни» позволяет комплексно рассматривать основные сферы жизнедеятельности людей: их труд, быт, общественную активность, политические пристрастия, культуру, отношения к своему и чужому здоровью, мотивы того или иного демографического поведения. На первоначальном этапе исследований (конец 1950-х – середина 1960-х гг.) понятия «качество жизни» и

«образ жизни» рассматривались западными учеными как синонимы и использовались преимущественно в целях политического воздействия и пропаганды. В связи с этим в советской социологии в этот период эти понятия вызвали критику и неприятие. Несколько позже, в 1970-х гг. категория «качество жизни» начала рассматриваться в рамках теории образа жизни как выражение количественной стороны способа жизнедеятельности субъекта [111, С. 17]. Позже стало превалировать мнение, что образ жизни – это лишь социальная составляющая качества жизни [24, С. 62]. Таким образом, будем рассматривать качество жизни как более широкое понятие по отношению к уровню и образу жизни, причем уровень жизни, на наш взгляд, представляет собой прежде всего статистически-экономическую грань качества жизни, а образ жизни – социальную. Что касается понятия «стиль жизни», то он имеет более индивидуальный характер по сравнению с образом жизни и является, с одной стороны, признаком идентификации человека с определенной группой, с другой – отличительной чертой социальной группы среди других групп [28, С.63]. Стиль жизни мы рассматриваем как тип поведения людей, способствующий проявлению своеобразия и соотносению с группой. Таким образом, говоря о стиле жизни, мы ведем речь о социально-психологической ипостаси качества жизни.

Отечественный ученый М.А. Исакин, проанализировав накопленный мировой практикой опыт понимания и измерения феномена качества жизни, пришел к выводу, что в этом отношении существует три ключевых подхода. Автором выделяются, во-первых, объективные концепции, основанные на анализе объективных статистических показателей относительно жизненных условий населения, во-вторых, субъективные концепции, исследующие мнение населения о жизненных условиях, и в-третьих, смешанные концепции, сочетающие в себе элементы первых двух [27, С.29].

Объективный подход к анализу качества жизни характерен прежде всего для работ в области экономики и экономической социологии. При этом объективные методики различаются по характеру и количеству показателей, лежащих в их основе. Так, Л.А. Беляева приводит два различных примера.

Первый из них – индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП), разработанный специалистами ООН и основанный на трех показателях: продолжительность предстоящей жизни при рождении, грамотность населения, реальный ВВП на душу населения. Второй пример – методика отечественного исследователя С.А. Айвазяна, основанная на пяти компонентах, причем каждый из них включает в себя ряд показателей: качество населения (подразделяется на 12 показателей); благосостояние (14); социальная безопасность (11); качество окружающей среды (8); природно-климатические условия. Беляева отмечает, что в других своих работах С.А. Айвазян использует до 300 показателей качества жизни [10, С.34-35].

При этом Л.А. Беляева утверждает, что качество жизни – объективно-субъективная характеристика условий существования человека, имея в виду, что оно «выражается в объективных показателях и субъективных оценках удовлетворения материальных, социальных и культурных потребностей и связано с восприятием людьми своего положения в зависимости от культурных особенностей, системы ценностей и социальных стандартов, существующих в обществе» [10, С.34].

Субъективный подход к оценке качества жизни населения, в свою очередь, более характерен для работ социологов и социальных психологов. Именно этот подход будет использован нами в настоящем диссертационном исследовании. Данный подход подразумевает выявление качества жизни населения посредством их субъективного восприятия различных аспектов социальной реальности.

С нашей точки зрения, методически он близок к исследованиям социального самочувствия. Так, например, Л.А. Беляева пишет, что в контексте субъективного подхода качество жизни представляет собой «степень удовлетворенности человека своей жизнью в целом и отдельными ее компонентами на основе его собственной субъективной оценки» [10, С.36].

Другой социолог, Е.В. Фархутдинова, определяет качество жизни как «совокупность жизненных ценностей, характеризующих виды деятельности, структура потребностей, условия существования человека, удовлетворенность

людей жизнью, социальными отношениями и окружающей средой» [цит. по 28, С. 48]. В данном диссертационном исследовании качество жизни мы будем понимать как оценочную категорию, которая в обобщенном виде характеризует показатели разных составляющих жизни человека (условий жизнедеятельности, жизненных шансов, условий социализации и проч.). Здоровый образ жизни рассматривается нами как одно из условий жизнедеятельности, определяющее жизненный потенциал индивида. Такая позиция позволит нам проанализировать здоровый образ жизни в рамках избранного объекта исследования – качества жизни.

Выявление и измерение факторов, воздействующих на качество жизни, является одним из наиболее значимых направлений в сфере исследования качества жизни населения. Знание о сущности и механизмах воздействия этих факторов помимо приращения научного знания имеет важную практическую функцию – улучшение качества жизни населения.

Разные исследователи выделяют разные факторы качества жизни населения, измеряемые на основе субъективных методик. Так, отечественные авторы Е.А. Неретина, Т.А. Салимова и М.Ш. Салимов полагают, что степень удовлетворенности населения качеством жизни зависит от таких факторов, как: состояние здоровья, доход, жилищные условия, уровень образования, занятость, качество и доступность медицинских услуг, счастье в семье, религиозная принадлежность, независимость и свобода, статус, уважение, досуг, уверенность в будущем, безопасность, экологическая ситуация, благоустроенность места проживания, власть [83, С. 53].

В.Ф. Безъязычный считает, что следует измерять удовлетворенность населения качеством жизни по таким критериям, как: состояние здоровья, образование, труд, социальный статус, круг общения, отношения в семье, уровень безопасности в регионе [8]. Таким образом, состояние здоровья (неразрывно связанное со здоровым образом жизни) выделяется исследователями в качестве одного из основных критериев оценки удовлетворенности качеством жизни.

Социологи Р.М. и М.А. Нугаевы [87], С.П. Спиридонов [125] анализируют в своих работах идеи американских социологов. Они отмечают, что богатый исследовательский опыт позволяет сделать определенные выводы о соотношении статусных характеристик и качества жизни акторов:

1) доход положительно коррелирует с субъективными и объективными индикаторами качества жизни, хотя это правило не универсально;

2) характер занятости не вносит большого вклада в общую картину удовлетворенности качеством жизни: «"белые воротнички" счастливее людей в "синих воротничках", но люди из престижных категорий, подобных профессионалам, менеджерам, собственникам, существенно не различаются в оценке субъективных компонентов»[87, С. 101-102];

3) образование, с точки зрения американских социологов А. Кэмпбелла, П.Е. Конверса, В.Л. Роджерса, не имеет прямых корреляций с качеством жизни;

4) возраст, по мнению американских исследователей (А. Кэмпбелл, А.Р. Херцог, Дж. Вудворд, В.Л. Роджерс, Дж. Бреннан), находится в прямой корреляции с уровнем удовлетворенности качеством жизни: чем старше становится индивид, тем более он удовлетворен основными показателями качества жизни, за исключением здоровья, жилья и некоторых других;

5) пол (гендер) не является характеристикой индивида, оказывающей существенное влияние на уровень его удовлетворенности качеством жизни: «мужчины и женщины в процессе самооценки компонентов качества жизни: несчастий, недостатка признания, чувств незащищенности, недостатка уверенности, неопределенности и стрессов, – используют одни и те же шесть базовых категорий оценки» (В. Брайант, Д. Верофф) [цит. по 87, С. 102];

6) семейное положение оказывает значительное влияние на ощущение счастья: состоящие в браке мужчины и женщины относятся к категории наиболее удовлетворенных жизнью людей, разведенные, напротив, – к категории наименее удовлетворенных (Р. Инглхарт, Дж. Рабьер);

7) национальность не относится к существенным факторам, определяющим степень удовлетворенности качеством жизни (Ф.М. Эндрюс, Р. Инглхарт);

8) место проживания (городская/сельская местность), согласно данным эмпирических исследований, оказывает влияние на удовлетворенность качеством жизни таким образом, что сельчане в целом более довольны жизнью, чем жители городов (Р.М. Фернандес, Д.С. Кулик);

9) состояние здоровья имеет значение только для пожилых людей и для тех, кто имеет с ним проблемы (А. Кэмпбелл);

10) внешность, а точнее – самооценка внешности, коррелирует с удовлетворенностью качеством жизни: люди, считающие себя привлекательными, оценивают свою жизнь и самочувствие выше, но, имея весомые амбиции, менее довольны жизнью (А. Кэмпбелл);

11) социальное окружение оказывает определенное влияние на удовлетворенность качеством жизни, но, по мнению американских исследователей, его не стоит преувеличивать (А. Кэмпбелл, П.Е. Конверс, В.Л. Роджерс).

Отметим, что качество жизни населения определенных социальных групп (возрастных, профессиональных, статусных и проч.) и территорий (стран, регионов, городов и проч.) имеет различные системы факторов, воздействующих на него. Н.О. Колчина понимает систему факторов качества жизни населения региона как «взаимосвязанная в процессе жизнедеятельности интеграция экономических, социальных, политических и т.д. условий существования социума, под воздействием которых развиваются социальные процессы региона» [61, С. 156].

Существуют различные подходы к построению типологий факторов, влияющих на формирование качества жизни населения. Например, выделяются внутренние и внешние факторы качества жизни регионального социума. Внешние факторы воздействуют на социальные процессы конкретного региона со стороны других регионов и стран, мирового сообщества. Внешние факторы качественно соответствуют внутренним, однако отличаются глобальным характером, например, развитие мировой экономики, уровень развития соседних территорий, их природно-климатические и экологические условия, демографические показатели и проч.

Таким образом, анализ внешних факторов воздействия может быть положен в основу сравнительных исследований качества жизни населения различных территорий. Однако в рамках данной работы наш интерес сосредоточен на изучении качества жизни конкретной социально-демографической группы в рамках конкретной территории – студенческой молодежи Республики Татарстан. Следовательно, в данном параграфе мы остановимся на анализе внутренних факторов, влияющих на качество жизни населения.

Внутренние факторы воздействия на качество жизни типологизируются в соответствии со сферами жизни общества. Так, некоторыми исследователями выделяются следующие группы факторов: экономические, социальные, политико-правовые, природно-экологические, духовные, генетические. Данную классификацию мы рассмотрим в сочетании с двумя противоположными подходами к измерению факторов качества жизни – объективным (статистическим или количественным) и субъективным (психологическим или качественным).

Объективное измерение факторов качества жизни предполагает использование статистических данных и индикаторов для анализа объективных условий и процессов социальной жизни, таких как состояние развития экономики, экологическая ситуация, система социальной инфраструктуры и проч. Такой подход является наиболее популярным, что оправдано рядом причин: во-первых, вторичный анализ статистических данных требует меньших материальных и временных затрат, во-вторых, статистические данные находятся в открытом доступе, и в-третьих, они предоставляют широкие возможности для сравнительно-исторического анализа качества жизни населения различных регионов и стран. Однако применение исключительно объективного подхода оставляет «за скобками» психосоциальную составляющую качества жизни, а именно отношение населения, самооценку, удовлетворенность и проч. В связи с этим возникает необходимость применения субъективно-ориентированных методик, основанных на обращении к ментальным структурам (убеждения,

представления), что становится возможным при использовании опросных методов. Рассмотрим более подробно, в чем выражается совмещение этих двух методологических подходов (рисунок 1).



Рисунок 1. Факторы качества жизни населения и их измерение [61]

Объективное измерение экономических факторов заключается в выявлении макроэкономических (на уровне региона) и микроэкономических (на уровне домохозяйств и индивидов) показателей. Среди них «показатели материального благосостояния, среднедушевой доход, среднемесячная заработная плата, бюджет

прожиточного минимума, численность населения с доходами ниже прожиточного минимума, структура денежных доходов и расходов населения, индекс Джини, обеспеченность жильем и т.д.» [61, С.157]. Субъективное измерение экономического воздействия на качество жизни заключается в самооценке индивидом своего материального положения (или своей семьи).

Объективное измерение социальных факторов происходит посредством анализа статистических показателей и официальных данных относительно следующих сфер: здоровье населения, демография, образование, социальная стабильность и безопасность. Субъективное измерение предполагает применение рефлексивной методологии (выявление ощущений населения относительно социальной безопасности и уверенности в завтрашнем дне, удовлетворенности качеством услуг в социальной сфере, самооценки здоровья и проч.).

Объективное исследование политико-правовых факторов подразумевает выявление количества раскрытых и нераскрытых правонарушений, проведенных митингов и прочих протестных акций, в то время как субъективное измерение основано на анализе чувства защищенности населения, протестных настроений, оценки действий властей.

Объективное измерение природно-экологических факторов воздействия на качество жизни населения включает в себя анализ качества природных ресурсов, экологической ситуации в месте проживания. Субъективное измерение подразумевает выявление отношения населения к окружающей природной среде, а также оценку чувства экологической безопасности.

Объективное измерение духовных факторов предполагает подсчет количества учреждений культуры: библиотек, школ, высших и средних учебных заведений, учреждений дошкольного и дополнительного образования, клубов, домов культуры и проч. В отношении субъективного измерения воздействия духовных факторов имеет место оценка уровня удовлетворенности качеством услуг учреждений культуры, а также самооценка населения относительно личной культуры и места в культурном пространстве региона.

Объективное измерение генетических факторов основано на анализе статистических данных относительно здоровья и заболеваемости, загрязнения среды и проч., субъективное – на анализе самооценки здоровья и наследственности, полученного воспитания и социализирующей среды.

Таким образом, в данном параграфе нами были проанализированы основные подходы к концептуализации понятия «качество жизни», а также проведено соотнесение его с близкими по смыслу понятиями социологической науки, такими как «образ жизни», «уровень жизни», «стиль жизни». Было выявлено, что качество жизни является более широким понятием: образ жизни, уровень жизни и стиль жизни мы рассматриваем как, соответственно, социальную, экономическую и социально-психологическую грани качества жизни. Также мы обратились к изучению факторов, которые оказывают воздействие на качество жизни.

Мы остановились на субъективном подходе, предполагающем в исследовании качества жизни индивидов обращение к их субъективному мнению посредством социологических методик. В русле данного подхода качество жизни мы определяем как оценочную категорию жизни человека, обобщенно характеризующую параметры всех составляющих его жизни: жизненного потенциала, жизнедеятельности и условий жизнедеятельности (инструментов, ресурсов и среды). Рассматривая различные подходы к субъективному измерению качества жизни, мы отметили, что одним из ключевых критериев качества жизни является самооценка состояния здоровья, которое во многом определяется образом жизни.

1.2. Теоретическое и эмпирическое измерение феномена здорового образа жизни

Изучение самосохранительного поведения, факторов и условий антириска и здорового образа жизни является одним из основных направлений исследований в такой отрасли социологической науки, как социология здоровья. Исследования здорового образа жизни становятся актуальными на Западе с 1970-х гг. в рамках политики по продвижению здорового образа жизни (Health promotion); в России – в те же годы в рамках популяризации профилактической медицины.

Со временем исследования здоровья и здорового образа жизни приобрели новые оттенки актуальности главным образом ввиду того, что были пересмотрены взгляды на степень воздействия образа жизни на состояние здоровья населения. Так, согласно данным Всемирной организации здоровья в 1980-е гг., состояние здоровья человека на 50–55% определяется его образом жизни. Результаты новых исследований дают еще более высокие оценки влиянию данного фактора, поднимая его до 70% [103, 121]. В связи с этим исключительного внимания заслуживает исследование представлений о здоровом образе жизни россиян как об объекте возможного влияния в целях формирования здоровых моделей поведения.

В отечественной науке исследования здоровья и здорового образа жизни населения начали активно развиваться в 1990-х гг., когда российские исследователи попытались выделить личное и общественное здоровье в качестве объекта самостоятельной социологической теории. Тогда же возник и термин «социология здоровья», понимаемый как специальная отрасль социологии, в фокусе внимания которой находится комплекс факторов, способствующих укреплению (разрушению) здоровья человека [35, С. 55].

Здоровый образ жизни является междисциплинарным концептом и объектом изучения таких наук, как психология здоровья, эпидемиология, социология медицины и др. На современном этапе развития научной мысли

проблемой формирования здорового образа жизни населения, социальных групп и индивидов занимаются исследователи из разных областей знания, например, психологии, экологии, медицины и физиологии, педагогики, валеологии, социологии. Отметим, что на данный момент учеными используются такие понятия, близкие по смыслу к здоровому образу жизни, как «самосохранительное поведение», «здоровьесберегающее поведение». На наш взгляд, эти понятия отличаются более широким наполнением и включают в себя все типы отношения к практикам здорового образа жизни, в том числе и негативные, в то время как понятие «здоровый образ жизни» имеет позитивную ценностную окраску.

На наш взгляд, социологический подход к исследованию здорового образа жизни отличается от прочих тем, что рассматривает его как социальные установки и поведение, обеспечивающие сохранение и укрепление здоровья во множественном его понимании – физическом, психическом, социальном, экологическом. Таким образом, социологическая трактовка здорового образа жизни заключается в его анализе сквозь призму многообразия воздействующих на него факторов, делая упор при этом на социальные детерминанты (социальные институты и процессы, субъекты социальной жизни и т.д.). С этой точки зрения здоровый образ жизни предстает как экобиосоциальная категория, «интегрирующая биологические, социальные и экологические представления о здоровье человека и его жизнедеятельности, поскольку физическое благополучие зависит не только от наследственности и количества внимания к здоровью индивида (от него самого и от системы здравоохранения), но и от влияния экологических факторов, от степени гармонизации взаимоотношений (индивида) с внешней социальной и экологической средой» [147, С. 237].

В современной отечественной социологической перспективе здоровый образ жизни связан в первую очередь с социальными (абиологическими) аспектами обеспечения здоровья. В данном контексте распространение здорового образа жизни является индикатором, во-первых, степени практической реализации возможностей общества в обеспечении здоровья

населения, во-вторых, уровня общественного благополучия, понимаемого как целостность качества и уровня жизни, и в-третьих, степени результативности воздействия социальной организации на состояние и ценность здоровья.

Более широкая практико-ориентированная нагрузка идеи здорового образа жизни выражена в концепции социальной политики, характерными чертами которой являются популяризация высокой общественной значимости здоровья, государственной и социальной ответственности за его сохранение, признание обязательного характера государственной деятельности по обеспечению безопасной среды обитания населения. Основы концепции здорового образа жизни в этом смысле были заложены на Западе в 1970-х гг. в дискурсе социальной политики как реакции на рост количества хронических больных. Именно тогда в практических интересах больных началась разработка принципов образа жизни, способствующих укреплению и сохранению здоровья.

Здоровый образ жизни выполняет в обществе две наиболее важные функции: во-первых, здоровый образ жизни выступает в качестве профилактики заболеваний, во-вторых, он способствует полноценному выполнению социальных функций человеком [54]. Кроме того, здоровый образ жизни выполняет такие функции, как: аксиологическая (повышение ценности здоровья), регулятивная (создание норм и правил образа жизни, способствующих укреплению и поддержанию здоровья), рекреационная (эффективное возобновление физических и эмоциональных сил и здоровья индивида), компенсирующая (сглаживание негативного воздействия на здоровья внешних факторов). Необходимо отметить, что на макроуровне здоровый образ жизни населения, способствуя укреплению общественного здоровья и наращиванию социального капитала, является наиважнейшим условием эффективного развития страны/региона.

Основными составляющими элементами здорового образа жизни являются, по мнению А.В. Мартыненко, двигательная и физическая активность, отказ от вредных привычек, рациональное питание, соблюдение правил гигиены, режим труда и отдыха, культура сексуального поведения, экокультура и др. [76, С. 137]. С.В. Попов считает, что к практикам здорового образа жизни относятся

также закаливание и положительные эмоции. Б.А. Воскресенский относит к ним также организацию досуга, В.В. Колбанов и Г.К. Зайцев – природные факторы здоровья, способы формирования гармоничного телосложения [цит. по 32, С. 54]. В нашем исследовании мы будем использовать синтез подходов первых двух авторов, понимая под компонентами здорового образа жизни следующие аспекты: отказ от вредных привычек, физическая активность с учетом возрастных и физиологических особенностей, рациональное питание, гигиена, соблюдение режимов сна, труда и отдыха, а также различные аспекты, обеспечивающие психическое и социальное здоровье (навыки общения, коллективной жизни, умения справляться со стрессами и проч.).

Анализ и систематизация существующих подходов к исследованию здорового образа жизни позволили нам выделить несколько групп его компонентов:

- физиологические – компоненты здорового образа жизни, способствующие сохранению и укреплению физического здоровья (рациональное питание, физическая активность соответственно возрасту и состоянию здоровья, отказ от вредных привычек, гигиена, профилактические мероприятия, безопасное сексуальное поведение, рациональный режим отдыха и труда и т.д.);

- психологические – компоненты, способствующие сохранению и укреплению психического здоровья (обеспечение психологического комфорта, умение справляться со стрессами, получение положительных эмоций, выработка оптимистической позиции и т.д.);

- социальные – компоненты, способствующие сохранению и укреплению социального здоровья (конструктивное общение, налаживание социальных связей, (само-) воспитание общей культуры личности, организация досуга, самореализация и т.д.);

- экологические – компоненты, способствующие сохранению и укреплению экологического здоровья (развитие экокультуры, самосохранение от экологических рисков и т.д.).

Эмпирическое измерение здорового образа жизни предполагает выделение эмпирических индикаторов. Н.В. Бредихина выделяет несколько измерений здорового образа жизни: а) ценностное (установки человека на здоровье и продолжительную жизнь, восприятие здорового образа жизни), б) информативное (знания и информация о здоровье и здоровом образе жизни, каналы их получения), в) нормативное (требования, предъявляемые к людям, ведущим здоровый образ жизни), г) деятельностное (готовность к действиям и поступкам, определяющим ориентацию поведения личности на реализацию норм и требований здорового образа жизни), д) актуальное (объективные показатели состояния здоровья и приверженности здоровому образу жизни) [14, С. 14].

Рассмотрев различные подходы отечественных исследователей к определению здорового образа жизни, можно сделать вывод, что на данный момент не сложилось единого мнения о его компонентах. Большинство указанных выше авторов включают в их перечень факторы, обеспечивающие физиологическое и психологическое здоровье. Однако крайне редко указываются меры сохранения и укрепления социального здоровья, связанные с удовлетворением потребностей в общении, в принадлежности к группе и проч. Таким образом, для отечественных исследователей свойственна преимущественно психофизиологическая трактовка здоровья и здорового образа жизни.

Анализ зарубежных источников свидетельствует о том, что само понятие «образ жизни» неоднократно критиковалось западными социологами за отсутствие единой методологической основы и слишком широкое значение данного понятия. Не менее проблемным является концепт «здоровье». В контексте медицинских исследований здоровье понимается как отсутствие медицинских патологий и заболеваний. В таком ключе «здоровый» понимается как антирискогенный, а здоровый образ жизни понимается как поведение, направленное на избежание рисков. Вместе с тем в последние десятилетия в зарубежном дискурсе здоровья произошло переосмысление этого понятия. В настоящее время здоровье понимается более широко, чем просто отсутствие заболеваний и патологий, оно выступает ресурсом для

поддержания нормальной жизнедеятельности. В такой интерпретации здоровье рассматривается не только как базовая потребность, а как ключевой элемент качества жизни населения.

Из зарубежных подходов наиболее широкое определение здорового образа жизни было предложено Д.С. Гочманом. По его мнению, здоровый образ жизни – это систематически повторяющиеся установки, ориентации, мотивы, ценности, представления и другие когнитивные элементы и поведенческие акты, направленные на поддержание и улучшение здоровья [160]. Наряду с подходом Д.С. Гочмана в современной зарубежной социологии медицины существует множество подходов, раскрывающих разные аспекты связей здоровья со структурными и «агентными» детерминантами. Широко критиковался социологами подход, ориентированный на «индивидуальную парадигму», согласно которому индивидуальные ориентации и поведение социального субъекта изучаются вне связи с социальным контекстом, в изоляции от других социальных субъектов. С другой стороны, учеными критиковался подход, который ориентируется только на институциональные и контекстуальные переменные.

В связи с этим наиболее удачную концептуальную основу данного исследования мы видим в синтетическом подходе, предложенном У.К. Кокерхэмом [158]. Разработанная им модель опирается на идеи М. Вебера и П. Бурдьё к рассмотрению структурного и «агентного» влияния на индивидов. Модель предполагает, что деятельность определяется не только социально-демографическими доминантами, но и ценностями, установками и убеждениями.

Рассматриваемая модель состоит из 8 блоков (приложение 3, схема 1). «Классовая принадлежность, а также совокупность социально-демографических характеристик (возраст, гендер, раса/этничность, условия жизни) (1) определяют жизненные шансы индивида (4), а также его социальный выбор (3). Однако последний становится возможным только посредством социализации и приобретенного жизненного опыта (2). Взаимодействие жизненных шансов и личного выбора приводит к определенной предрасположенности к действию (5), в нашем случае речь идет о представлениях и установках россиян относительно здорового образа жизни.

Габитус определяет поведенческие практики (6), в том числе относящиеся к самосохранительному поведению (7), совокупность которых свидетельствует о степени приобщения индивида к здоровому образу жизни (8)» [38, С. 121].

Модель У.К. Кокерхэма опирается на методологический коллективизм, то есть модель признает прямое непосредственное влияние социальных факторов на здоровый образ жизни. Согласно У.К. Кокерхэму, социально-демографические характеристики (пол, возраст, классовая и этническая принадлежность и т.д.) определяют жизненные шансы индивида, которые преломляются через жизненный опыт, обуславливающий в конечном итоге социальный выбор индивида.

Таким образом, ориентации на здоровый образ жизни формируются в процессе индивидуального выбора социального субъекта под влиянием более широкого социального контекста. Данная методологическая ориентация удачно «снимает» конфликт между структурой и «агентностью», являющийся предметом широкой социологической дискуссии. В таком ключе У.К. Кокерхэм определяет здоровый образ жизни как коллективные образцы поведения, ориентированные на укрепление здоровья на основе социальных выборов, доступных для субъектов с учетом их жизненных шансов.

В данном параграфе нами были рассмотрены основные подходы к теоретической трактовке здорового образа жизни. В диссертационной работе принимается подход к изучению здорового образа жизни, основанный на социологическом восприятии и характеризующийся следующими аспектами:

- рассмотрение здоровья сквозь призму множества аспектов, ключевыми из которых являются физиологические, психические, социальные;
- выделение компонентов здорового образа жизни в соответствии с множественным понятием здоровья;
- учет необходимости нескольких измерений здорового образа жизни: информация – нормы и требования – установки – поведение – актуальная ситуация;

– анализ формирования здорового образа жизни в условиях воздействия на индивида разнообразных социальных факторов и его взаимодействия с многочисленными социальными субъектами;

– снятие конфликта между структурным и агентным детерминизмом с помощью рассмотрения процесса формирования здорового образа жизни с позиции индивидуальных социальных выборов, доступных в данный момент для субъектов с учетом их жизненных шансов (социально-структурных и демографических характеристик).

При анализе процесса формирования здорового образа жизни в данной работе будем использовать модель, разработанную У.К. Кокерхэмом, которая учитывает воздействие как социально-демографических (структурных), так и социализирующих («агентных») факторов. В качестве рабочего определения, полученного нами на основе обозначенных выше подходов, в данной работе мы будем использовать следующее: здоровый образ жизни – это совокупность сформированных в процессе социализации мотивов, установок, убеждений и практик, которые способствуют сохранению и укреплению здоровья. В качестве основных компонентов здорового образа жизни мы будем рассматривать следующие: отказ от вредных привычек, физическая активность с учетом возрастных и физиологических особенностей, рациональное питание, гигиена, соблюдение режимов сна, труда и отдыха, а также различные аспекты, обеспечивающие психическое и социальное здоровье (навыки общения, коллективной жизни, умения справляться со стрессами и проч.).

1.3. Роль здорового образа жизни в системе факторов повышения качества жизни населения

Всемирная организация здоровья (ВОЗ) определяет здоровье как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [57]. Отметим, что данное определение, на которое мы опираемся в нашем диссертационном исследовании, подчеркивает комплексный характер здоровья, включая три основных его компонента: физическое, психическое и социальное здоровье.

Здоровье, по мнению многих современных отечественных социологов [см., напр., 84, 96], находится среди основополагающих факторов качества жизни. Здоровье лежит в основе физической, трудовой и социальной активности человека, и от состояния здоровья зависят – непосредственно или косвенно – такие основные показатели качества жизни, как труд, материальное благосостояние, быт и свободное время, брак и семья. Используя подход Л.А. Нестеренко [84], выделим три взаимосвязанных аспекта человеческого существования:

1) телесно-психическая жизнь как природно-биологический феномен: в этом аспекте жизнь воспринимается как процесс реализации физиологических потребностей, а основными показателями являются состояние здоровья и демографические характеристики;

2) социально-экономическая жизнь как адаптация к внешним условиям: жизнь предстает как жизнедеятельность людей в социальной и экономической среде, основные показатели – материальное благосостояние, социализация, удовлетворенность учреждениями социальной сферы;

3) духовная жизнь как процесс самореализации: жизнь понимается как среда «осознанного выбора и реализация человеком целей и смысла своего существования, эстетических ценностей и потребностей» [84, С. 163], основными показателями являются уровень образования, сфера деятельности, уровень общей культуры.

В данном подходе здоровье рассматривается с точки зрения его физиологической составляющей (физическое здоровье). Если снова обратиться к определению здоровья, сформулированному ВОЗ, становится ясно, что в комплексном понимании здоровье человека является показателем всех трех выделенных аспектов человеческого существования.

Таким образом, можно сделать вывод, что здоровье населения является первоэлементом, одним из наиважнейших объектов воздействия в процессе повышения его качества жизни. Эта мысль была подчеркнута также в исследованиях Э.А. Фомина и Н.М. Федорова, которые полагают, что с момента признания комплексного характера здоровья (главным образом, вследствие упомянутого определения здоровья, сформулированного ВОЗ) показатели здоровья, физического и психосоциального самочувствия начали рассматриваться социологами и политиками «в качестве кумулятивных индикаторов уровня благополучия (качества жизни) общества в целом и его отдельных слоев» [139, С. 35].

Рассмотрим основные факторы, влияющие на состояние здоровья человека. Нам представляется, что основное воздействие на здоровье членов современного общества оказывают следующие факторы: демографические характеристики (пол, возраст), наследственность, система здравоохранения, экологическая ситуация в месте проживания, социально-психологическая среда, экономические условия жизнедеятельности, здоровый образ жизни. Ниже подробнее рассмотрим влияние каждого из обозначенных факторов на состояние здоровья человека.

Демографические характеристики (пол, возраст) и генетический фактор (наследственность) имеют непосредственное влияние на состояние здоровья человека. Очевидно, что в старших возрастных группах больше хронических больных и имеющих инвалидную группу, чем в более молодых. Так, согласно статистическим данным, в 2010 г. имели хотя бы одно хроническое заболевание 42% россиян в возрасте 14–60 лет и 81% – в возрасте старше 60 лет; наличие инвалидности зафиксировано у 4% и 31% россиян соответственно [65, С. 171].

Многочисленные медицинские исследования показывают, что некоторые болезни, прежде всего болезни мочеполовой системы, имеют половую детерминированность. Показательно, что среди медиков и общественности употребляются такие понятия, как «мужские» и «женские» болезни. Согласно данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат), мужчины в два раза чаще женщин болеют язвой желудка и/или двенадцатиперстной кишки (9,6%), женщины в 1,5–2 раза чаще мужчин – остеохондрозом (36,5%), гипертонической болезнью (30,1%), холециститом (13,2%) [22].

Гены на 15–20% определяют здоровье индивида, по данным ВОЗ, и способствуют возникновению целого ряда наследственных заболеваний, как-то: болезнь Дауна, синдром Шерешевского-Тернера, синдром Клайнфельтера, синдром трисомии X и др.[7].

Система здравоохранения имеет первостепенное значение в первую очередь для восстановления и поддержания состояния здоровья, реабилитации организма после болезни. Отметим, что зависимость между здоровьем населения и состоянием системы здравоохранения является опосредованной. Всемирная организация здравоохранения оценивает вклад медицинской помощи в поддержание здоровья населения в 10%, отдавая главную роль образу и условиям жизни, экологии, питанию и т. д. Однако некоторые исследователи полагают, что «роль медицинской помощи, ее возможности в связи с развитием новых технологий, возможно, становятся больше. Это важно, так как обеспечение доступа к медицинской помощи – своевременно и качественно – это скорее задача государства. В то время как другие элементы включают более личные сферы жизни человека, на которые влиять гораздо сложнее. Обеспечение доступа к медицинской помощи вместе с развитием систем здравоохранения стало задачей не только социальной, но и политической» [147]. Кроме того, важное значение в области укрепления и сохранения здоровья имеет профилактическая медицина, направленная на предотвращение заболеваний, а не на их лечение.

Экологическая ситуация в месте проживания с ростом влияния неблагоприятных факторов техногенного этапа развития общества оказывает на состояние здоровья населения все большее прямое или косвенное воздействие. Согласно данным ВОЗ влияние экологических факторов на здоровье оценивается в 20–25% от общего объема воздействующих факторов. Экологи, социальные экологи, медики, основываясь на данных медицинской статистики, говорят, что в современных обществах, несмотря на развитие медицины, совершенствование технологической базы систем здравоохранения, наблюдается возрастание частоты многих хронических заболеваний и патологических процессов [см., напр., 11, 124]. Среди них хронические заболевания органов дыхания, аллергические реакции, генетические и врожденные пороки, злокачественные опухоли и болезни крови, артериальная гипертония, атеросклероз и ишемическая болезнь сердца, неврозы, нарушения зрения и слуха и др. [5]. Согласно данным исследований загрязнение воздуха приводит к распространению заболеваний органов дыхания (например, рак легких, аллергические реакции); радиоактивные элементы способствуют ухудшению соматического и репродуктивного здоровья, появлению онкологических и гематологических нарушений.

Следует отметить, что первые заболевания, обусловленные неблагоприятной экологической средой, появились достаточно давно. Это в первую очередь кишечные инфекции (дизентерия, брюшной тиф, холера), возникавшие ввиду употребления загрязненной питьевой воды. Заболевания, вызываемые водой, возникают в виду глотания, вдыхания и кожного контакта с многочисленными инфекционными агентами. Согласно статистике, в современной России регистрируется в среднем 100–200 вспышек острых кишечных инфекций, причем чаще они возникают в регионах, где имеет место высокая степень загрязнения поверхностных водных источников [106, С. 30].

Социально-психологическая среда влияет главным образом на социальное и психическое здоровье и включает в себя следующие аспекты: социализирующая среда, включенность в малые социальные группы, круг общения, наличие/отсутствие близких межличностных связей (родственных, дружеских,

интимных), стрессовые ситуации, досуг и проч. Статисты сообщают о существенной связи между психологическим здоровьем людей и их социально-демографическими характеристиками. Так, стрессы чаще испытывают женщины; люди старших возрастов, а также имеющие детей испытывают страхи потери работы и неопределенного будущего; подростки, а также не состоящие в браке наиболее болезненно переносят одиночество [22].

Также имеется зависимость состояния здоровья от особенностей профессиональной деятельности и среды. Например, относительно чаще безразлично относятся к своему здоровью предприниматели (63,9% опрошенных) [22]. У специалистов социального некоммерческого сектора (медицинских сестер, социальных работников, воспитателей, учителей) часто формируется «синдром выгорания», сопровождаемый психосоматическими расстройствами, например, бессонницей, головными болями [23, С. 8]. Женщины 30–40 лет, высоко поднявшиеся по карьерной лестнице, наиболее уязвимы перед синдромом хронической усталости («синдром менеджера»), основными симптомами которого являются чувство постоянной и повышенной усталости [92].

Экономические условия жизнедеятельности определяют материальные возможности обеспечения здоровья. Этот фактор имеет огромное значение для малоимущих слоев населения, однако с ростом доходов этот фактор уступает свои позиции самодетерминирующему поведению, проявляющемуся в практиках здорового образа жизни. Согласно статистическим данным наиболее заметные различия по показателю заболеваемости имеют место в слоях населения с разным уровнем доходов. Например, от остеохондроза страдают 27,2% респондентов с высоким уровнем дохода, 36,6% – со средним уровнем дохода и 45,6% – с низким; от гипертонической болезни и/или ишемической болезни сердца – 21,5%, 32,2% и 41,2% соответственно; от артрита – 7,1%, 12,9% и 21,2% соответственно. Исследования показывают, что в группе респондентов с низким уровнем доходов в среднем 8–9 из 10 респондентов страдают двумя заболеваниями [22].

Данные исследований показывают, что экономический фактор оказывает двойное влияние на различные показатели здоровья. Так, с одной стороны, чем выше материальное положение, тем чаще обращения за профилактической помощью в учреждения здравоохранения и тем больше доля лиц с диагностированными хроническими заболеваниями. С другой стороны, чем выше материальное положение, тем в среднем меньше доля лиц с тяжелыми сердечно-сосудистыми и другими болезнями.

Здоровый образ жизни занимает среди остальных факторов особенное место. Согласно данным ВОЗ (1980-е гг.), здоровье на 50–55% зависит от образа жизни. Однако новые данные научных исследований демонстрируют, что продолжительность жизни, здоровье, жизненный тонус и активность современного человека уже на 70% зависят от образа жизни [103]. Среди составляющих здорового образа жизни выделяют двигательную активность, рациональное питание, комфортные условия труда (учебы) и быта, рациональный режим труда и отдыха, оптимальную физическую нагрузку, отказ от вредных привычек, безопасную интимную жизнь [136, С. 202]. Одним из основных элементов здорового образа жизни являются занятия спортом и физкультурой. Исследования показывают, что люди, занимающиеся спортом и физкультурой, в 2,2 раза реже страдают от ишемической болезни сердца и/или гипертонической болезни, в 2 раза реже – от артрита, в 1,8 раза реже – от остеохондроза и т.д. [22].

Таким образом, здоровый образ жизни является фактором, детерминирующим состояние здоровья. Это означает, что человек, реализуя практики здорового образа жизни, значительно повышает свои шансы на более высокий уровень состояния здоровья, а значит, и качества жизни.

Здоровый образ жизни, как и непосредственно здоровье, относится к социальным факторам качества жизни. Рассмотрим, каким образом происходит взаимодействие здорового образа жизни с другими факторами качества жизни.

Материальное положение (экономический фактор) становится решающим фактором качества жизни для низкодоходных групп населения, так как перед ними остро встает необходимость удовлетворения первичных потребностей: еда, одежда, жилье. Люди в таком положении озабочены скорее выживанием, а не поддержанием состояния здоровья. Однако с возрастанием доходов на первый план выходят другие факторы, в том числе и самосохранительное поведение, практики здорового образа жизни.

Влияние политико-правовых факторов проявляется в социальной политике российского государства, одним из направлений которой является приобщение населения к ведению здорового образа жизни. Ярким примером тому стал приоритетный национальный проект «Здоровье» (2009–2012 гг.), а также федеральная программа «Здоровая Россия». Эти программы призваны стимулировать население к ведению здорового образа жизни через развитие доступной спортивной инфраструктуры, повышение информационной грамотности населения в области здоровья и здорового образа жизни, улучшение работы учреждений здравоохранения т.д.

Природно-экологические факторы современного техногенного общества, также как генетические факторы, зачастую оказывают негативное влияние, сводя к нулю усилия индивида в реализации практик здорового образа жизни. Однако присутствие данных факторов говорит только о том, что для повышения качества жизни необходима еще большая концентрация усилий на здоровье и здоровом образе жизни. В данном контексте обоснованными выглядят представления о здоровом образе жизни как о факторе защиты от экологических и генетических рисков: «в эпоху научно-технического прогресса, которому сопутствуют химические и физические загрязнения окружающей среды, негативные последствия процесса урбанизации, принципы здорового образа жизни становятся мощным фактором предупреждения наиболее распространенных заболеваний» [50, С. 1211].

Духовные и социальные факторы качества жизни связаны в первую очередь с информированием населения о содержании и возможностях ведения здорового

образа жизни посредством СМИ и системы образования, приобщением к культуре здорового образа жизни посредством коммуникативных кампаний и проч. Другими словами, речь идет о формировании здорового образа жизни. Основные институты, влияющие на данный процесс, – семья, система образования, а также СМИ. Семья является институтом первичной социализации и способствует усвоению индивидом норм здорового образа жизни с самого рождения. Система образования, будучи институтом вторичной социализации, посредством обучения и воспитания должна ориентировать личность на ведение особого образа жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья [15, С. 85]. СМИ, являясь действенным инструментом воздействия на массовое сознание, повышают эффективность законодательных и общественных инициатив, массовых мероприятий и акций, профилактических программ в сфере здоровья [58, С. 22].

В нашей работе мы направим внимание прежде всего на такие составляющие здорового образа жизни студенческой молодежи, как физическая активность, отказ от вредных привычек, рациональное питание, сохранение и укрепление психического и социального здоровья, а также самооценка здоровья.

Ниже рассмотрим некоторые особенности студенчества как социально-демографической группы, которые определяют специфический подход к формированию здорового образа жизни в данной группе.

Студенчество как социально-демографическая группа – это определенная часть молодежи, имеющая общие со всей молодежью характеристики, а также отличительные черты. Студенчество обладает своей половозрастной структурой, численностью, отличается определенным общественным статусом, а также особой социализационной стадией (студенческие годы) [119], которую проходит значительная доля российской молодежи и которая имеет некоторые социально-психологические особенности.

С повышением престижа и социальной значимости профессионального образования роль студенчества в социуме возрастает. Студенчество является не только ресурсом развития страны, возвращая квалифицированных специалистов, но и само по себе является многочисленной и значимой социально-

демографической группой. Так, согласно данным официальной статистики в 2013/14 учебном году в российских государственных и коммерческих организациях высшего образования проходили обучение более 5 млн чел. Однако отметим, что количество и доля студентов в России, начиная с 2008 г., имеют тенденцию к снижению: в 2008/09 учебном году – 7,5 млн чел. (526 на 10 000 чел. населения), в 2010/11 – 7,05 млн чел. (493 на 10 000 чел. населения), в 2013/14 – 5,65 млн человек. (393 на 10 000 чел. населения) [90].

Несмотря на разницу в жизненных шансах (социальное и материальное положение семьи, пол, национальность и проч.), студенты характеризуются общим видом занятости, в связи с чем можно говорить о студенчестве как о социально-профессиональной группе. Общая деятельность в сочетании с территориальным сосредоточением (города) порождает у студенчества общность интересов, групповое самосознание, специфический образ жизни [115]. Перечисленные характеристики дополняются и преумножаются свойственной данной группе возрастной однородностью (в среднем 17–25 лет), чем обделены другие социально-профессиональные группы.

На наш взгляд, наиболее существенными характеристиками студенчества, имеющими отношение к формированию здорового образа жизни, являются возрастные психофизиологические особенности, род занятости (обучение в образовательных организациях), проживание в условиях урбанистической среды, имеющийся уровень сформированности основных компонентов здорового образа жизни.

Здоровье и здоровый образ жизни приносят весомый вклад в качество жизни студенчества, как и населения в целом (что было рассмотрено выше). Однако, по мнению автора, для студентов здоровый образ жизни имеет наивысшую значимость с точки зрения обеспечения высокого качества жизни в будущем. Это обусловлено тем, что с годами значение здоровья как фактора качества жизни значительно возрастает ввиду увеличения проблем со здоровьем в более старших возрастных группах [156].

В данном параграфе нами был проведен анализ взаимодействия здорового образа жизни с различными факторами качества жизни. Было выявлено, в частности, что экономические факторы качества жизни являются первостепенными для низкодоходных групп населения, а при росте доходов на первый план выходят социальные факторы, в том числе здоровье и здоровый образ жизни. Духовные факторы качества жизни (в первую очередь процессы информирования и популяризации знаний в области здоровья и здорового образа жизни) крайне важны в процессе формирования здорового образа жизни населения. Политико-правовые факторы обеспечивают регулирование сферы приобщения населения к здоровому образу жизни на государственном уровне. Экологические и генетические факторы находятся в тесной взаимосвязи со здоровым образом жизни: при их значительном негативном воздействии усилия в области здорового образа жизни оказываются менее эффективными для сохранения и укрепления здоровья и повышения качества жизни индивида.

Итак, в рамках первой главы нами были определены основные теоретические рамки диссертационного исследования. Мы определили, что здоровый образ жизни является фактором, детерминирующим состояние здоровья человека, что оказывает непосредственное воздействие на качество его жизни. Следовательно, формирование здорового образа жизни является важным направлением в повышении качества жизни населения. Отметим в заключение, что при решении задачи формирования здорового образа жизни населения (в том числе студенчества) следует исходить из принципа комплексности, предполагающего систему взаимосвязанных мер социально-экономического, организационного и воспитательного характера на институциональном (макро-) и агентном (микро-) уровне. Более подробно влияние социальных институтов и социализирующих агентов на процесс формирования здорового образа жизни российской студенческой молодежи проанализировано нами во второй главе.

Глава 2. Институты и социальные агенты, влияющие на процесс формирования здорового образа жизни российского студенчества

2.1. Особенности влияния основных институтов и социальных агентов, детерминирующих процесс формирования здорового образа жизни студенчества

Процесс формирования здорового образа жизни мы будем рассматривать как составляющую часть общего процесса социализации личности. Понятие социализации подразумевает под собой совокупность механизмов, процессов и результатов приобретения человеком социального опыта. Для того чтобы определить, что вкладывается в это понятие, необходимо обратиться к развернутому описанию сущности названного процесса.

Социализация предстает в виде совокупности социальных процессов, благодаря которым под воздействием социума индивид усваивает существующую систему норм и ценностей, позволяющих ему стать личностью, освоить определенные роли и функционировать в качестве члена общества. Однако, на наш взгляд, такой подход ограничивает понимание процесса социализации: в этом случае социализирующийся индивид лишен деятельного начала и является лишь пассивным объектом общественного воздействия. В связи с этим в данной работе мы будем опираться на другой подход, предполагающий активное участие индивида в процессе социализации [см., напр., 73]. Согласно данному подходу, социализация имеет две стороны.

Во-первых, социализация – это адаптация личности к обществу путем усвоения социального опыта, ценностей, норм, установок, присущих как обществу в целом, так и отдельным группам. Во-вторых, социализация – это формирование собственной позиции и неповторимой индивидуальности, процесс саморазвития и самореализации, в ходе которого воспроизводится и создается новый социокультурный опыт. Таким образом, социализация предстает как двунаправленный процесс: общество воздействует на индивида,

способствуя возвращению личности, которая в свою очередь оказывает воздействие на общество, ретранслируя систему общественных отношений ввиду активной деятельности, включения в социум и его преобразования. В рамках такого понимания социализации формирование здорового образа жизни рассматривается как неотъемлемое звено процесса адаптации к окружающему миру, а также последующей ретрансляции интериоризованных образцов поведения.

Процесс социализации, продолжающийся на протяжении всей жизни, происходит под воздействием институтов (на макроуровне) и агентов (на микроуровне), значимость которых меняется в зависимости от возрастного периода.

В процессе формирования здорового образа жизни населения, в том числе студентов, принимают участие различные социальные институты. Так же как и процесс социализации в целом, формирование здорового образа жизни не ограничивается исключительно детством. Однако основы здорового образа жизни, как и отклонения в состоянии здоровья, закладываются преимущественно в детском, юношеском и молодом возрасте. Каждый из этих жизненных периодов характеризуется собственными возрастными психологическими особенностями, условиями жизни, характером основной деятельности, а также особыми институтами и агентами влияния.

Исследователями [см., напр., 14, 134] чаще всего выделяются три основных института, оказывающих наибольшее воздействие на формирование здорового образа жизни индивида: семья, система образования и система здравоохранения.

В детском возрасте наибольшее значение на процесс социализации в целом и на формирование здорового образа жизни оказывает семья, в рамках которой проходит первичная социализация. Ближайшие старшие родственники (родители, бабушки и дедушки, братья и сестры и т.д.) в этот период жизни являются непреложными авторитетами – главными агентами социализации. Семья закладывает основы физического, психического и

социального здоровья, она же является и основной социальной средой развития человека, особенно в детском возрасте. Поэтому изучение характера и направленности влияния семьи на формирование здоровья человека особенно актуально.

На макроуровне семья как институт выполняет целый ряд социально значимых функций: экономическая, репродуктивная, воспитательная, рекреативная, коммуникативная, регулятивная. Все эти функции имеют отношение к формированию здорового образа жизни. Так, экономическая функция обеспечивает финансово-материальную поддержку нетрудоспособным членам семьи, предоставляет материальные средства для обеспечения здоровья и ведения здорового образа жизни. Воспитательная функция, заключающаяся в процессе первичной социализации, формирует установки, ценности, привычки относительно здоровья и здорового образа жизни. Репродуктивная функция создает условия для рождения в здоровой семейной атмосфере. В зависимости от репродуктивных установок родителей, состояния их здоровья определяется количество рождаемых в семье детей. Можно предположить, что в основе формирования у детей здорового образа жизни лежат в том числе генетические факторы, заложенные в материнском и отцовском началах.

Рекреативная и коммуникативная функции, выраженные в возможности непринужденного доверительного общения, отдыха, эмоциональных родственных привязанностей, близких отношений, оказывают огромное влияние на психическое и социальное здоровье всех членов семьи. Регулятивная функция представляет собой систему регулирования отношений между членами семьи, в том числе первичный социальный контроль и реализацию власти и авторитета. Отметим, что взрослый человек также подвержен воздействию регулятивной функции семьи. Само чувство принадлежности семье в значительной мере регулирует поведение людей на работе, в общении с другими людьми. Кроме того, регулятивная функция регламентирует сексуальные отношения, защищая людей от небезопасных

сексуальных контактов и беспорядочных половых отношений, что является важным элементом здорового образа жизни и, безусловно, положительно влияет на физическое здоровье человека. Проанализировав подходы к пониманию функций института семьи как социального института, можно заключить, что все они вносят свою лепту в формирование здорового образа жизни личности. Таким образом, функции семьи по формированию здорового образа жизни крайне важны, причем влияние их остается значительным не только в младшем детском возрасте, но и в более взрослом – юношеском, студенческом – несмотря на возрастание роли других институтов в этом процессе.

Стоит отметить также тот факт, что, как правило, именно в семье формируются основы религиозного самосознания. Религиозные нормы, одной из основных целей которых является регулирование жизни верующих, не обходят своим вниманием и вопросы здоровья и здорового образа жизни. Модели здорового тела различаются в зависимости от конфессиональной принадлежности. Религия оказывает значительное воздействие не только на духовное (вера, мораль) и социальное здоровье (принадлежность к религиозной общине), но и на физическое здоровье верующих. Различия в религиозных моделях здоровья и здорового образа жизни могут проявляться в следующем: отношение к телу в рамках религиозных ритуалов и повседневной жизни; эстетика тела (параметры красивого тела); техники питания (дозволенное/недозволенное, табу, посты и проч.), отношение к еде (необходимое количество, качество и проч.); гигиена; сексуальные практики; отношение к спорту и физической культуре, фитнесу, диетам и проч.

В качестве примера рассмотрим более подробно отношение к здоровью и здоровому образу жизни в рамках двух наиболее распространенных религий Республики Татарстан – ислама и православия.

Мусульманская модель опирается на положение, согласно которому физическое тело человека имеет самую наилучшую и безупречную форму, не нуждающуюся в каких-либо дополнениях и исправлениях. В Коране

говорится: «Аллах придал вам облик и сделал ваш облик самым совершенным» (Коран, 40:64), а также: «Мы сотворили человека лучшим сложением» (Коран, 95:4). Тело играет значимую роль в повседневной жизни мусульманина. На многих Интернет-сайтах мусульманской тематики размещен документ под названием «Памятка мусульманина», согласно которому каждый мусульманин должен проявлять заботу о своем теле и здоровье, посещать врачей, выполнять их предписания, содержать тело в чистоте, заботиться о том, чтобы его тело всегда было сытым, но при этом не злоупотреблять едой. Мусульманин также должен категорически отказаться от курения и употребления спиртного. Стоит отметить обилие упоминаний (статей и прочих материалов) о физическом теле и внешнем виде верующих на исламских сайтах и порталах, что свидетельствует об их значимости для мусульман.

Отношения мусульманина со своим телом строго регламентированы. Первостепенное значение в этом вопросе отводится соблюдению правил гигиены. Коран говорит, что Аллах «...любит очищающихся» (Коран, 9:108). В Коране сказано также следующее: «Когда вы осквернены, очищайте свои тела» (Коран, 5:6). Для мусульман опрятность и чистота – это часть веры, имеющая как личное, так и социальное значение.

Отношение к еде также имеет весомое значение при описании модели здорового тела, так как питание в известной степени определяет его параметры. Мусульманам рекомендуется есть ровно столько, чтобы этого оказалось достаточно для поддержания здоровья, физических сил и активности.

Ислам признает, что спорт укрепляет здоровье людей, поэтому разрешает заниматься спортом всем мусульманам, независимо от пола – и мужчинам, и женщинам, и даже поощряет это занятие. Однако при занятиях спортом мусульманам необходимо соблюдать несколько строгих правил: 1) нельзя допускать, чтобы занятия спортом наносили вред здоровью; 2) при занятиях любым видом спорта нельзя открывать свой аура (те части тела, которые

нужно скрывать от посторонних глаз) как женщинам, так и мужчинам; 3) мужчинам следует заниматься спортом с целью укрепления и наращивания физической силы, ловкости, скорости, но не для того, чтобы гордиться и хвастаться своим телом (например, занятие бодибилдингом приветствуется, если имеет своей целью наращивание физической силы, но оно порицается, если человеком движет стремление к самолюбованию и тем более публичной демонстрации своего тела).

В догматике православного христианства также уделяется внимание физическому здоровью верующих. Бытует мнение, что в православной среде имеет место пренебрежительное отношение к телу. Однако это мнение не отражает реальности, являясь скорее мифом, чем правдой. Хотя православная модель тела и основана на подчиненном положении человеческого тела относительно души, тело имеет весомое значение для православных. Физическое тело воспринимается в православии не как темница души, а как храм души: «Ваше тело – храм Духа Святого. Прославляйте Бога в телах Ваших. Вы искуплены дорогой ценой» (1 Кор 6:19–20). В связи с высокой значимостью тела, человеку предписывается проявлять заботу о нем, оберегать.

Что касается норм питания, то в православии пропагандируется принцип умеренности в пище, отказ от крайностей. В христианстве, в том числе и православии, нет четких рамок и табу относительно употребления тех или иных продуктов питания вне поста. Так же как и мусульмане, православные соблюдают пост, на который приходится более полугода православного календаря. Православный пост подразумевает ограничения в пище в виде отказа от животных белков и жиров, однако это не главное: эти ограничения служат подспорьем для облегчения общения с Богом в период поста.

Отношение к спорту в православии сходится с таковым в исламе в том смысле, что оно зависит от мотивов верующего, занимающегося им. Так, в современном мире, полном стресса, занятия спортом поощряются, если имеют

своей целью укрепление физического и психического здоровья, чего не скажешь о мотивах, связанных с тщеславием, волей к победе.

Таким образом, на примере таких религий, как православное христианство и ислам, можно сделать вывод о существенном влиянии религиозных норм на формирование здорового образа жизни в аспектах питания, соблюдения гигиены и общей заботы о здоровье и теле. Эти выводы подтверждаются данными социологических исследований среди верующей молодежи, для которой здоровье является одним из наиболее значимых жизненных приоритетов. Так, согласно данным опроса студентов вузов города Ростова-на-Дону в 2014 г. рейтинг наиболее значимых жизненных ценностей студенческой молодежи в зависимости от религиозной принадлежности выглядит следующим образом:

– для православных: на первом месте здоровье (85,3%), на втором – семья (76,1%), на третьем – личный достаток, уровень жизни (59,9%);

– для мусульман: на первом месте здоровье (76,6%), второе и третье место разделили три ценности – личный достаток, уровень жизни и вера в Бога (религия) (по 53,2%), и далее – семья (51,1%) [131, С. 82].

Институты образования и здравоохранения вносят существенный вклад в формирование здорового образа жизни населения. Они функционируют под воздействием политики. Политические институты в социальной системе призваны исполнять функции целеполагания, контроля и координации, административно-правового регулирования. Ключевая задача политики – сохранение целостности общественной системы. В связи с этим можно утверждать, что политические институты должны играть ведущую роль в определении стратегии развития системы здравоохранения, поскольку от эффективной деятельности в сфере охраны здоровья населения зависит экономическое развитие страны, ее обороноспособность, духовное состояние нации, благополучие общества в целом.

Здравоохранение мы будем рассматривать как социальный институт, в котором под воздействием объективных и субъективных факторов

осуществляется социальное взаимодействие между людьми в вопросах поддержания, укрепления и восстановления здоровья населения. Существенной характеристикой этого взаимодействия является участие в нем профессионалов – врачей, медицинских работников, управленцев в сфере здравоохранения. Другими словами, если говорить о воздействии на здоровый образ жизни, то здравоохранению свойственны специализированные усилия в данном отношении при использовании ресурсов органов управления, учреждений и кадрового потенциала системы здравоохранения. Здравоохранению свойственны следующие социальные функции: лечебная, охранительная, социально-профилактическая, диагностическая, пропагандистско-воспитательная, а также функция медико-социальной экспертизы [46, С. 87]. Институт здравоохранения призван не только диагностировать и лечить болезни, но и прежде всего вести профилактическую работу с населением, осуществлять пропагандистско-просветительскую деятельность с целью формирования установок на ведение населением здорового образа жизни [15, С. 85]. Так, проявлением профилактической функции здравоохранения является диспансеризация – профилактический осмотр у врачей-специалистов. Согласно данным всероссийского опроса Фонда «Общественное мнение», проведенного в 2014 г., россияне в большинстве своем (78%) отметили, что имеют возможность пройти диспансеризацию по месту жительства или по месту работы. При этом 12% россиян пожаловались, что не имеют такой возможности. Отметим, что ситуация заметно улучшилась по сравнению с 2006 г., когда указанное соотношение составляло 52% и 32%. Однако несмотря на осведомленность о возможности прохождения диспансеризации, регулярно ее проходят лишь 48% (в 2006 г. – 30%). С 2013 г. в России перешли к регулярной диспансеризации населения: медицинские осмотры в рамках диспансеризации будут проводиться 1 раз в 3 года. Однако согласно данным опроса об этом хорошо осведомлены лишь треть опрошенных (31%), каждый четвертый (25%) «что-то слышал об этом». Относительное

большинство опрошенных (41%) ничего об этом не слышали на момент проведения опроса [93]. Соответственно, можно прийти к выводу, что программа не получила общественный отклик ввиду низкого уровня информационно-просветительской работы, направленной на разъяснение возможностей программы, что, вероятнее всего, обусловлено неэффективным сотрудничеством со средствами массовой информации. Таким образом, обособленные меры какого-либо института не окажут требуемого эффекта – необходим комплексный подход.

Стоит отметить, что государство в России не снимает с себя ответственность не только за охрану здоровья граждан, но и за формирование здорового образа жизни. Признается, что, несмотря на принятые нормативные правовые акты, профилактическая работа все еще не достигла уровня единой системы действий. С 2009 г. Министерство здравоохранения Российской Федерации реализует программу «Здоровая Россия», главная цель которой – формирование бережного отношения граждан к здоровью, основанного на принципе ведения здорового образа жизни. В рамках института здравоохранения созданы и функционируют специализированные учреждения (центры здоровья), призванные осуществлять мероприятия по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации. Центры здоровья рассчитаны на здорового человека, и их основной задачей является повышение уровня знаний и практических навыков по ведению здорового образа жизни [99].

Остановимся подробнее на социализации индивида в период студенчества – то время, когда идет процесс активного становления индивида как члена общества. Вслед за П. Бергером и Н. Лукманом будем рассматривать социализацию студентов как вторичный этап социализации в образовательной, воспитательной и научной подсистемах формального образования, когда уже социализированная личность включается в пространство учреждения образования [115]. Сегодня учреждения профессионального образования выполняют колоссальную роль в обществе,

принимая на себя ряд социально значимых функций, таких как подготовка квалифицированных, компетентных специалистов, их социализация и адаптация в сложных социально-экономических условиях. Образовательные учреждения являются также для студентов средой деятельности – учебной, культурной, общественной и проч. Таким образом, можно заключить, что социализация в период студенчества является важным этапом становления личности специалиста, закладывая основы профессиональной социализации, а также продолжая социализацию по другим направлениям (этническая, гендерная, трудовая, политическая, гражданская и проч.) [137]. Отметим, что успешная социализация студента зависит от формирования у личности позиции созидателя в отношении своего здоровья и здоровья окружающих. Психологической основой ее формирования является наличие у личности потребности в здоровом образе жизни.

Образование призвано выполнять ряд социальных функций: регулятивная, интегративная, функция социальной селекции, активизации социальных перемещений (механизм «социального лифта») и др. [см., напр., 123]. Однако наиболее значительная функция образования – осуществление процесса вторичной социализации личности, которая заключается в усвоении социальных ролей и других социально-адаптационных процессах, характерных для жизни взрослого человека, таких как: изменения личностных качеств, норм, ценностей, моделей поведения, сформированных в ходе первичной социализации.

В процессе социализации происходит трансляция культурных ценностей от старшего поколения к молодому, молодежь приобщается к жизни общества и интегрируется в социальную систему. Данная функция института образования, наряду с регулятивной, оказывает наибольшее влияние на формирование установок относительно здоровья и норм здорового образа жизни.

Программы общеобразовательных учреждений, учреждений высшего и среднего образования в обязательном порядке включают в себя занятия по

физической культуре, а также по основам знаний относительно строения человеческого организма, здорового образа жизни, оказания первой медицинской помощи и проч. (в рамках курсов валеологии, ОБЖ, физической культуры) [46, С. 87]. Кроме обозначенного непосредственного влияния в рамках преподаваемых курсов, институт образования оказывает косвенное воздействие на учащихся посредством воспитательной работы, личного примера учителей, преподавателей, а также влияния коллектива учащихся. На наш взгляд, значительное влияние на мотивацию студентов оказывает научно-исследовательская деятельность студентов в сфере здорового образа жизни, которая находит отражение в студенческих конференциях, проводимых российскими учреждениями профессионального образования. Все получаемые таким образом знания, навыки и умения необходимы для развития установок на ведение здорового образа жизни, формирования заинтересованности в нем.

Кроме того, существует сфера дополнительного образования – спортивные и танцевальные школы, кружки, секции, и проч., что также способствует повышению физической активности и укреплению физического здоровья подрастающего поколения. Отметим, что секционные занятия пользуются популярностью по разным данным среди 30–50% студентов российских вузов. Так, например, исследование среди студентов Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского показало, что секционные занятия по различным видам спорта посещают 48% опрошенных [136, С. 201], студенты Уральского университета им. А.М. Горького сообщили об этом в 30,8% случаев [20]. Также представляет интерес опыт организации на базе образовательных учреждений кружков и клубов по интересам в области здорового образа жизни (например, кружок валеологии в Миасском медицинском колледже, студенческий научный кружок в Воронежском государственном медицинском университете им. Н.Н. Бурденко, кружок «Родник здоровья» в Саратовском колледже книжного бизнеса и информационных технологий). Отметим, что

необходимым условием положительного влияния дополнительного образования на формирование здорового образа жизни студентов является его материальная доступность (бесплатная основа секций, кружков и проч.).

Кроме указанных выше наиболее важных институтов формирования здорового образа жизни (семьи, образования и здравоохранения), в этот процесс включен еще целый ряд институтов и агентов социализации.

Влияние социального окружения (друзья, знакомые, одноклассники, одноклассники, коллеги и проч.) на эмоционально-ценностное отношение к здоровью и практикам здорового образа жизни оценивается нами как значительное. Компании друзей образуются преимущественно среди людей со схожими интересами, образом и стилем жизни, особенно это актуально для молодых людей.

В качестве примера приведем исследование, опубликованное в 2010 году в американском журнале *Journal of Health and Social Behavior* [162]. Авторы исследования на эмпирическом материале показывают, как состояние здоровья подростков влияет на их круг общения. Исследование проводилось методом личных интервью среди старших школьников. В рамках интервью перед подростками были поставлены две основные задачи: дать самооценку состоянию своего здоровья и описать отношения с одноклассниками. Ученые при этом основывались на существовании трех факторов, определяющих создание дружеских отношений: регулярность общения, взаимный интерес, взаимная удовлетворенность от общения. Эти факторы необходимы для развития дружбы, в то время как сбой одного из них может оказать губительное воздействие на отношения. Например, частые болезни или инвалидность могут стать препоной для регулярных встреч и общения со сверстниками, особенно если в компании принято играть в подвижные игры, активно проводить время. Частые пропуски занятий в школе по причине болезни снижают шансы завести школьных друзей.

Изучение влияния состояния здоровья на количество и качество социальных связей имеет большой потенциал для преобразования различных

аспектов социальной действительности. Например, возможна разработка социального механизма, направленного на создание дружеских связей и повышение успеваемости учащихся со слабым здоровьем.

Отдельно стоит отметить воздействие референтных групп – реальных или условных социальных общностей, с которыми индивиды соотносят себя как с эталоном и на нормы, мнения, ценности и оценки которых они ориентируются в своем поведении и в самооценке. Референтные группы участвуют в формировании в индивидуальном сознании установок ценностно-нормативной регуляции личности, в том числе и установок относительно здоровья и здорового образа жизни. Так, согласно данным исследований В.А. Морозова референтное воздействие малых групп (компании друзей, учебной группы) на студентов колледжа носит частичный характер, определяя некоторые когнитивные и поведенческие составляющие здорового образа жизни. Автор заключает, что «представления студентов социального колледжа о вреде курения и употреблении алкоголя, о переедании и недоедании, о вреде травматического спорта, о вреде азартных игр, о сексуальной свободе в большей части подвержены влиянию референтной группы сверстников и друзей» [78, С. 20].

Определенное воздействие на формирование здорового образа жизни студенческой молодежи оказывает зарождающаяся в крупных российских городах мода на здоровый образ жизни. Развитие данного феномена в широком смысле происходит под воздействием деятельности СМИ, в более узком (локальном) понимании – под воздействием лидеров мнений, референтных групп, круга общения. Мы видим проявления моды на здоровый образ жизни в повышенном интересе к различным его аспектам, будь то занятия любительским спортом, танцами, вопросам правильного питания, развитие велодвижения. Работодатели в качестве конкурентного преимущества для потенциальных сотрудников предлагают абонементы в фитнес-клубы, количество которых стремительно растет. На экранах телевизоров и на страницах популярных изданий появляются все новые

материалы с советами по питанию, похудению и т.п., в социальных сетях множатся соответствующие сообщества.

Общественные организации, являясь представителями гражданского общества, также имеют определенное воздействие на формирование установок на здоровый образ жизни. Так, по мнению Ю.В. Луценко, «спортивная тема в целом неразрывно связана с молодежными организациями... Используя накопленный опыт, можно сформировать положительный социальный эффект через системную работу самой организации и за ее пределами (руководство молодежных организаций города должно разделять основную идею бренда и стремиться поделиться ей). Выразаться эта работа может в создании многопрофильных и многофункциональных спортивных площадок, пропагандирующих здоровый образ жизни..., мастер-классов, событий молодежных организаций» [74].

Таким образом, рассмотрев влияние основных социальных институтов и социализирующих агентов на формирование здорового образа жизни и приняв во внимание, что оно происходит в рамках первичной и вторичной социализации личности, мы приходим к следующим выводам. Здоровый образ жизни обусловлен многомерным воздействием со стороны государственных институтов (образование и здравоохранение), гражданского общества (общественные организации), а также малых групп (семья, друзья, референтные группы). Кроме того, было выявлено положительное влияние на формирование здорового образа жизни в таких аспектах, как питание, соблюдение гигиены, со стороны религиозных норм двух традиционных для Татарстана конфессий – ислама и православия. В контексте «религиозного возрождения» [144] республики для значительной доли молодых татарстанцев (в том числе студентов) влияние религиозных норм является весьма актуальным. Так, например, по данным 2011 г. 89,3% татарской молодежи республики назвали себя верующими (в том числе глубоко верующими – 5,3%) [30, С. 79-81]. Примем во внимание, что при исследованиях религиозности обычно выделяется весомая доля так называемых

номинальных верующих (считающих себя приверженцами той или иной религии, но не исполняющих обряды, культы и проч.), тем не менее, на наш взгляд, религиозный фактор должен быть учтен при разработке мер формирования здорового образа жизни.

В рамках параграфа было выявлено, что наибольшим влиянием на формирование здорового образа жизни студенчества обладают институты семьи, образования и здравоохранения. В современном обществе к ним добавляются также средства массовой коммуникации. Свежие данные социологических исследований показывают, что среди последних особой популярностью у молодежи (в том числе студентов) пользуются так называемые новые медиа – интерактивные электронные издания, социальные сети, блоги и проч. Это обусловлено развитием и широким распространением цифровых, сетевых технологий и коммуникаций и, как следствие, важным местом Интернета в жизни современной молодежи. В связи с этим следующий параграф мы посвятим рассмотрению воздействия средств массовой коммуникации на формирование здорового образа жизни молодежи, уделив при этом особенное внимание интернет-технологиям.

2.2. Влияние средств массовой коммуникации на информированность студенчества относительно здоровья и здорового образа жизни

Под массовой коммуникацией в данной работе будем понимать распространение сообщений среди многочисленных, территориально рассредоточенных аудиторий средствами печати, радио, телевидения, кино, Интернета и других каналов передачи информации. Основная цель массовой коммуникации состоит в информировании населения и оказании определенного влияния на его оценки, мнения и поведение. Массовая коммуникация проникла во все сферы жизнедеятельности общества и повседневной жизни людей. Ниже рассмотрим влияние массовой коммуникации на формирование здорового образа жизни студентов и на их информированность относительно здоровья и здорового образа жизни.

Непосредственными носителями и распространителями информации являются средства массовой коммуникации, под которыми мы будем понимать организационно-технические комплексы, обеспечивающие сбор, обработку и распространение информации в массовом масштабе. В 1970-х гг. американскими исследователями М. Маккомбс и Д. Шоу удалось доказать связь, существующую между сообщениями в повестке дня СМИ и мнениями в сознании населения. Для этого была установлена корреляция между пятью главными темами в СМИ в период президентской кампании 1968 г. и пятью темами, которые были наиболее важны для 100 неопределившихся избирателей (округ Чэпел-Хилл в Северной Каролине), в результате чего появилась теория «повестки дня». Основа ее состоит в том, что СМИ имеют возможность конструировать общественную повестку, уделяя одним событиям больше внимания, чем другим, из-за чего складывается ощущение, что одни события имеют большую важность, чем другие. Повестка дня формируется в три этапа. Сначала выделяются наиболее приоритетные, с точки зрения масс-медиа, сообщения, происходит расстановка акцентов на выбранные медийные образы. Второй этап направлен на активное освещение

отобранных тем и замалчивание других, в результате чего формируется общественная повестка. Третий, завершающий этап проявляется в обратном воздействии: общественное мнение начинает оказывать давление на политическую повестку дня, в результате чего органы власти вынуждены вносить коррективы в обозначение своих приоритетов [37].

Несмотря на влиятельность теории «повестки дня», распространение новых электронных масс-медиа внесло существенные коррективы в характер медиавоздействия. Так, ученые отмечают, что характер информационного воздействия на молодежь из массового становится индивидуализированным. Новые средства массовой информации не являются теперь массовыми в традиционном смысле слова. По причине множественности сообщений и источников склонность аудитории к самостоятельному выбору программ повышается. Интенсивное развитие новых медиа, в частности Интернета, способствует персонализированному медиапотреблению, индивидуальному контролю за медиаконтентом. Интернет постепенно становится доминирующим каналом медиапотребления в среде молодежи, где активно используются интерактивные технологии общения через блоги, социальные сети и другие элементы киберпространства. Все это вносит свои коррективы в медиавоздействие, увеличивая степень информационной свободы современной студенческой молодежи. При этом нужно иметь в виду, что обозначенные выше процессы не снижают значимости СМИ в сфере воздействия на массовое сознание (в том числе студентов). В меняющемся мире происходит адаптация масс-медиа к новым условиям, связанным с процессом демассификации и дифференциации аудитории. СМИ стали предлагать медиапродукты, отвечающие разным потребностям групп населения, в том числе студенческой молодежи.

Пресса, радио и телевидение являются основными видами традиционных средств массовой информации. Каждое из обозначенных выше традиционных СМИ имеет отличительные характеристики. Так, например, специфика печатных СМИ заключается в присутствии большего объема аналитических материалов,

что требует от аудитории большего внимания и сосредоточенности, в отличие от радио и телевидения. На наш взгляд, значимым преимуществом печатных СМИ в распространении информации в области здоровья и здорового образа жизни является то, что они предоставляют читателям возможность многократного обращения к публикациям, сохранения информации.

Ключевые преимущества радио всегда были обеспечены его большей оперативностью и доступностью по сравнению с печатными СМИ и телевидением, а также технической простотой и дешевизной производственного процесса. Однако вследствие развития и распространения информационных технологий обозначенные преимущества радио отходят на второй план. На наш взгляд, современное радио слабо задействовано в распространении информации о здоровье. В числе специализированных радиопередач, посвященных здоровью и здоровому образу жизни, нам удалось выделить лишь три: «Планета здоровья», «Беседы о здоровье», транслируемые на «Радио России», и «Утренний обход» – на радио «Эхо Москвы».

Телевизионные технологии сочетают в себе возможности различных СМИ и жанров искусства, например, средства радио, кино, живописи, театра, фотографии и проч. Объединяя картинку и звук, телевидение может достигать высокого уровня выразительности, жизненности, реальности транслируемых материалов, что является важным преимуществом в отношении распространения информации в области здоровья и здорового образа жизни. В качестве примеров телепередач, способствующих повышению ценности здоровья и обучению навыкам здорового образа жизни, приведем следующие: «Жить здорово», «Здоровье с Еленой Малышевой» и «Малахов Плюс» на Первом канале, «Наше все» на телеканале НТВ, «О самом главном» на телеканале «Россия 1», «Взвешенные люди» – на СТС и др.

Стоит отметить неоспоримую роль масс-медиа в формировании общественных норм, ценностей, образцов поведения как отдельного человека, так и социума в целом. Средства массовой информации, выполняя образовательные, информационные, просветительские функции, имеют возможность повысить

уровень информированности аудитории в области здоровья, создать и укрепить мотивацию населения к ведению здорового образа жизни и сохранению здоровья. Таким образом, в современном обществе формирование здорового образа жизни населения немислимо без участия «четвертой власти» – института СМИ.

Реклама на сегодняшний день является неотъемлемым элементом массовой коммуникации, а также самостоятельным феноменом в виде наружной рекламы, рекламы на транспорте, листовок и проч. В рамках тематики диссертационной работы наиболее интересным представляется рассмотреть воздействие рекламы на здоровый образ жизни в контексте такой типологии, как коммерческая и социальная реклама. Коммерческая реклама, к сожалению, часто имеет отрицательное влияние на формирование здорового образа жизни, в первую очередь это касается рекламы продуктов, наносящих вред здоровью человека (алкогольных напитков, сигарет, ресторанов фаст-фуда, полуфабрикатов, еды быстрого приготовления и проч.). Однако коммерческая реклама способна оказывать и положительное воздействие на установки относительно здоровья, причем чаще всего оно носит косвенный характер. Так, например, реклама спортивных товаров, одежды пропагандирует активный образ жизни, реклама молочных продуктов стимулирует их потребление, реклама средств для похудения навязывает определенный идеал стройной легкой фигуры, к которому стремятся люди.

Наибольший потенциал в процессе формирования здорового образа жизни имеет социальная реклама. Причем лучший эффект может быть достигнут только в сочетании различных типов рекламы – на телевидении, радио, в печати, в Интернете, наружная реклама и проч., т.к. каждый канал имеет свою аудиторию зрителей, а информацию важно донести до всего населения. Интересно, что по данным опроса москвичей, проведенного Фондом «Общественное мнение», треть из них уверены, что социальная реклама может повлиять на поведение людей, задумывались о своем поведении под влиянием социальной рекламы 34% жителей Москвы. Однако по данным опроса лишь 6% жителей Москвы впечатлила реклама против курения, 3% – против наркомании, алкоголизма, 2% – реклама заботы о здоровье, диспансеризации. Более трети москвичей (35%)

считают, что на улицах города слишком мало социальной рекламы. И хотя на сегодняшний день ведется определенная работа над созданием социальной рекламы в области здоровья и здорового образа жизни, проводятся конкурсы общероссийского и регионального масштаба, однако мы считаем, что возможности социальной рекламы в процессе формирования здорового образа жизни населения используются в российском медиапространстве далеко не полностью.

Важной особенностью современного общества является его информатизация. Научно-технический прогресс определил внушительный скачок в сторону компьютеризации всех сфер жизни. Влияние информационно-компьютерных технологий приобрело столь обширный эффект, что можно утверждать, что от них зависит экономический, социальный, политический, технологический прогресс, конкурентоспособность и международный имидж государства. Эти процессы влекут за собой изменение в основных аспектах социализации подрастающего поколения. Если раньше социализация была сосредоточена преимущественно в сфере семьи и образования, то на данном этапе развития общества в качестве одного из основных социализирующих институтов могут выступать интернет-технологии, которые являются доступным и влиятельным механизмом формирования личности, гражданина. Информационно-компьютерные технологии, в первую очередь Интернет, могут быть не только основным источником информации для современного человека, но и местом работы, магазином, сферой межличностного общения и проч.

Динамика интернетизации российского общества показывает стабильный рост. Так, согласно данным Фонда «Общественное мнение» объем активной интернет-аудитории среди россиян (выходящие в Сеть хотя бы раз за сутки) в 2014 г. составил 59,9 млн человек. Годовой прирост интернет-пользователей, выходящих в сеть хотя бы раз за месяц, составил 9%, а для суточной аудитории данный показатель равен 13% [55].

Развитие и распространение Интернета и компьютерных технологий в современном обществе послужило изменениям в характере информационного потребления в сторону его индивидуализации. Отметим, что концепция

демассификации СМИ характерна и для традиционных масс медиа. Так, Э. Тоффлер в работе «Третья волна» показал, как в 1970-80 гг. проходил процесс развития трех основных средств массовой информации – прессы, радио и телевидения. Развитие техники и технологий позволило повысить разнообразие печатной продукции, радиостанций, телеканалов, что привело к разрозненности массовой аудитории, или к ее «демассификации». Э. Тоффлер пишет: «Третья волна начала совершенно новую эпоху – эпоху немассовых средств информации. Наряду с новой техносферой появляется новая инфосфера, и это будет иметь далеко идущие последствия во всех сферах жизни, включая наше сознание. Вместе взятые, эти перемены революционизируют наши представления о мире и наши способности его познания» [133, С. 277].

Итак, технический прогресс и повышение доступности СМИ ведет к распространению индивидуального характера получения информации. Если в 1960-е гг. телевизионные передачи смотрели «всем домом», то в настоящее время рост числа телевизоров, компьютеров, гаджетов определяет индивидуальный характер их информационных и развлекательных функций [72].

Таким образом, новые средства массовой информации не являются теперь массовыми в традиционном смысле слова. По причине множественности сообщений и источников склонность аудитории к самостоятельному выбору информации повышается. Интенсивное развитие технологий и новых медиа, в частности Интернета, способствует персонализированному медиапотреблению, индивидуальному контролю за медиаконтентом. Интернет постепенно становится доминирующим каналом медиапотребления, где используются интерактивные каналы общения через чаты, форумы, блоги, социальные сети и другие элементы киберпространства. Все это вносит свои коррективы в медиавоздействие, увеличивая степень информационной свободы современного общества. Однако отметим, что этот сдвиг характерен в большей степени лишь для определенных категорий россиян, составляющих активную интернет-аудиторию: молодежь (среди 18–24-летних Сетью пользуются практически все – 96%), жители Москвы и Санкт-Петербурга (88%), россияне с высоким достатком (85%), студенты вузов

(81%) [56]. В то же время провинциалы и люди старших возрастов остаются приверженцами телевидения как основного источника информации.

Согласно данным всероссийского опроса, проведенного при непосредственном участии автора по заказу Минздрава России в сентябре-декабре 2012 г. (выборка составила 4 500 человек в 34 субъектах Российской Федерации), Интернет как источник информации о здоровом образе жизни находится у россиян на третьем по популярности месте (19,8% респондентов сообщили о том, что получают информацию по вопросам здоровья и здорового образа жизни преимущественно из Интернета, 57% – по телевидению, 37,2% – из газет, журналов). Для студентов данный информационный канал находится на первом месте (62,1%, 41,5% и 12,2% соответственно).

Указанные процессы (такие как информатизация и компьютеризация жизни, интернетизация общества) влекут за собой изменения в отношении здорового образа жизни в двух основных направлениях. Первое из них заключается в том, что повышаются коммуникационные возможности посредством применения интерактивных компьютерных технологий, что сопровождается бурным развитием количества и качества информации во всех областях жизни, в том числе в сфере здоровья и здорового образа жизни. Информация становится более доступной. Так, по данным исследования HealthIndex компании Synovate Comcon, в 2011 г. тематика здоровья, медицины и косметики является пятой по частоте запросов российских интернет-пользователей (23%), уступая лишь количеству запросов по погоде (49%), музыке (41%), видео (38%), а также развлечениям и досугу (26%). Чаще всего респонденты ищут информацию о заболеваниях и методах их лечения (51%), инструкции по применению препаратов (45%), также среди ответивших популярны запросы по поводу цен и наличия медикаментов в аптеках (42%). Практически каждый второй респондент (54%) посещал сайты о здоровом образе жизни [159].

Обратимся также к анализу популярности интернет-источников среди молодого поколения. Так, по данным МОУ ДПО «Ресурсный центр городского округа Тольятти», 53% юных горожан получают информацию о здоровом образе

жизни из Интернета, более популярным источником являются только родители (62%) [1, С. 57-59]. По данным американских исследователей, большинство подростков (84%) пытаются решить проблемы со здоровьем с помощью Интернета. Почти треть подростков получили в Интернете информацию, которая помогла им изменить свое поведение в отношении многих аспектов здоровья (например, сократить потребление соды, перейти на здоровое питание и использовать физические упражнения для борьбы с депрессией). Каждый пятый опрошенный (21%) скачал приложения для мобильных телефонов, которые предназначены для управления здоровьем [165].

Второе направление изменений в отношении здорового образа жизни проявляется в уменьшении времени, которое отводится на физические упражнения, физический труд, и, соответственно, снижении функциональных возможностей и физической подготовленности большей части населения, особенно студенческой молодежи. Так, например, исследования среди первокурсников Московского колледжа управления и новых технологий показали, что компьютерные игры и Интернет являются основными факторами гиподинамии среди первокурсников: доля респондентов, которые проводят за компьютером в развлекательных целях более трех часов в день, достигает 60% среди юношей и 46% среди девушек [71, С.47].

Отметим, что данная проблема характерна в большей степени для молодежи, чем для россиян более старших возрастов: согласно данным ВЦИОМ, проводят свой досуг за компьютером, в Интернете 35% россиян в возрасте 18–24 лет, в то время как в возрастной группе 25–34 лет таковых 22%, 35–44 лет – 11%, 45–59 лет – 7%, 60 лет и старше – лишь 3% [89, С. 235]. Решение этой проблемы связано в первую очередь с формированием и укреплением сознательного отношения студентов к своему здоровью, установок на здоровый образ жизни. Значительная роль в этом деле принадлежит именно информационным технологиям, которые комплексно воздействуют на различные стороны восприятия и помогают формированию

взглядов, образа мышления и потребностей. Это относится к Интернету в целом и в первую очередь к социальным сетям и блогосфере.

Социальные сети (встречаются также такие определения, как «виртуальные сети», «виртуальные сообщества», «онлайновые сообщества», «социальные интернет-сети», в англоязычной литературе – e-community, virtual community [см., напр., 114, 153]), безусловно, являются достижением технологического прогресса, предоставляющим пользователям множество возможностей. Социальные сети с каждым днем набирают популярность во всем мире. Можно утверждать, что на сегодняшний день виртуальные сети являются объективной реальностью, оказывая влияние на системные характеристики общества. История их существования длится около десятилетия, однако сегодня трудно найти человека, который бы, пользуясь Интернетом, не пользовался бы социальными сетями. Так, согласно данным всероссийского опроса 63% суточной интернет-аудитории пользуются социальными сетями («Одноклассники», «ВКонтакте» и др.), что является одной из наиболее популярных причин пользования Интернетом в целом (чаще этого россияне используют всемирную сеть только для поиска информации (73%) и чтения новостей (64%)) [34].

В данной работе под социальной сетью мы будем понимать группу людей, знакомых или незнакомых друг с другом в реальности, использующих интернет-технологии с целью взаимодействия друг с другом по самым разным направлениям. Основными отличиями социальных интернет-сетей от социальных сетей в реальной жизни исследователи признают следующие:

1) противоречивость воздействия на социальные связи, выраженная в том, что социальные сети «устойчивы, но безличностны и мимолетны, привлекательны и перспективны, но полны опасностей, по-своему уникальны, так как виртуальны, но сформированы реальностью и во многом конструируют эту самую реальность» [114, С. 129];

2) анонимность, шанс примерить на себя другие социальные роли;

3) возможность общения и формирования социальных связей между незнакомыми в реальной жизни людьми, территориально и социально разрозненными.

Отметим, что среди основных функций социальных сетей выделяются такие, как развлекательная, образовательная, информационная, функция самовыражения, функция коммуникации и социализации.

Ввиду своей противоречивости социальные сети могут иметь как позитивное воздействие на формирование здорового образа жизни, так и негативное. Первое находит свое выражение в распространении сообществ, публичных страниц, популяризирующих здоровый образ жизни, формирующих ценностное отношение к здоровью. Для примера, обратимся к одной из наиболее популярных социальных сетей среди российской молодежи «ВКонтакте». При поисковом запросе «здоровый образ жизни» было найдено 12 790 сообществ, наиболее популярное из которых имеет более 2,5 млн подписчиков («Здоровое тело. Мы за здоровый образ жизни» – это сообщество находится на пятом месте в рейтинге наиболее популярных сообществ сети «ВКонтакте»). Отметим, что согласно данным технических специалистов «ВКонтакте» по итогам 2014 г. пользователи в «студенческом» возрасте 18–24 лет составляют в целом 20% аудитории (10,7 млн человек) [21]. Исходя из этой статистики условно можно предположить, что примерно каждый пятый участник является студентом, что отчасти соотносится с данными анализа профилей подписчиков согласно данным, предоставленным ими о своем возрасте (таблица 1).

Таблица 1

Топ-5 популярных сообществ о здоровом образе жизни в социальной сети «ВКонтакте»: численность подписчиков и доля молодежи 18-24 лет

Топ-5 Популярных сообществ о здоровом образе жизни в социальной сети «ВКонтакте»	Численность подписчиков, чел.	Доля молодежи в возрасте 18-24 лет, %
«Здоровое тело. Мы за здоровый образ жизни»	2 500 000	21,0
«Фитнес, диеты и здоровый образ жизни!»	139 524	15,0
«Трезвая Россия ЗОЖ Здоровый Образ Жизни ✓»	111 884	31,9
«Здоровый образ жизни»	43 994	15,2
«ЗОЖ (Здоровый Образ Жизни)»	31 258	13,3

В данном контексте интересно привести сравнительное исследование Е.А. Тарасенко относительно потенциала социальных сетей для продвижения здорового образа жизни на примере англоязычных и русскоязычных сообществ Facebook. Данные ее исследования 2012 г. свидетельствуют о том, что в Facebook существует множество англоязычных сообществ в сфере продвижения здорового образа жизни и профилактики заболеваний, в то время как русскоязычные подобные сообщества только начали появляться в последнее время. Анализируемые данным автором англоязычные сообщества имеют значительно большее количество участников, чем русскоязычные, а также демонстрируют более высокое качество контента. Так, например, популярное англоязычное сообщество Healthy Eating Planner (123 203 участника) не только предоставляет информацию о полезных свойствах и калорийности продуктов, рецепты для рационального питания, но и предлагает интерактивную технологию планирования личного рациона питания на каждую неделю, обеспечивающую гарантированный результат по коррекции веса и фигуры. Также, по данным Е.А. Тарасенко, в англоязычные сообщества в качестве лидеров мнений активно привлекаются не только медики, но и известные политики, общественные деятели и медиаперсоны. Например, в сообществе афроамериканских женщин Healthy Black Women & Girls (121 344 участника) для популяризации утренней гимнастики и рационального питания используется образ Мишель Обамы – первой леди США, что в большей мере мотивирует участников сообщества. В то же самое время в русскоговорящих сообществах информационно-коммуникационная деятельность медиков выглядит дистанцированной от целевой аудитории и носит более отстраненный и нейтральный характер [130, С. 713].

Безусловно, контент обозначенных виртуальных сообществ способствует распространению информации о здоровом образе жизни, под которым подразумевается чаще всего правильное питание, занятия спортом и физической культурой, похудение, красота. Часто размещаются мотивирующие сообщения: видеоролики об успехах людей, высказывания,

фотографии, которые могли бы побудить подписчиков на ведение здорового образа жизни. Социальные сети – это также площадка для обсуждения вопросов здоровья и здорового образа жизни, причем неформальный характер общения способствует большей откровенности. Однако имеет место и негативное воздействие, которое направлено в первую очередь на психику подписчиков того или иного сообщества. Речь идет об осознанном или неосознанном сравнении себя с более успешными подписчиками, а также с наглядным материалом, которым чаще всего сопровождаются посты о здоровом образе жизни – фотографиями, видеороликами, главные герои которых обладают идеальными телами. Такое сравнение может стать причиной психологических комплексов и психических расстройств. Описываемый эффект сродни эффекту от просмотра глянцевого журналов, когда под воздействием тщательно откорректированных фотографий моделей и звезд у читателей (чаще – читательниц) формируется негативное восприятие собственного тела. Кроме того, необходимо отметить негативное влияние виртуальных сообществ, которые характеризуются извращенным пониманием здорового образа жизни, например, навязывают нездоровое похудение или выдают интернет-магазин спортивного питания за советы по набору мышечной массы.

Блоги, или как сейчас принято называть их совокупность – «блогосфера», на сегодняшний день становятся все более популярными. В традиционном понимании блог – это периодически обновляемая лента текстовых сообщений или мультимедиа на различные темы, причем каждое сообщение может быть прокомментировано читателями. Согласно данным Фонда «Общественное мнение» знакомы с феноменом блогосферы три четверти от суточной интернет-аудитории (73%), однако лишь небольшая доля активных интернет-пользователей являются авторами блогов (4%) [34].

Выбор русскоязычных блогов о здоровом образе жизни достаточно велик. Поисковая система «Рамблер. Топ 100» по запросу «здоровый образ жизни» обнаружила 357 блогов в рунете. Отметим, что блогосфера, так же как

и социальные сети (и Интернет в целом), может оказывать как положительное, так и отрицательное воздействие на формирование здорового образа жизни студенческой молодежи. Если положительное влияние находит свое выражение в распространении информации о здоровом образе жизни, конструировании установок и стереотипов относительно здоровья, создание моды на здоровый образ жизни и проч., то отрицательное воздействие может быть следствием некритичного восприятия информации, полученной из блогов. Зачастую блогеров воспринимают как экспертов, однако в этом случае имеет место подмена понятий: мнение блогера воспринимается аудиторией как научный факт. Однако информация в блогах часто оказывается непроверенной, ненаучной, а лишь интересной с точки зрения автора. Преодолеть данную характеристику интернет-ресурсов (как и всех прочих источников) можно лишь критически воспринимая информацию, проверяя данные в других источниках, рассматривая мнения других авторов.

Необходимо отметить, что важным элементом воздействия Интернета на формирование здорового образа жизни является распространение информации о возможностях приобщения к здоровому образу жизни. Для студентов наиболее актуальными мы считаем такие возможности, которые не требуют материальных затрат. Студенческая молодежь в своем большинстве сосредоточена в крупных городах – образовательных центрах, в среде которых развивается новое движение в сфере здорового образа жизни. Речь идет о бесплатных физических занятиях, тренировках, лекциях и семинарах в условиях городской среды. Рассмотрим существующие направления в рамках этого движения на примере г. Казани, а также роль Интернета как коммуникационного канала приобщения к данным практикам здорового образа жизни.

Яркими примерами рассматриваемого феномена являются бесплатные занятия на свежем воздухе, организованные городскими школами различных видов спорта, боевых искусств, студиями танцев, йоги и др. Например, один из преподавателей казанского центра «Йога разума» организовал бесплатные занятия по кундалини-йоге в одном из городских парков (Центральный парк

культуры и отдыха им. М. Горького). Бесплатно попрактиковать йогу имеет возможность любой житель Казани, придя в парк в утренние часы. Кроме того, бесплатные занятия по йоге проводятся раз в неделю в другом городском парке (Парк имени Урицкого): каждое воскресенье лета в 8:00 преподаватели того же центра приглашают желающих заниматься классической йогой. Автор исследования посетила несколько занятий преподавателя с целью проведения включенного наблюдения. Выяснилось, что среди казанцев, посещающих бесплатные занятия по йоге, большинство составляют молодые жители города (18–35 лет), однако студентов среди них не так много (около четверти). На наш взгляд, это обусловлено характерными чертами данного вида физических практик – йога требует высокой степени самоорганизации, сосредоточенности, что для студентов не всегда оказывается приоритетным.

При этом гораздо более популярным среди студентов стал масштабный социальный проект «Зеленый фитнес», активно рекламируемый в социальных сетях («ВКонтакте», «Инстаграм», «Твиттер»). Девиз «Зеленого фитнеса» – «Модно быть здоровым!». Согласно информации, размещенной на портале Министерства по делам молодежи и спорту Республики Татарстан, за три встречи количество участников возросло с 80 до 300, а количество зрителей с 150 до 500 человек [45]. В целом, по мнению автора проекта Мурата Димитрова, его идея направлена на решение таких проблем, как отсутствие доступных для всех физических занятий на свежем воздухе, дороговизна традиционных занятий в фитнес-клубах, отсутствие системы управления спортивно-культурными мероприятиями в парках и скверах Казани. Эти проблемы характерны в первую очередь для студентов, которые чаще всего еще не имеют собственного источника дохода, и для них проблематично оплачивать услуги фитнес-клубов.

Деятельность общественных организаций, информация о которой распространяется среди студентов также преимущественно через Интернет, способствует привлечению внимания студентов к вопросам здоровья и здорового

образа жизни посредством массовых мероприятий для молодежи. В качестве примера отметим такие мероприятия, как фестивали здорового образа жизни и массовые пробежки студентов, регулярно организуемые в г. Казани активистами региональной молодежно-спортивной общественной организации «Беги за мной, Казань» Республики Татарстан. По информации, предоставленной автору работы одним из активистов организации, казанские студенты являются активными участниками и основной аудиторией всех ее мероприятий. Кроме того, была отмечена положительная динамика: с 2013 по 2015 г. количество студентов, регулярно участвующих в коллективных пробежках, увеличилось в три–четыре раза. При этом активисты в беседе с автором утверждали, что массовость проводимых мероприятий обеспечивается преимущественно распространением информации в сети Интернет – через социальные сети и блоги.

Также отметим особую роль интернет-технологий в распространении информации о таких новых формах здорового образа жизни студентов, как бесплатные мастер-классы и пробные первые занятия в различных фитнес-клубах, секциях, танцевальных студиях (отличная возможность для студентов посещать физические тренировки, избегая материальных затрат); скидки для студентов в различных фитнес-клубах, студиях, секциях; лекции, семинары, беседы, встречи со специалистами в распространенных в крупных городах антикафе и лофтах на тему красоты и здоровья, рационального питания, здорового образа жизни в целом. Так, в «Свободном пространстве Циферблат», регулярно проводятся психологические фестивали, в рамках которых проходят мастер-классы для всех желающих, а также организуются лекции о здоровом питании. Отметим, что основной аудиторией «Циферблата» является молодежь, треть участников – молодежь «студенческого возраста» (из 21064 участников соответствующей группы «Вконтакте» доля молодых людей в возрасте 17–23 лет составляет 36,3%). Подобные мероприятия не только обеспечивают формирование информационного поля в рамках тематики здоровья, но и способствуют распространению моды на здоровый образ жизни в среде молодежи, в том числе студенческой.

В целом можно заключить, что в современном информационном пространстве социальные сети и блоги заменяют для студентов традиционную «доску объявлений», информируя их о различных мероприятиях и событиях, связанных со здоровым образом жизни. Интернет способствует повышению уровня информированности студентов в сфере здоровья и здорового образа жизни, которая обуславливает возникновение у них интереса к вопросам здоровья и изменению их поведения в отношении него.

Информированность студентов в области здоровья и здорового образа жизни является первоначальным элементом формирования мотивации к последующим коррективам в поведении, в нашем случае – к приобщению к здоровому образу жизни. Показатель информированности в сфере здоровья является значимым и органичным компонентом культуры здорового образа жизни. Данный показатель является сложным и многоэлементным. Исследователи полагают, что «только имея представления об уровне информированности и гигиенической культуры индивида, можно оценить осознанность его поведенческих практик в сфере здорового образа жизни» [46, С. 27].

Изучение познавательных интересов и информированности студентов относительно вопросов здоровья и здорового образа жизни имеет прикладное значение, так как результаты могут быть применены для выработки и научного обоснования мер, программ, способствующих повышению уровня знаний студентов в этой сфере.

В данном параграфе представлены некоторые данные авторского социологического исследования, цель которого состояла в выявлении представлений студентов о здоровом образе жизни, а также наиболее распространенных практиках здорового образа жизни в студенческой среде. Одним из исследуемых аспектов был также вопрос познавательных интересов и информированности студентов относительно здоровья и воздействующих на него факторов. Методика исследования основана на количественной стратегии. Методом исследования был избран массовый опрос студентов Республики Татарстан. Опрос реализован в форме анкетирования, выборка нестрога

случайная, отбор студенчества гнездовой. Всего в рамках опроса было опрошено 828 человек, в выборку попали студенты учебных заведений высшего и среднего профессионального образования из столицы Татарстана (г. Казань, 514 чел.), а также 5 крупных и малых городов республики (Набережные Челны, 102 чел.; Нижнекамск, 64 чел.; Елабуга, 39 чел.; Чистополь, 81 чел.; Заинск, 28 чел.).

Согласно данным авторского исследования большинство опрошенных студентов проявляют интерес к информации о здоровье и здоровом образе жизни (в целом 84,9%). Однако лишь менее половины из них специально ищут информацию такого характера (40%), остальные просматривают лишь ту информацию, которая попадаетея случайно (45%). Каждый десятый участник опроса признался, что ему не интересна информация о здоровом образе жизни, и он обычно пропускает ее (рисунок 2). Таким образом, относительное большинство опрошенных являются «пассивными потребителями» информации о здоровье и здоровом образе жизни. На наш взгляд, это необходимо учитывать в стратегиях формирования здорового образа жизни студентов и обеспечивать большую доступность и широкое распространение соответствующей информации.

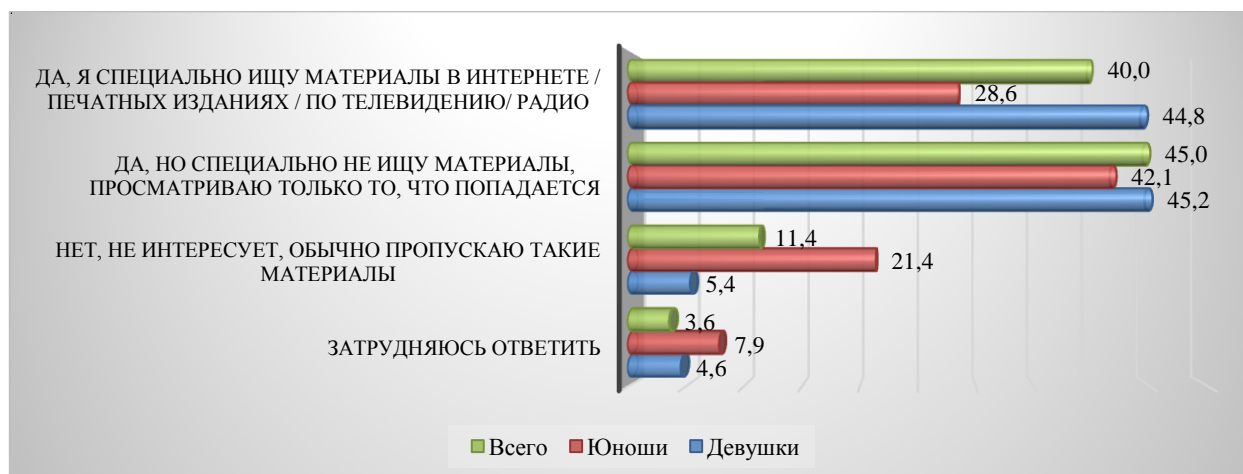


Рисунок 2. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Интересует ли Вас информация, связанная со здоровьем и здоровым образом жизни?», %

Интересно, что студентки почти в два раза чаще, чем студенты-юноши специально ищут материалы о здоровье и здоровом образе жизни в СМИ, Интернете (44,8% и 28,6% соответственно). Стоит отметить, что высокая информационная активность девушек в некоторых случаях может быть следствием

подмены понятий. Например, девушки, стремящиеся к идеальной фигуре и неотразимой внешности, зачастую позиционируют свое поведение как заботу о здоровье. Каждый пятый опрошенный юноша (21,4%) сообщил, что не интересуется подобной информацией, доля таковых среди девушек очень мала (5,4%).

Отметим, что согласно данным исследователей ИС РАН из 11 возможных аспектов информированности в сфере здоровья студентам в большей степени интересны вопросы здорового образа жизни в целом, правильного питания и психологии общения (пытались получить дополнительную информацию по этим вопросам около половины опрошенных студентов). А такие формы заботы о здоровье, как профилактика, оздоровительная гимнастика, защита от неблагоприятного экологического воздействия, не слишком интересуют опрошенных (лишь от 11% до 26% отметили данный варианты). Юноши более чем в два раза чаще девушек отмечали, что «ни по одному из данных вопросов не пытались получить информацию» (18,7% и 8,3% соответственно) [46, С. 113].

В рамках опроса студентов нами было выявлено то, как студенты оценивают свою информированность относительно некоторых аспектов, касающихся здоровья и здорового образа жизни (таблица 2).

Таблица 2

Распределение ответов респондентов на вопрос:
«Как бы Вы могли оценить свою информированность по вопросам здоровья и здорового образа жизни?», %

	Многое знаю об этом	Кое-что знаю	(Практически) ничего не знаю
Факторы воздействия на здоровье:			
- Экологическая среда	31,8	54,8	6,2
- Генетика	20,7	47,0	14,5
- Образ жизни	44,0	44,9	2,8
- Система здравоохранения	17,1	50,3	16,3
Составляющие элементы здорового образа жизни	46,1	47,8	1,6
Возможности ведения здорового образа жизни в месте проживания	33,9	49,9	6,8

Выяснилось, что почти треть студентов (31,8%) заявляют о хорошей информированности относительно воздействия экологической среды на

здоровье человека, чуть более половины (54,8%) – частично информированы. Незначительная доля опрошенных призналась, что практически ничего не знает об этом (6,2%). В целом экологический фактор является обсуждаемым как на уровне СМИ, так и в рамках учебных дисциплин. В связи с этим наблюдается высокий уровень информированности студентов относительно данного фактора.

О воздействии генетических факторов на здоровье человека информирована меньшая доля студентов: каждый пятый сообщил, что многое знает об этом (20,7%), менее половины студентов лишь кое-что слышали (47%). Отметим, что 14,5% студентов ничего не знают о влиянии генетики на здоровье, а 17,8% затруднились дать однозначный ответ. Действительно, это несколько специфический и спорный аспект: несмотря на формирование здорового образа жизни преимущественно в процессе социализации, стоит иметь в виду, что от генетических задатков зависит состояние здоровья. Вероятно, эти две точки зрения – о социальной и генетической детерминантах здоровья – оказались спорными и для студентов, затруднившихся дать однозначный ответ.

О влиянии образа жизни на здоровье в той или иной степени информировано подавляющее большинство опрошенных: 44% многое знают о воздействии образа жизни, 44,9% – знают лишь кое-что. Лишь 2,8% признались, что практически ничего не знают об этом, 8,3% затруднились оценить свою информированность. Таким образом, для большинства студентов является очевидным влияние образа жизни на состояние здоровья. Действительно, в последнее время эта тема является модной как на просторах Интернета среди многочисленных тематических виртуальных сообществ, блогов и проч., так и на уровне социальной политики и ведущих задач системы образования. В связи с таким многоканальным воздействием, большинства студентов не обошли своим вниманием данный аспект.

Возможности системы здравоохранения как фактора воздействия на здоровье человека являются не слишком изученными со стороны студентов. Половина опрошенных (50,3%) знают лишь кое-что об этом воздействии,

17,1% – многое. При этом 16,3% практически ничего не знают об этом, столько же студентов затруднились ответить. Низкий уровень информированности относительно возможностей системы здравоохранения может быть объяснен низкой медицинской культурой россиян в целом. При этом средства и методы профилактической медицины – регулярные медосмотры, диспансеризация и проч. – являются важным элементом сохранения и укрепления здоровья.

Составляющие элементы здорового образа жизни, согласно самооценке респондентов, хорошо известны почти половине студентов (46,1%), лишь отчасти – почти такой же доле опрошенных (47,8%). Незначительная доля участников опроса ничего не знает о составляющих здорового образа жизни (1,6%) либо затруднилась оценить свою информированность по данному вопросу (4,5%).

Треть студентов хорошо осведомлена о возможностях ведения здорового образа жизни в месте проживания (33,9%), почти половина – лишь частично (49,9%). 6,8% признались, что практически ничего не знают о таких возможностях, 9,4% затруднились дать однозначный ответ. Таким образом, здоровый образ жизни, его элементы и воздействие на состояние здоровья являются для студентов наиболее известными и информационно доступными областями знания в сфере здоровья.

Таким образом, информированность и познавательные интересы студентов в сфере здоровья и здорового образа жизни, согласно их самооценке, находятся на среднем уровне. Согласно данным исследования, большинство студентов интересуются информацией о здоровье и здоровом образе жизни, однако лишь менее половины из них специально ищут информацию такого характера, остальные просматривают лишь ту информацию, которая попадает случайно. При этом студентки почти в два раза чаще, чем студенты-юноши специально ищут материалы о здоровье и здоровом образе жизни в СМИ, Интернете.

Анализ данных опроса татарстанских студентов показал, что в наибольшей степени студенты осведомлены в таких аспектах, как составляющие элементы здорового образа жизни и его воздействие на здоровье. Треть студентов хорошо осведомлена о возможностях ведения здорового образа жизни в месте их проживания, а также о воздействии экологической среды на здоровье человека. Все эти аспекты являются обсуждаемыми на уровне СМИ, интернет-ресурсов, а также на уровне образовательных программ, что обеспечивает доступность информации. Лишь каждый пятый опрошенный студент отметил, что многое знает о воздействии генетических факторов на здоровье человека. В наименьшей степени студенты продемонстрировали осведомленность относительно возможностей системы здравоохранения как фактора воздействия на здоровье человека.

Согласно данным И.В. Журавлевой исследования здоровья студентов последнего десятилетия фиксируют наличие негативных тенденций в области состояния здоровья студентов, а также их низкую информированность в области самосохранительного поведения [41, 46]. Однако в последние годы наметилась позитивная тенденция в отношении здорового образа жизни как россиян в целом, так и молодежи. Так, согласно данным официальной статистики россияне стали меньше курить (если в 2008 г. курили 33,7% взрослого населения, то в 2013 г. – 28,3%), снизили употребление алкогольных напитков (если в 2008 г. – 16,2 литра в год на взрослого россиянина, то в 2013 г. – 11,6 литра), больше стали заниматься физической культурой (в 2014 г. физкультурой занималось 29,3% населения, в то время как в 2012 г. – 20,6%, а в 2013 г. – 27,5%) [25]. Кроме того, исследователи ВЦИОМ утверждают, что за последний год заметно увеличилась доля тех, кто стремится к рациональному питанию (в 2014 г. – 21%, в 2015 г. – 28%), занимается спортом (в 2014 г. – 18%, в 2015 г. – 24%) [98]. Что касается молодежи, то согласно статистике, россияне 18–24 лет, стали несколько чаще отмечать, что для сохранения своего здоровья отказываются от курения и употребления алкоголя (в 2012 г. – 30%, в 2014 г. – 34%), занимаются физической культурой и спортом (в 2012 г. – 32%, в 2014 г. – 34%), занимаются самообразованием в сфере здоровья:

смотрят передачи о здоровье по телевидению, читают медицинские книги и журналы (в 2012 г. – 6%, в 2014 г. – 8%) [25].

На сегодняшний день органами власти активно осваивается данное направление деятельности. Так, например, в перечне мер программы Министерства здравоохранения Российской Федерации «Здоровая Россия» наряду с созданием центров здоровья по всей России, созданием и трансляцией цикла телевизионных роликов, распространением печатной продукции и прочими мерами значится создание и поддержка официального интернет-ресурса Takzdorovo.ru. На сайте заявлено, что все опубликованные материалы прошли экспертизу у ведущих специалистов сферы здравоохранения и здорового образа жизни, вся предлагаемая читателям информация подтверждена исследованиями.

Таким образом, в данном параграфе была рассмотрена специфика воздействия СМИ и интернет-технологий (социальных сетей и блогосферы) на формирование здорового образа жизни студентов и их информированность в данной области. Были выделены такие особенности этого влияния, как: многосторонний характер коммуникации, определяющий возможность обсуждения вопросов, связанных со здоровьем, обеспечение доступности большого объема информации и распространение знаний о здоровье и здоровом образе жизни, основной канал распространения среди студенческой молодежи информации о возможностях ведения здорового образа жизни (о мероприятиях и практиках здорового образа жизни, проводимых в различных населенных пунктах).

В рамках данного параграфа проведен анализ таких интернет-технологий, как социальные сети и блоги. Было выявлено, что они могут привести как положительный (распространение публичных страниц, сообществ, посвященных здоровому образу жизни, возможность объединения единомышленников, распространения норм здорового образа жизни), так и отрицательный (ввиду недостоверной информации, преподнесения мнений как фактов) эффект в формирование здорового образа жизни студенчества. Также нами было доказано, что Интернет является ключевым источником

распространения информации о возможностях ведения и новых формах здорового образа жизни в условиях городской среды.

В данном параграфе мы рассмотрели также основные параметры информированности студентов в области здоровья и здорового образа жизни. Мы выяснили, что объективная, основанная на более детальном анализе оценка информированности уступает в своих показателях общей самооценке студентов. При этом студенты демонстрируют высокую осведомленность в таких аспектах, как здоровый образ жизни, экологическая среда и их воздействие на здоровье. Обозначенные темы имеют стабильную актуальность как на уровне СМИ, так и на уровне учебно-воспитательной работы в учебных заведениях. При этом мало освещаемые аспекты, такие как генетическая детерминанта состояния здоровья, возможности системы здравоохранения – менее известны студентам. Это означает, что студенты являются преимущественно пассивными потребителями информации в области здоровья и здорового образа жизни, что в целом соответствует их самооценке.

Итак, вторую главу диссертационной работы мы посвятили анализу институтов и агентов формирования здорового образа жизни российского студенчества, уделив особое внимание Интернету как одному из наиболее влиятельных информационных каналов и социализирующих агентов в молодежной среде. Также мы обратились к анализу информированности студентов в области здоровья и здорового образа жизни, которая лежит в основе деятельностного аспекта формирования здорового образа жизни и повышении тем самым качества жизни. Следующая глава будет направлена на исследование именно деятельностного аспекта – практик здорового образа жизни среди студентов, основных тенденций и проблем в этом отношении. Таким образом мы сможем вывести, насколько эффективно влияние рассмотренных выше институтов и агентов, оказываемое на формирование здорового образа жизни студенчества.

Глава 3. Особенности самосохранительного поведения и перспективы формирования здорового образа жизни студенчества в современных российских условиях

3.1. Отношение современных студентов к здоровому образу жизни: социальные установки и поведенческие практики

Состояние здоровья и отношение к здоровому образу жизни студентов как значимой социально-демографической группы является не только отражением существующего социально-экономического и общественного развития страны, но и важным индикатором ее будущего потенциала – экономического, социального, культурного. Поэтому иметь представление о том, при каких условиях и факторах происходит формирование здоровья молодого поколения и каким образом можно воздействовать на этот процесс – важная задача не только на уровне государства, но и на уровне научного сообщества и общественности.

В данной работе также была поставлена похожая задача – выявить представления студентов о здоровом образе жизни, а также проанализировать наиболее распространенные практики здорового образа жизни в студенческой среде на основе комплексного социологического исследования.

Для решения этой задачи автором было проведено исследование среди студентов Республики Татарстан, а также реализован вторичный анализ социологических данных различных источников. В авторском исследовании мы обратились к анализу отношения студентов к собственному здоровью. Под отношением к здоровью мы понимаем оценку студентов относительно своего здоровья, сформированную на основе имеющихся у них знаний и опыта, осознание значения здоровья для настоящей и будущей жизни, а также конкретные действия в целях изменения состояния здоровья, основным проявлением которых являются практики здорового образа жизни. Таким образом, отношение к здоровью, будучи сложным концептом, измеряется

нами в таких показателях, как самооценка здоровья, отношение к здоровью как к жизненной ценности, восприятие и практики здорового образа жизни.

Под самооценкой здоровья мы будем понимать оценку индивидом собственного физического и психического состояния. Самооценка здоровья является своего рода барометром реального поведения индивида. Самооценка здоровья рассматривается исследователями как реальный показатель состояния здоровья индивида, т.к. «обнаружена довольно высокая степень соответствия самооценки и объективной характеристики здоровья (до 80%), выявленная в результате сравнения самооценок и данных медицинских карт» [46, С. 44].

Согласно данным авторского исследования более половины студентов (57,9%) оценили состояние своего здоровья как хорошее, еще 17,1% – как отличное. Каждый пятый студент (19,6%) сообщил, что его состояние здоровья можно считать удовлетворительным, незначительная доля (в целом 3,2%) опрошенных сообщила о слабом и очень слабом здоровье (рисунок 3). Эти данные коррелируют с данными всероссийского опроса, проведенного по заказу Минздрава России, согласно которым доля респондентов, оценивающих состояние своего здоровья на «хорошо» и «отлично», наиболее высока среди студентов и учащихся (приложение 3, таблица 1). Такое субъективное восприятие своего здоровья может быть связано с возрастными особенностями данной когорты – молодежь еще не отягощена хроническими заболеваниями, как в более старших возрастных группах.

Более половины студентов (56,3%), опрошенных в рамках авторского исследования, «скорее заботятся о своем здоровье», абсолютно уверенных в этом значительно меньше (23,4%). В целом 13,4% студентов признались, что не заботятся или скорее не заботятся о своем здоровье (рисунок 4). Такое распределение в целом соответствует данным общероссийского исследования (51,3%, 26,1%, 22,3% соответственно), однако доля студентов, не проявляющих заботу о здоровье, среди российских студентов выше, чем среди татарстанских (22,3% и 13,4% соответственно) (приложение 3, таблица 2).

Сравнение с другими социально-профессиональными группами показало, что среди студентов доля тех, кто безусловно проявляет заботу о своем здоровье, наиболее высока (26,1%), практически такая же доля таковых среди специалистов с высшим образованием на производстве и в сфере обслуживания (25,6%) и пенсионеров (25,5%). На наш взгляд, высокая доля студентов, заботящихся о здоровье, может быть обусловлена, во-первых, обеспеченностью условиями для занятий физической культурой и спортом в рамках учебной программы (на занятиях физкультуры), во-вторых, существованием льгот при посещении некоторых учреждений спорта, спортивных секций, в-третьих, регулярным контролем за состоянием собственного здоровья посредством плановых медицинских осмотров, в-четвертых, обеспечением длительного отдыха в каникулярные периоды.

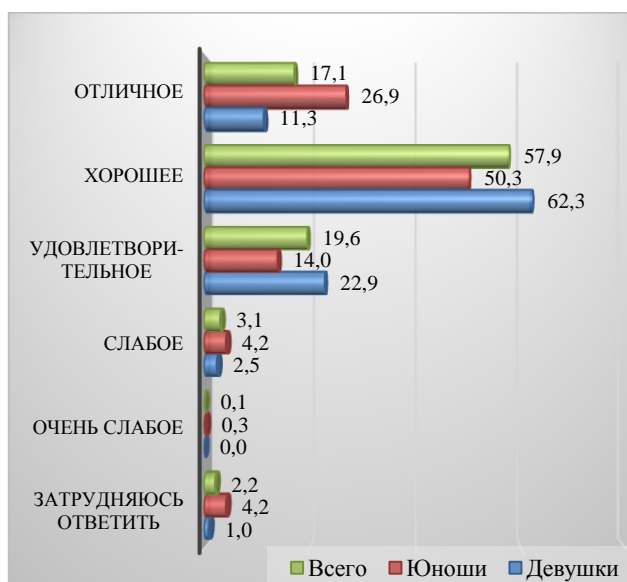


Рисунок 3. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как бы Вы оценили общее состояние Вашего здоровья?», %

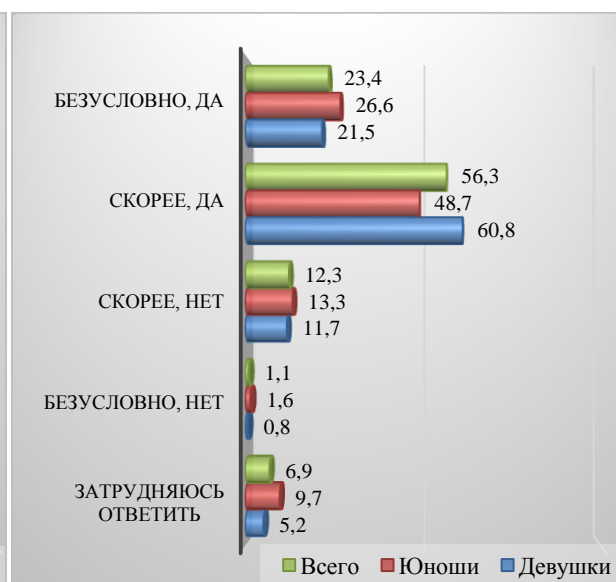


Рисунок 4. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Можете ли Вы сказать о себе, что Вы заботитесь о своем здоровье?», %

Отметим, что в оценке состояния своего здоровья и заботы о нем более половины респондентов дали условно положительные ответы (состояние здоровья «хорошее» – 57,9%, «скорее заботятся» о здоровье – 56,3%), не продемонстрировав абсолютной уверенности в положительных ответах. Доля тех, кто отметил, что безусловно заботится о своем здоровье (23,4%) больше

доли тех, кто имеет отличное здоровье (17,1%) Таким образом, согласно самооценке студентов их усилия по сохранению и укреплению здоровья не всегда приносят отличные результаты.

Студенты-юноши демонстрируют более высокие показатели по однозначно положительным оценкам: каждый четвертый юноша (26,9%) полагает, что обладает отличным состоянием здоровья, столько же (26,6%) заявили, что, безусловно, заботятся о нем. Что касается девушек, то лишь каждая десятая (11,3%) опрошенная является, согласно самооценке, обладательницей отличного здоровья, при этом каждая пятая (21,5%) уверена, что заботится о своем здоровье (рисунки 3, 4). Эти данные коррелируют с результатами других социологических исследований. Так, согласно данным крупного исследования Института социологии РАН, юноши склонны давать несколько более высокие оценки своему здоровью (49% – «хорошее состояние», 39% – «удовлетворительное»), чем девушки (44% и 45% соответственно) [46, С. 46].

Далее в рамках анкетирования мы обратились к респондентам с вопросом, выявляющим показатели их физического и психологического здоровья, а также самосохранительного поведения.

Одним из показателей состояния физического и психологического здоровья является общее самочувствие. В связи с этим мы спросили у студентов, как часто они ощущают физическое недомогание (например, слабость, утомляемость, головные боли). 45,5% участников опроса сообщили, что это ощущение проявляется у них с разной регулярностью – иногда часто, иногда редко. Чуть более трети опрошенных (35,3%) отметили, что редко ощущают физическое недомогание, незначительная доля (3,5%) – никогда. При этом каждый десятый студент (11,2%) сообщил в ходе опроса, что чувствует себя неважно довольно часто, незначительная доля (2,7%) – очень часто (приложение 2, вопрос 3.1).

При этом три четверти опрошенных (в целом 75,1%) признались, что хотя бы один раз в течение последнего года переносили простудное или вирусное

заболевание: более трети (38,6%) заболевали лишь однажды, четверть (24%) – дважды, почти каждый десятый (8,9%) – трижды, незначительная доля (3,5%) – более трех раз. Лишь 23,3% опрошенных студентов сообщили, что не переносили в течение последнего года простудных и вирусных заболеваний (приложение 2, вопрос 3.2). Интересно, что исследования разных авторов (М.Ю. Абросимова, Т.Г. Малкова, В.Н. Рябова, Т.Н. Толстова и другие) показывают, что заболеваемость студентов зависит от профиля обучения, а наиболее высокие показатели отмечаются у студентов медицинских вузов [46, С. 11-12]. Этот тезис нашел свое подтверждение по результатам нашего исследования: доля студентов-медиков, переносивших простудные заболевания более трех раз за последний год, в два раза выше, чем среди студентов прочих направлений (7,4% и 3% соответственно) (таблица 3).

Таблица 3

Распределение ответов респондентов на вопрос: «Переносили ли вы простудные и вирусные заболевания в течение последнего года?», %

	Направление обучения		
	Медицинское	Прочие	Всего
Да, более 3-х раз	7,4	3,0	3,5
Да, 3 раза	9,5	8,9	8,9
Да, 2 раза	22,1	24,3	24,0
Да, 1 раз	41,1	38,3	38,6
Нет	17,9	24,0	23,3
Затрудняюсь ответить	2,0	1,5	1,7
Всего	100,0	100,0	100,0

Вслед за указанными выше авторами мы полагаем, что эти данные можно объяснить спецификой организации учебной деятельности в медицинских вузах, проявляющейся «в более высоких психоэмоциональных нагрузках, интенсивном режиме как аудиторной, так и самостоятельной работы во внеаудиторное время» [46, С. 12]. В то же время мы полагаем, что это может быть связано с тем, что будущие медики ввиду профиля обучения более внимательно относятся к своему здоровью, имеют больше навыков в симптоматике заболеваний, склонны чаще обращаться в учреждения здравоохранения в случае заболеваний.

Хронические заболевания, согласно самооценке респондентов, отсутствуют у 63,6% опрошенных. Каждый четвертый студент (24,4%) имеет 1 хроническое заболевание, менее десятой доли студентов (в целом 7,4%) сообщили о наличии двух и более хронических заболеваний. Среди юношей доля не имеющих хронических заболеваний несколько выше, чем среди девушек (67,2% и 61,5% соответственно). В целом хотя бы одно хроническое заболевание имеют чуть более трети опрошенных девушек (34,3%) и более четверти опрошенных юношей (27,3%) (при этом доля респондентов, имеющих три и более хронических заболеваний, хоть и невелика, однако среди юношей в два раза выше, чем среди девушек: 2,6% и 1,3% соответственно) (рисунок 5). Отметим, что данные исследований студентов 2004 г., проведенных НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков РАМН, демонстрируют, что ухудшение состояния здоровья студентов в процессе обучения в вузах происходит именно за счет приобретения хронических заболеваний [46, С.11].

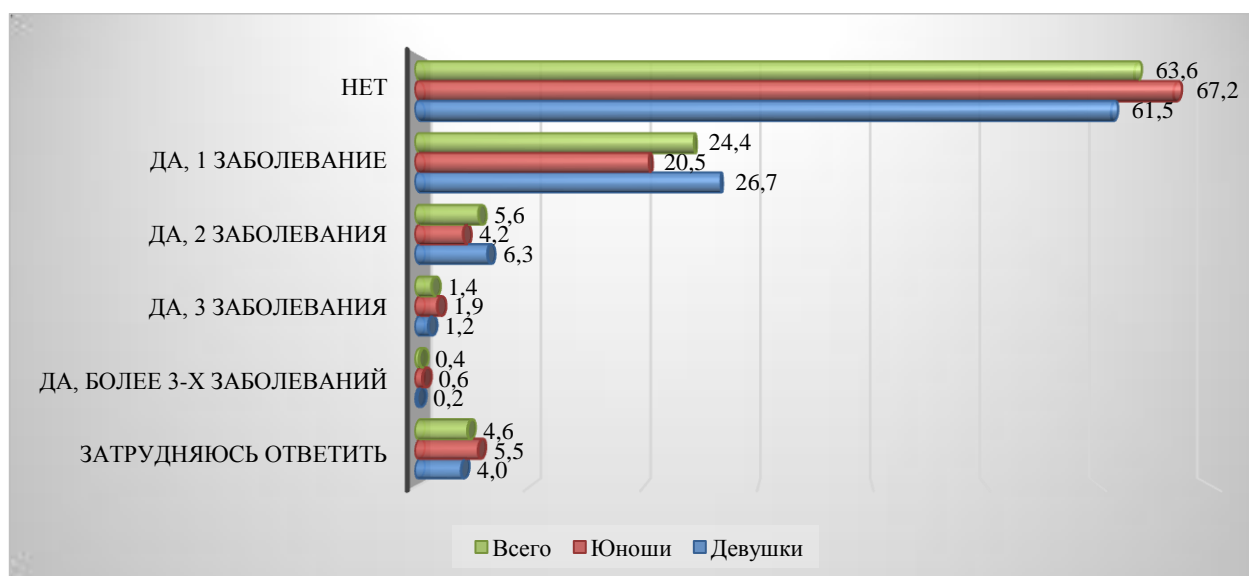


Рисунок 5. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Имеете ли Вы хронические заболевания?», %

Наиболее распространенными среди студентов являются заболевания желудочно-кишечного тракта – в наличии таковых признался каждый пятый опрошенный (21%). Более десятой доли опрошенных (12%) страдают от заболеваний сердечно-сосудистой системы, менее десятой доли (8,5%) – от

заболеваний опорно-двигательного аппарата. В меньшей степени среди студентов, согласно их самооценке, распространены легочные заболевания (6,9%) и психические расстройства (5,8%) (приложение 2, вопрос 4). Распространенность этих болезней была выявлена и в других исследованиях. Так, например, в рамках исследования «Здоровье московских студентов» Института социологии РАН было выявлено, что наиболее распространенные заболевания среди студентов-москвичей – это желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые и заболевания верхних дыхательных путей [53, С. 80]. Высокий уровень распространения заболеваний желудочно-кишечного тракта является проекцией от практик и условий пищевого поведения студентов: экономия на питании, неизбежная при низкой материальной обеспеченности, отсутствие режима приема пищи, несбалансированное питание – все это подрывает здоровье пищеварительной системы студентов.

В данной работе мы исходим из того, что психологическое благополучие человека является важной составляющей его здоровья. Стресс, с одной стороны, может провоцировать психическое и психологическое неблагополучие, с другой – способствовать ослаблению иммунитета, развитию и прогрессированию ряда психосоматических заболеваний (болезни опорно-двигательного аппарата, кожные, сердечно-сосудистые, дыхательные, желудочно-кишечные заболевания). Согласно классической интерпретации стресс – это «реакция организма человека на любые события или требования, предъявляемые к нему и превосходящие возможности его адаптации» [91, С. 61]. Современный ритм жизни в урбанистической среде зачастую создает условия для возникновения стрессовых ситуаций. Это касается и жизни студенческой молодежи. Различные социальные и личностные факторы (необходимость совмещать учебу и работу, страх не оправдать общественных ожиданий, чрезмерные учебные и эмоциональные нагрузки, недосыпание, конфликты со сверстниками, преподавателями, смена местожительства и др.) способствуют тому, что многие студенты живут под влиянием стресса, что негативно сказывается на состоянии их здоровья.

В рамках анкетирования было выявлено, что лишь 13,5% опрошенных студентов, согласно их самооценке, почти никогда не попадают в стрессовые ситуации. Каждый четвертый респондент(25,6%) сообщил, что попадает в стрессовые ситуации несколько раз за полгода-год, примерно та же доля (26%) – несколько раз в месяц. Часто попадают в стрессовые ситуации более пятой части опрошенных студентов: 14,3% – несколько раз в неделю, 8% – почти ежедневно (рисунок 6).

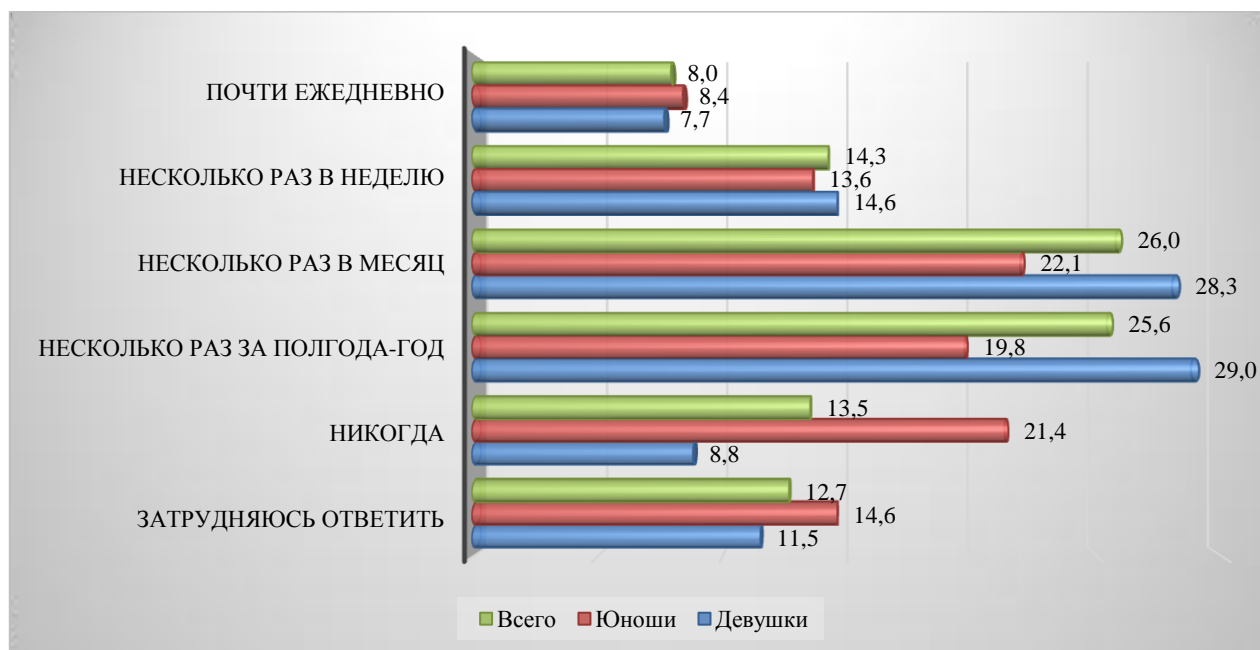


Рисунок 6. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Часто ли Вы попадете в стрессовые ситуации?», %

Отметим, что в процессе обучения стрессовыми факторами для студентов могут являться высокая интенсивность умственной деятельности, нарушение режимов сна, труда и отдыха, адаптация к новому порядку учебной деятельности (по сравнению со школой), а также зачастую страхи и беспокойство относительно будущего трудоустройства и построения карьеры в условиях экономического кризиса. Полученные в рамках исследования гендерные распределения ответов свидетельствуют о более высокой подверженности стрессам у девушек по сравнению с юношами, а юноши, напротив, более стрессоустойчивы, чем девушки. Так, никогда не попадают в стрессовые ситуации, согласно самооценке, более пятой доли юношей (21,4%)

и всего лишь менее десятой доли девушек (8,8%). Интересно, что ежедневное и частое (несколько раз в неделю) попадание в стрессовые ситуации характерно в одинаковой степени как для девушек, так и для юношей, однако девушки значительно чаще отмечали, что попадают в стрессовые ситуации несколько раз в месяц или в год, что в целом соответствует данным общероссийских исследований (таблица 4).

Таблица 4

Распределение ответов респондентов мужского и женского пола на вопросы о стрессовых факторах, % [46]

		Ежедневно	Часто	Иногда	Никогда
Как часто вы испытываете негативные эмоции?	Юноши	7,7	22,6	61,3	8,4
	Девушки	7,8	36,3	53,8	2,1
Как часто Вы бываете в плохом настроении?	Юноши	5,4	18,3	72,8	3,5
	Девушки	3,2	25,3	70,5	1,0
Как часто Вы конфликтуете с окружающими?	Юноши	3,5	12,9	69,5	14,1
	Девушки	2,9	14,5	69,9	12,7

Рациональное питание как один из факторов здорового образа жизни также является важным аспектом анализа поведенческих практик студентов. В результате исследования выяснилось, что почти каждый десятый респондент (7,6%) не придерживается правил рационального питания, каждый пятый (19,6%) делает это очень редко, более трети (37%) следуют правилам рационального питания лишь время от времени. Более ответственно к своему питанию относятся 20,9% студентов, которые стараются придерживаться этих правил как можно чаще. Менее десятой доли опрошенных (7,2%) считают, что всегда питаются рационально (приложение 2, вопрос 3.6). Это связано с высоким ритмом жизни, короткими перерывами между занятиями, модой на питание вне дома, материальной составляющей, коммуникационной составляющей совместных приемов пищи в пунктах общественного питания, в том числе закусочных быстрого питания и проч.

Согласно данным всероссийского исследования «Здоровье студентов» среди респондентов доля курящих юношей составляет 35,4%, курящих девушек – 20,9%; не курят 64,6% и 79,1% соответственно. Интересно, что

наиболее благополучная ситуация относительно распространения курения среди студентов была выявлена в г. Грозном. Курящими среди опрошенных оказались 13,5% юношей и лишь 0,9% девушек, сообщили об отсутствии данной привычки 86,5% и 99,1% соответственно. Низкий уровень распространения курения среди чеченских студентов исследователи склонны объяснять требованиями мусульманских традиций [53, С. 85-86].

Согласно данным авторского исследования среди студентов Республики Татарстан подавляющее большинство студентов (80,2%) сообщили, что не курят. Каждый десятый опрошенный курит регулярно (6,6% – 5 и более сигарет в день, 3,9% – менее 5). Примерно столько же опрошенных курят редко (6,5%) или время от времени (2,2%) (приложение 2, вопрос 3.7). Таким образом, предположение о влиянии религиозной составляющей на распространение вредных привычек в среде студенчества нашло свое подтверждение и в рамках авторского исследования: ислам, являясь одной из традиционных для Татарстана религий, оказывает определенное воздействие на самосохранительное поведение молодежи, что может объяснять более низкую долю курящих студентов по сравнению с другими регионами.

Результаты исследования «Здоровье студентов» свидетельствуют, что употребление алкогольных напитков является наиболее распространенной вредной привычкой среди студентов: не употребляют алкоголь лишь 39% [46, С.82]. Среди татарстанских студентов употребление алкоголя распространено несколько меньше: чуть более половины опрошенных нами студентов (52,3%) не употребляют алкогольных напитков, каждый четвертый (24,2%) употребляет их очень редко – 1-2 раза в полгода-год. Более низкий уровень распространения данной привычки также можно объяснить с точки зрения влияния исламской культуры. Тем не менее 15,2% участников опроса сообщили, что употребляют алкоголь 1-2 раза в месяц, 6,2% – 1-2 раза в неделю. Незначительная доля опрошенных (0,4%) признались, что принимают алкогольные напитки ежедневно (приложение 2, вопрос 3.8).

В целом около половины татарстанских студентов демонстрируют высокий уровень физической активности: 11,7% занимаются физической культурой и спортом ежедневно, 36,5% – несколько раз в неделю. Каждый пятый опрошенный (20,4%) сообщил, что практикует занятия спортом лишь несколько раз в месяц, 14,9% опрошенных – и того реже (несколько раз в полгода-год). Каждый десятый студент (11,1%) не занимается физкультурой и спортом. Интересно, что ежедневные занятия в большей степени характерны для юношей, чем для девушек (16,6% и 8,8% соответственно), однако регулярные занятия по несколько раз в неделю чаще практикуют девушки (40,8% и 29,2% соответственно). При этом юноши чаще девушек отмечали, что не занимаются физической культурой и спортом (14,6% и 9% соответственно) (рисунок 7).

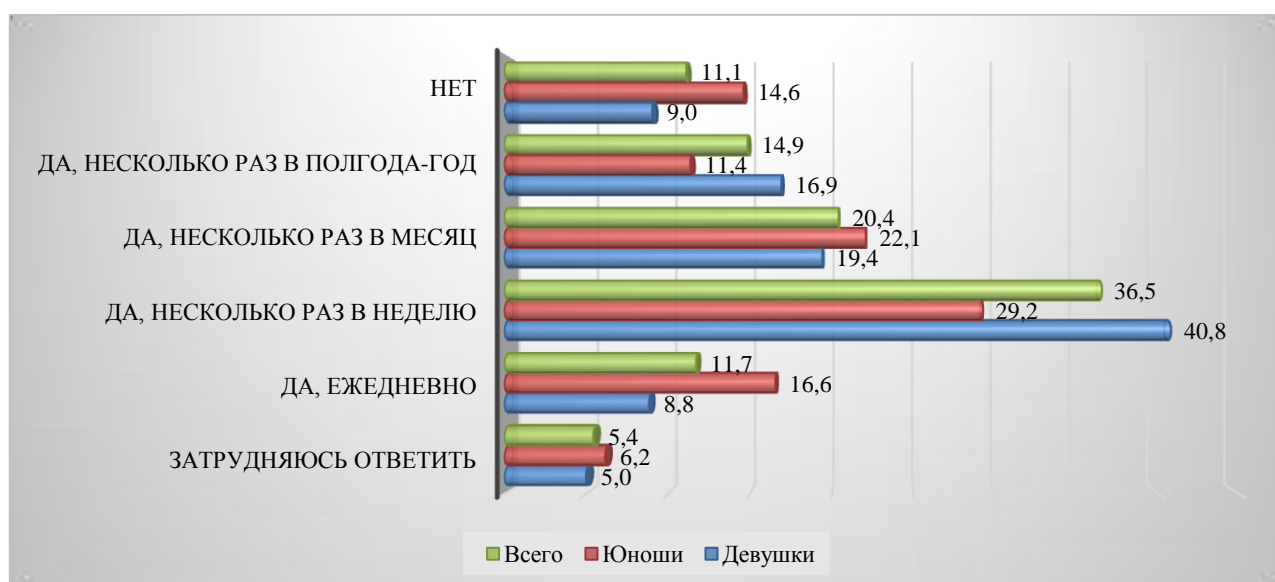


Рисунок 7. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Занимаетесь ли Вы физической культурой и спортом?», %

Полученные в рамках нашего опроса данные несколько отличаются от данных всероссийского исследования «Здоровье студентов». Если доли студентов, практикующих ежедневные занятия, примерно соответствуют как среди юношей, так и среди девушек, то доли часто занимающихся физкультурой и спортом кардинально отличаются: 40,7% среди юношей и 28,4% среди девушек [46, С. 98] (сравним с данными авторского исследования –

40,8% среди девушек и 29,2% среди юношей). На наш взгляд, такие различия стали возможными ввиду распространения в последние пять лет моды на занятия фитнесом и прочими видами физической активности среди студентов, преимущественно – среди девушек, стремящихся к идеальной фигуре.

Стоит отметить, что разные авторы говорят о неоднородном уровне физической активности студентов. Так, например, Н.Ф. Агаев отмечает, что в течение года прослеживается динамика изменения посещаемости занятий по физической культуре: в осеннем семестре студенты посещают занятия охотнее, а в весеннем происходит спад физической активности [3]. Это может быть связано с накопленной усталостью, повышением интеллектуальной нагрузки к концу года, весенним авитаминозом. Н.Ф. Агаев отмечает также, что для студентов творческих специальностей характерна самая низкая посещаемость, в то время как для студентов технических специальностей – заметно выше. По мнению С.М. Футорного, колеблется в течение года и двигательная активность студентов. Так, наиболее высока она в каникулярный период. Причем в период учебных занятий она составляет 56–65% от ее величины в период каникул, а во время экзаменов – лишь 39–46% [140, С. 76].

Одной из задач нашего исследования является выявление социальных установок студенческой молодежи о здоровом образе жизни. В связи с этим один из вопросов анкеты предполагал, что участники опроса выскажут свое мнение относительно того, что включает в себя понятие «здоровый образ жизни».

Подавляющее большинство опрошенных выделило четыре ключевые составляющие здорового образа жизни: занятия физкультурой и спортом с учетом возрастных и физиологических показателей (88,6%), отказ от курения табака (87,8%) и злоупотребления спиртными напитками (82,9%), а также сбалансированное питание (77,9%). Более 60% опрошенных считают, что здоровый образ жизни немислим также без соблюдения режима сна (63,6%) и правил личной гигиены (62%). Чуть более половины участников опроса отнесли к составляющим здорового образа жизни также активный отдых (53,7%) и позитивное отношение к жизни (50,7%), чуть менее половины – соблюдение

режима труда и отдыха (47,7%) и регулярное прохождение профилактических медицинских осмотров (45,5%). Лишь треть опрошенных (33,6%) полагает, что умение справляться с эмоциями – это также важный элемент здорового образа жизни (рисунок 8).

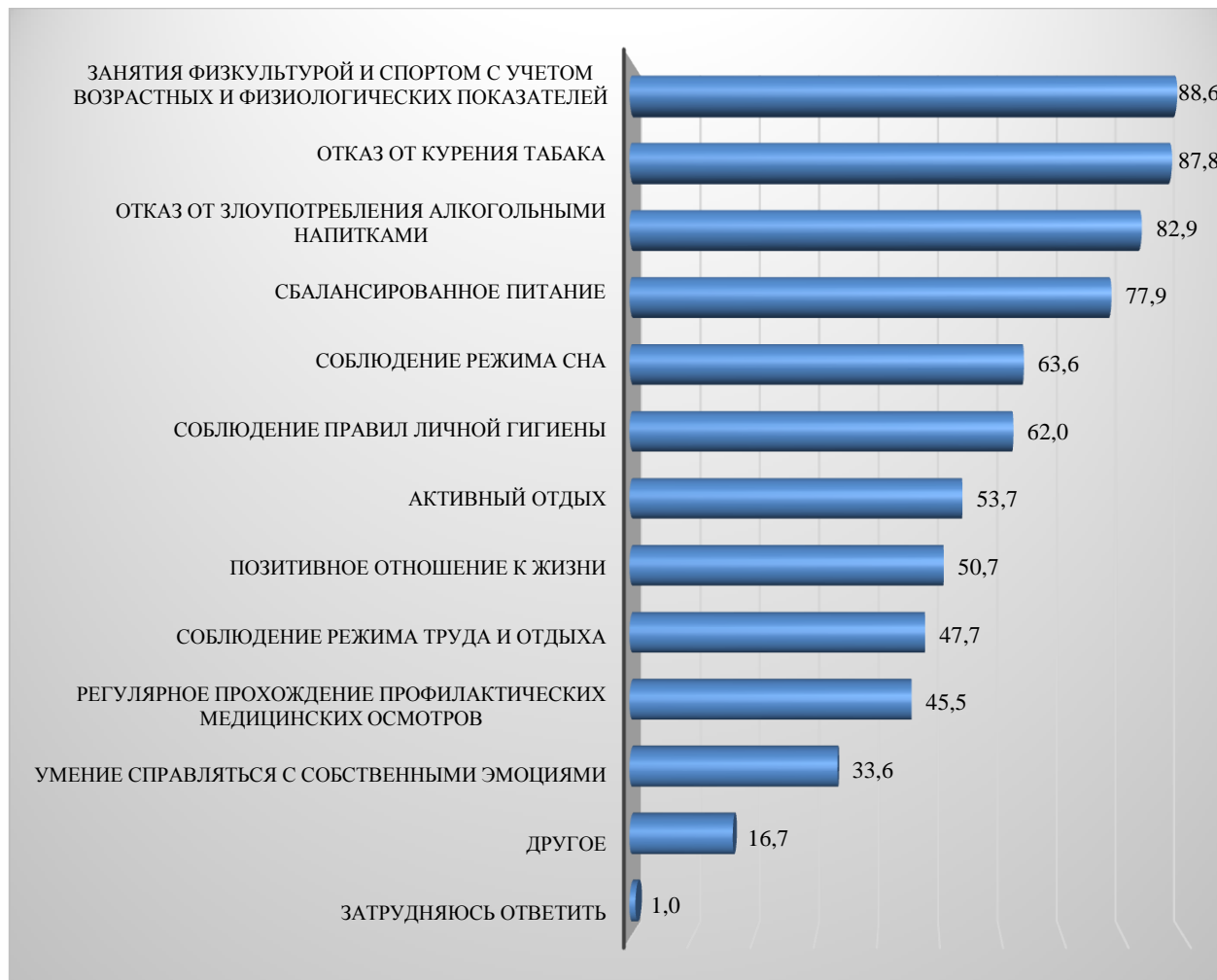


Рисунок 8. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы считаете, что включает в себя понятие «Здоровый образ жизни?»», %

Представляется интересным, что опрошенные студенты воспринимают здоровый образ жизни более многогранно, чем россияне в целом (согласно данным всероссийского исследования по заказу Минздрава России): большинство последних видят реализацию здорового образа жизни в простой формуле «отказ от вредных привычек + физическая активность». Сбалансированное питание относят к практикам здорового образа жизни лишь чуть более половины опрошенных россиян (55,4%, среди татарстанских студентов – 77,9%), соблюдение правил личной гигиены – менее половины опрошенных (47,7%, среди

татарстанских студентов – 62%). В то же время такие параметры, как регулярное прохождение профилактических медосмотров и умение справляться с собственными эмоциями, были отмечены и студентами, и россиянами в целом с примерно одинаковой частотой (45,5% и 40,3%, 33,6% и 34% соответственно).

Отметим, что опрошенные студенты имели возможность предложить собственные варианты ответа, ею воспользовались 16,7% студентов. При этом большинство (15,5%) отмечали в данном случае, что здоровый образ жизни включает в себя все перечисленные характеристики. Остальные предложили такие варианты, как «активный образ жизни», «религия», «отсутствие стресса», «наличие времени на себя», «сила воли, гармония с собой», «отказ от наркотиков», «отказ от мяса, рыбы, яиц». Причем последний вариант (отказ от мяса, рыбы, яиц) противоречит мнению специалистов рационального питания, согласно которому указанные продукты являются основными источниками белков и жиров – необходимыми элементами сбалансированного питания [116, С. 7].

Таким образом, наиболее полно понятие «здоровый образ жизни» представляют себе 15,5% опрошенных студентов, по мнению которых, оно включает в себя не только отказ от вредных привычек, физическую активность и рациональное питание, но и такие характеристики, как соблюдение режима сна, труда и отдыха, правил личной гигиены, регулярное прохождение медицинских осмотров, а также практики, положительно воздействующие на психическое здоровье, такие как: позитивное отношение к жизни и умение справляться с собственными эмоциями.

После того, как мы выяснили, какие аспекты теоретически включаются студентами в понятие «здоровый образ жизни», было выявлено, какие из них применяются студентами на практике (рисунок 9).



Рисунок 9. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Какие меры лично Вы предпринимаете в целях заботы о своем здоровье?», %

Наиболее часто были отмечены такие варианты ответов, как соблюдение правил личной гигиены (50,2%), отказ от курения табака (46,8%), занятия физкультурой и спортом с учетом возрастных и физиологических особенностей (42,5%), отказ от злоупотребления алкоголем (41,3%). Около трети опрошенных отметили также сбалансированное питание (35,8%) и позитивное отношение к жизни (32,1%), чуть меньшая доля – своевременное лечение заболеваний (30,4%), активный отдых (29,4%), соблюдение режима сна (28,7%). Следующие меры, которые были отмечены менее чем пятой частью студентов, включают в себя регулярное прохождение профилактических медицинских осмотров (19,4%), умение справляться с эмоциями (18,1%), соблюдение режима труда и отдыха (17,6%). Незначительная доля участников опроса предложили свои меры

поддержания и сохранения здоровья, такие как: религия, вегетарианство, обливание холодной водой, посещение бани (в целом 1,2%).

Данные свидетельствуют, что знания студентов о здоровом образе жизни не соответствуют их реальному поведению. Противоречие между информационной и деятельной составляющими здорового образа жизни учащейся молодежи, выявленное в ходе различных социологических исследований, сохраняется.

Осознавая необходимость физкультуры для поддержания здоровья (88,6%), физически активными людьми себя считают лишь около половины опрошенных студентов (46,7%), не считают себя таковыми в два раза меньше респондентов (26,2%). Отметим, что более четверти (27,1%) опрошенных затруднились дать однозначный ответ (рисунок 10). Половина опрошенных студентов (49,6%) при знакомстве с человеком обращают внимание на его физическую форму, им нравятся физически развитые люди. Каждый третий (34,5%) сообщил, что для него это не важно. Отметим, что 15,8% затруднились дать однозначный ответ (рисунок 11).

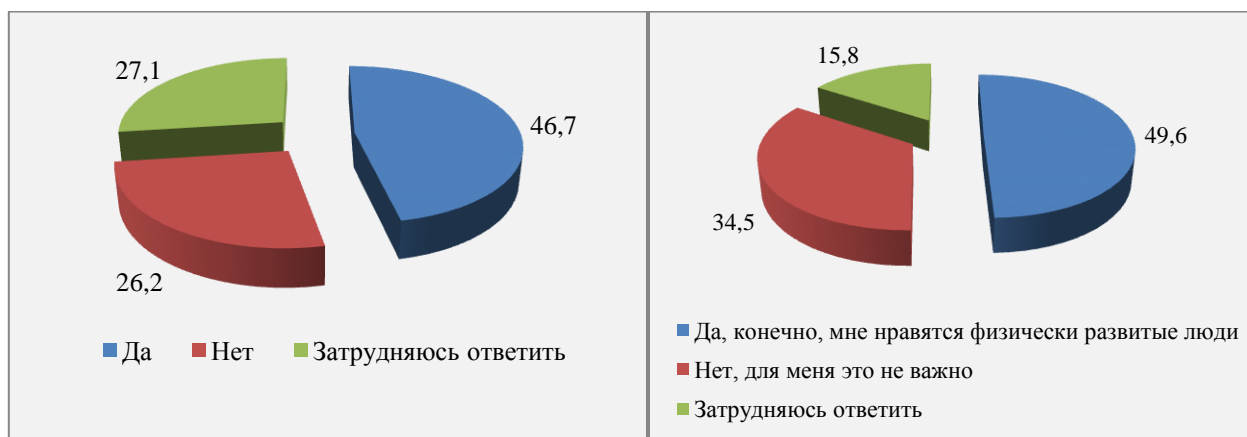


Рисунок 10. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Считаете ли Вы себя физически активным человеком?», %

Рисунок 11. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Обращаете ли Вы внимание на физическую форму человека при знакомстве с противоположным полом?», %

Далее мы обратились к респондентам с рядом суждений о здоровом образе жизни, относительно которых им необходимо было высказать свое согласие или несогласие (таблица 5).

Большинство опрошенных студентов не связывают возможность ведения здорового образа жизни с материальной обеспеченностью. Так, чуть более

половины участников опроса (52%) полностью не согласны с тем, что «вести здоровый образ жизни могут себе позволить только хорошо обеспеченные люди», почти треть (29,3%) – скорее не согласны с этим, чем согласны.

Таблица 5

Распределение ответов респондентов на вопрос: «В какой степени Вы согласны или не согласны с нижеприведенными суждениями?», %

	Полностью согласен	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Полностью не согласен	Затрудняюсь ответить
Вести здоровый образ жизни могут позволить только хорошо обеспеченные люди	4,7	12,4	29,3	52,0	1,5
Для меня вести здоровый образ жизни сложно, т.к. надо соблюдать много условий	7,6	24,2	34,4	30,3	3,5
У меня нет достаточного количества свободного времени, чтобы вести здоровый образ жизни	8,7	26,1	31,4	29,7	4,1
Мне сложно запомнить все необходимые правила, чтобы вести здоровый образ жизни	3,6	9,7	31,0	50,5	5,2
Заботясь о здоровье, я могу продлить свою молодость, жить дольше	66,3	22,8	3,4	4,6	2,9

Почти треть опрошенных студентов (30,3%) не видят сложность ведения здорового образа жизни в том, что нужно соблюдать много условий, чуть большая доля (34,4%) – скорее не видят. Еще треть опрошенных (в целом 31,8%) согласны или скорее согласны с тем, что для них вести здоровый образ жизни сложно, т.к. надо соблюдать много условий. Примерно так же распределились ответы респондентов на вопрос-суждение относительно наличия свободного времени для ведения здорового образа жизни. Почти треть опрошенных студентов (29,7%) считают, что у них есть достаточное количество свободного времени, примерно столько же (31,4%) выбрали вариант ответа «скорее есть». Чуть более трети (34,8%) полагают, что для этого у них нет или скорее нет достаточного количества свободного времени.

Половина участников опроса (50,5%) точно уверены, что нет ничего сложного в том, чтобы запомнить все необходимые правила ведения здорового образа жизни, еще почти треть (31%) – придерживается такого же

мнения, однако не совсем уверена в этом. В целом 13,3% респондентов согласились или скорее согласились с тем, что им сложно запомнить все необходимые правила, чтобы вести здоровый образ жизни. Подавляющее большинство опрошенных согласилось (66,3%) или скорее согласилось (22,8%), что «заботясь о своем здоровье, они могут продлить свою молодость, жить дольше». Отметим, что лишь 8% выразили полное или частичное несогласие с данным суждением

Таким образом, подавляющее большинство опрошенных студентов осознают важность ведения здорового образа жизни для продления молодости и укрепления здоровья, а также полагают, что возможность ведения здорового образа жизни не зависит от материальной обеспеченности. Кроме того, большинство студентов способны запомнить все необходимые правила здорового образа жизни, однако треть опрошенных признались, что им не хватает свободного времени или же им тяжело соблюдать все условия ведения здорового образа жизни. Отметим, что сложности с соблюдением условий и выделением времени являются проблемами субъективного характера, речь идет в первую очередь о самоорганизации. Следовательно, объективные обстоятельства позволяют студенческой молодежи следовать практикам здорового образа жизни, при этом субъективные причины зачастую ограничивают студентов.

Эти выводы подтверждаются ответами респондентов на следующий вопрос анкеты, который требовал выбора одного из двух суждений, в наибольшей степени совпадавшего с мнением опрашиваемых. Всего респондентам было предложено четыре пары суждений о ведении здорового образа жизни.

Согласно полученным данным, подавляющее большинство опрошенных студентов при желании смогут найти время и возможность для ведения здорового образа жизни (86,4%), и лишь 13,6% респондентов полагают, что вести здоровый образ жизни – это очень сложно для них. Относительно ценности здорового образа жизни мнения студентов разделились: половина считает, он имеет первостепенную важность (49,8%), другая половина – что

помимо него в жизни есть много других важных вещей (50,2%). Две трети опрошенных студентов признались, что вести здоровый образ жизни им мешает собственная лень и неорганизованность (68,4%), одна треть сослалась при этом на воздействие объективных внешних обстоятельств (31,6%). Распределение ответов относительно последней пары суждений подтверждает, что студенты осознают доступность здорового образа жизни для каждого, кто к этому готов. Так, 71,6% опрошенных полагают, что могут поддерживать здоровый образ жизни исключительно благодаря собственным усилиям, 28,4% – лишь в силу удачно сложившихся обстоятельств (рисунок 12).



Рисунок 12. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Из каждой предлагаемой пары суждений выберите, пожалуйста, одно, с которым Вы в наибольшей степени согласны», %

Данные исследования показывают, что, действительно, проблема самоорганизации и личной мотивации стоит достаточно остро – это подтверждается и прямыми и косвенными вопросами. Причем важность и необходимость ведения здорового образа жизни осознается большинством студентов, так же как и то, что возможность и успешность его ведения напрямую зависит от их собственных усилий. Таким образом, просветительской и

разъяснительной работы, нацеленной на устранение пробелов в знаниях о составляющих элементах здорового образа жизни, их назначении и необходимости, недостаточно. Необходимым является также освещение проблематики организации здорового образа жизни, «встраивания» практик здорового образа жизни в привычный образ жизни студентов, разъяснение возможностей тайм-менеджмента, проведение психологических тренингов, консультаций.

Далее в рамках анкетирования студентам был задан вопрос, считают ли они себя психологически здоровыми людьми. Менее половины (42,3%) с уверенностью отметили, что не имеют психологических проблем и легко решают жизненные трудности. Еще около половины (в целом 47,6%) участников опроса также считают себя психологически здоровыми людьми, однако с некоторыми оговорками: 22,6% респондентов с удовольствием пообщались бы с психологом, 18,7% – чувствуют недостаток сил на решение жизненных трудностей, 6,3% – часто сталкиваются с психологическими проблемами. Лишь незначительная доля опрошенных признались, что нуждаются в помощи специалиста (2,9%), некоторые затруднились с ответом (6,5%) (рисунок 13).



Рисунок 13. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Считаете ли Вы себя психологически здоровым человеком?», %

В рамках опроса было выявлено, как студенты справляются с психологическими проблемами. Наиболее популярными способами решения психологических проблем у студентов являются «традиционные» подходы: более половины опрошенных (53,1%) делятся переживаниями с подругой или другом, чуть меньше (49,5%) – остаются наедине с собой и пытаются отвлечься. Более трети (39,4%) также склонны в такие моменты отправиться с друзьями на прогулку. Более пятой доли студентов (22,9%) предпочтут пойти в спортзал, чуть меньше – ищут решение проблем в чатах.

Среди опрошенных студентов оказались и такие, кто выбирает деструктивные способы решения психологических проблем. Так, каждый десятый участник опроса (9,7%) справляется с психологическими проблемами, выпивая алкогольные напитки с друзьями, чуть меньше – принимают успокоительное (8,4%). Незначительная доля опрошенных много курит (5%) или выпивает алкоголь (4,5%). В силу занятости и зачастую отсутствия собственного заработка лишь немногие (4,2%) студенты могут себе позволить уехать в отпуск. Признались, что обращаются за помощью к специалисту-психологу лишь 0,7% опрошенных студентов, что говорит о крайней непопулярности профессионального решения психологических проблем среди студентов (приложение 2, вопрос 13).

Социальное здоровье – также важная составляющая триединого понимания человеческого здоровья, используемого в данной работе. Во многих исследованиях социальное здоровье студентов рассматривается как интегральное понятие, отражающее уровень адаптации личности к социальной среде, степень ее социальной активности, гармонию взаимоотношений с другими людьми и социальными группами, адекватную существующим нормам и общечеловеческим ценностям регуляцию поведения, здоровый образ жизни [139], как состояние социальной активности, деятельного отношения человека к миру, его способности устанавливать и поддерживать социальные связи и отношения, как состояние организма, определяющее способность человека контактировать с социумом, как определенный уровень развития, сформированности и совершенства форм и способов взаимодействия индивида с внешней средой (приспособление,

уравновешивание, регуляция); определенный уровень психического и личностного развития, позволяющий успешно реализовать это взаимодействие [19, С.117].

Социальное здоровье, как и здоровый образ жизни в целом, формируется в процессе социализации. В данной работе мы будем исходить из того, что социальное здоровье зависит от таких параметров, как: умение исполнять различные социальные роли (студент, друг/подруга, сын/дочь и проч.); владение навыками неформального общения; владение навыками официального общения; умение разделять коллективные нормы и ценности; владение навыками самопрезентации (таблица 6).

Таблица 6

Распределение ответов респондентов на вопрос: «Владеете ли Вы, по Вашему мнению, навыками в решении социальных задач?», %

	Владею	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Не владею	Затрудняюсь ответить
Умение исполнять различные социальные роли (студент, друг/подруга, сын/дочь и проч.)	52,1	37,3	3,7	1,3	5,6
Владение навыками неформального общения (с друзьями, родственниками)	45,8	38,7	7,5	3,1	4,9
Владение навыками формального (официального) общения	37,7	37,3	13,8	1,7	9,5
Умение разделять коллективные нормы и ценности	34,3	37,7	9,1	1,9	17,0
Владение навыками самопрезентации	22,5	32,1	19,9	4,6	20,9

Более половины опрошенных (52,1%) считают, что умеют исполнять те или иные социальные роли (студент, друг/подруга, сын/дочь и др.), еще более трети (37,3%) полагают, что скорее владеют этими навыками. Обратного мнения придерживаются в целом лишь 5% опрошенных. Примерно такое же распределение ответов сложилось относительно навыков неформального общения с друзьями, родственниками: около половины (45,8%) уверены, что владеют ими, более трети (38,7%) – скорее владеют, чем нет. Обратного мнения придерживаются 10,6% опрошенных. Навыками формального общения владеет

несколько меньшая доля студентов: 37,3% уверены, что владеют, столько же – скорее владеют, чем нет. 13,8% отметили, что скорее не владеют навыками формального общения, а 1,7% точно в этом уверены.

Умение разделять коллективные нормы и ценности характерно в полной мере для трети опрошенных студентов (34,3%), примерно столько же (37,7%) сообщили, что скорее владеют этим навыком. В целом каждый десятый (11%) придерживается обратного мнения. Более пятой части опрошенных (22,5%) отметили, что владеют навыками самопрезентации, каждый третий (32,1%) – что скорее владеет, чем нет. В целом четверть опрошенных придерживается обратного мнения: 19,9% сообщили, что скорее не владеют такими навыками, 4,6% – точно не владеют.

Гармония личных и общественных интересов способствует социальному здоровью человека. Отметим, что лишь 15,1% опрошенных студентов постоянно испытывают эту гармонию, еще 45% – скорее испытывают, чем нет. Менее пятой части участников опроса придерживаются обратного мнения: 3,5% – не испытывают, 14,3% – скорее не испытывают. При этом более пятой части (22,1%) не смогли дать однозначный ответ.

В целом данные исследования свидетельствуют о том, что студенты, согласно их самооценке, хорошо справляются с исполнением различных социальных ролей, а также чувствуют себя уверенно в области неформального общения. Однако коммуникации на официальном уровне, отношения к коллективным ценностям и общественным интересам являются для студентов более сложными для понимания, в первую очередь, в силу недостаточного социального опыта (опыт в трудоустройстве, должностной субординации, участие в политических партиях и общественных организациях и др.).

Обобщающим вопросом в рамках опроса студентов являлось предложение оценить их образ жизни на соответствие основным требованиям и параметрам здорового образа жизни. Выяснилось, что лишь 15% опрошенных студентов уверены, что их образ жизни полностью им соответствует, еще 40,3% скорее согласны с этим. Каждый четвертый (26,3%)

полагает, что скорее не соответствует, менее десятой части (7,9%) – совсем не соответствует. Каждый десятый затруднился с ответом на данный вопрос (рисунок 14).

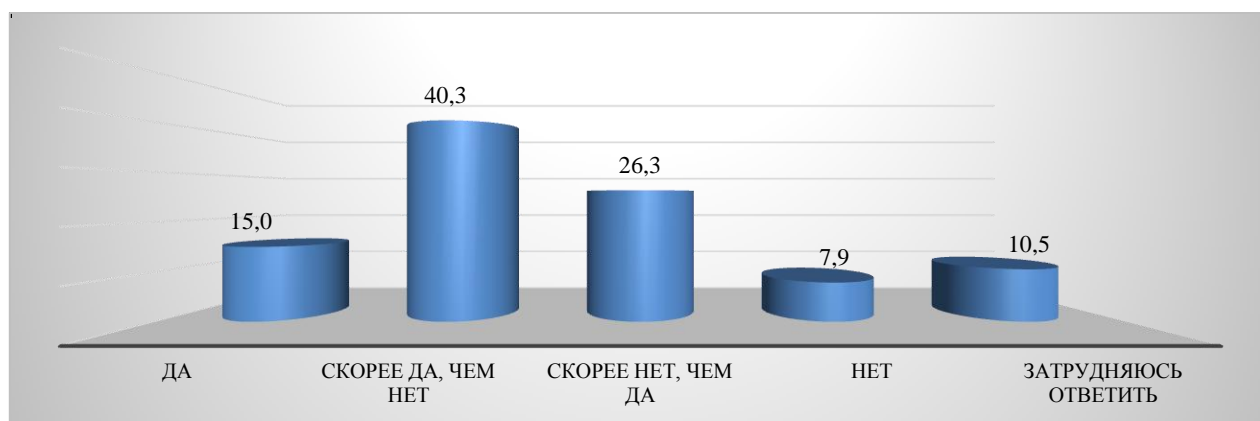


Рисунок 14. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы считаете, в целом Ваш образ жизни соответствует основным требованиям и параметрам здорового образа жизни?», %

Практики здорового образа жизни студенчества формируются в условиях городской среды, соответственно, находятся под ее влиянием. Автор данного исследования в составе рабочей группы по реализации научного проекта «Создание социально-экологической карты территории крупного города с использованием современных геоинформационных и нейросетевых технологий (междисциплинарный подход)» (руководитель – П.О. Ермолаева) приняла участие в разработке методики построения социальной карты г. Казани по критерию самооценки здоровья и отношения к здоровому образу жизни. Апробация была произведена на населении г. Казани, были собраны эмпирические данные социологического опроса казанцев по репрезентативной квотной выборке (критерии отбора: пол, возраст, район проживания; n=1500). По результатам опроса были построены карты г. Казани, на которых графически отображены оценки респондентов относительно их здоровья и здорового образа жизни (приложение 4).

Индекс самооценки здоровья казанцев был рассчитан на основании ответов респондентов на шесть вопросов анкеты относительно общей оценки состояния своего здоровья, наличия хронических и прочих заболеваний, стрессов в

повседневной жизни. Отношение к здоровому образу жизни в рамках данного исследования понимается как следование нормам здорового образа жизни, таким как: рациональное питание, отказ от вредных привычек (курение и употребление алкоголя), физическая активность. Индекс отношения к здоровому образу жизни был рассчитан на основании ответов респондентов на четыре вопроса анкеты относительно наличия у них указанных практик.

Результаты исследования показали, что большая часть казанцев продемонстрировали средние самооценки здоровья (3–4 балла, что соответствует интервалу самооценок здоровья от «удовлетворительной» до «хорошей»), а также ниже среднего (2–3 балла – от «плохой» до «удовлетворительной») – именно эти оценки заняли наибольшую площадь на карте Казани (приложение 4, рисунок 1). В целом наиболее высокие оценки здоровья наблюдаются среди казанцев, проживающих на экологически более благоприятных территориях города (вблизи рек, лесопарковых массивов и проч.), однако это не абсолютное правило. Так, высокие показатели самооценки здоровья были получены от респондентов, проживающих в Приволжском районе недалеко от «Нэфис Косметикс» (ул. Тихорецкая, Глазунова и др.).

Картографическое отображение индексов отношения респондентов к здоровому образу жизни значительно отличается от такового относительно их самооценки здоровья. В целом оценки смещаются в отрицательную сторону. Наиболее распространенными являются территории города, жители которых демонстрируют поведение в рамках интервалов от 1 до 2 и от 2 до 3, что соответствует значениям индекса отношения к здоровому образу жизни от «очень плохого» до «плохого» и от «плохого» до «удовлетворительного» (приложение 4, рисунок 3). Наиболее высокие значения индекса (4–5 баллов, что соответствует интервалу значений индекса от «хороших» до «отличных») распространены среди респондентов, проживающих в пос. Константиновка Советского района, в южной части Приволжского и на западе Ново-Савиновского районов, в центре Вахитовского района.

В результате данного исследования была выявлена относительно слабая связь практик здорового образа жизни с местом проживания респондента. Так, например, высокие оценки относительно своего здоровья наблюдаются среди респондентов, проживающих как на экологически более благоприятных территориях города (хорошее или отличное состояние здоровья отметили 62,7% респондентов), так и вблизи крупных промышленных объектов (59%). Чаще совершают пробежки горожане, живущие поблизости лесопарковых зон (5,1% по сравнению с 1,3% в других районах), при этом спортивные сооружения с почти равной частотой посещают как респонденты, проживающие в их непосредственной близости (регулярно посещают спортивные учреждения, сооружения, секции 13,6% опрошенных), так и вдали от них (12,7%). По нашему мнению, метод социального картографирования обладает значительным потенциалом в изучении здорового образа жизни студенчества, в связи с чем разработки в данной области мы рассматриваем как одно из направлений дальнейшего исследования проблемы.

Таким образом, результаты проведенных нами исследований показывают, что существуют некоторые несоответствия относительно представлений студенческой молодежи о здоровом образе жизни и их реализации на практике. Согласно данным опроса студенты являются теоретически подкованными в области здорового образа жизни и демонстрируют позитивные представления относительно необходимости и возможности его ведения. Однако на практике знания студентов реализуются в недостаточной степени, и основными препятствиями опрошенные считают собственную лень и неорганизованность.

Отметим, что несоответствие теоретических знаний и их реализации на практике отмечается и другими исследователями [см., напр., 44, 46, 95]. С нашей точки зрения, это можно объяснить молодым возрастом и в силу этого хорошим состоянием физического здоровья студентов в настоящее время. Однако забота о будущем здоровье начинается в молодости и еще раньше – в детстве.

Таким образом, можно говорить о парадоксальном характере самосохранительного поведения студенческой молодежи, обусловленном, с

одной стороны, их социально-образовательным статусом, воздействующим на формирование высокой информированности относительно здоровья и здорового образа жизни, достаточным количеством свободного времени для его ведения, его материальной доступностью (согласно данным опроса), с другой стороны – психологическими возрастными особенностями, находящими выражения в проблемах самоорганизации, сложностях в осознании будущих возрастных изменений здоровья, пока еще хорошим состоянием здоровья, в большинстве случаев неотягощенным хроническими заболеваниями и другими факторами. Используя подход У.К. Кокерхэма, можно говорить о том, что противоречивый характер самосохранительного поведения студентов определяется на этапе «социального выбора». Так, в рамках схожих жизненных шансов (с точки зрения групповых характеристик студенчества) и условий социализации формируются разные типы отношения к здоровью и здоровому образу жизни и, соответственно, закладываются основы разных уровней качества жизни в будущем. Поэтому, на наш взгляд, первостепенное внимание при формировании здорового образа жизни студентов необходимо уделять именно этому аспекту – личному выбору, который определяется мотивацией студентов к ведению здорового образа жизни, уровнем знаний, отношением к здоровью и здоровому образу жизни.

3.2. Типологизация студенчества по уровню сформированности основных компонентов здорового образа жизни

Немецкий социолог Макс Вебер, выдвигая категорию «идеальных типов», полагал, что они являются абстрактными конструкциями, представляющими собой некое упрощение, схему, а не объективную социальную реальность, поскольку они не имеют прямого аналога в реальной жизни. Идеальная типизация позволяет, как считал М. Вебер, упорядочивать эмпирический материал, поставляемый конкретными исследованиями [18, С.9-12].

Процедура типологизации (или типологический анализ) является неотъемлемым звеном практически любого эмпирического исследования, независимо от методологических ориентаций исследователя. В рамках диссертационного исследования нами была применена аналитическая операция построения типологизации студенческой молодежи по уровню сформированности основных компонентов здорового образа жизни. Нами были построены идеальные типы, раскрывающие взаимозависимость самооценки здоровья студентов (оценочный критерий) и следования правилам здорового образа жизни (поведенческий критерий). С помощью построения типологизации мы сможем показать, что студенчество является дифференцированным, в связи с чем разные группы студентов нуждаются в различных мерах по формированию здорового образа жизни.

Самооценка здоровья определялась на основании ответов респондентов на вопрос: «Как бы Вы оценили общее состояние Вашего здоровья?». При этом варианты ответа «очень хорошее» / «отличное» и «хорошее» были учтены как положительные, а варианты «удовлетворительное», «слабое» и «очень слабое» – как отрицательные.

Следование правилам здорового образа жизни оценивалось на основании наличия или отсутствия вредных привычек, таких как: курение, злоупотребление алкоголем, переизбыток еды на ночь, частое употребление фаст-фуда (более двух раз в неделю), неподвижный образ жизни (низкая физическая активность).

Наличие всех перечисленных привычек было расценено исследователями как безусловно негативный тип самосохранительного поведения; отсутствие всех привычек – как безусловно положительный тип. Однако опыт проведения исследований свидетельствует о том, что среди россиян крайне низка доля тех, кто демонстрирует безусловно негативный тип поведения. В связи с этим нами была принята позиция, что если индивид имеет хотя бы одну вредную привычку, то его поведение расценивается как рискогенное, то есть несоответствующее нормам здорового образа жизни.

Четыре возможных сочетания оценки выделенных критериев дает исследователям право выделить соответственно четыре идеальных типа (таблица 7):

1. *«Сохранительный»* – характеризуется наличием положительной самооценки здоровья при безусловно положительных показателях поведенческого критерия (отсутствие вредных привычек). Гипотетически в данный тип входят люди, осознающие ценность здоровья и важность его сохранения, реализующие практики здорового образа жизни.

2. *«Разрушительный»* – его представители обладают хорошим состоянием здоровья, при этом демонстрируют негативные поведенческие практики (наличие хотя бы одной вредной привычки). Представителями данного типа могут быть люди, как правило, молодые, недооценивающие важность здоровья либо еще не ощутившие негативные последствия рискованного поведения.

3. *«Оздоровительный»* – представители типа демонстрируют безусловно положительные показатели поведенческого критерия (отсутствие вредных привычек), однако имеет место отрицательная самооценка здоровья. Данный тип характерен для людей, которые уже имеют проблемы со здоровьем и делают все возможное, чтобы его улучшить.

4. *«Попустительский»* – характеризуется отрицательной самооценкой здоровья при негативных показателях поведенческого критерия. Гипотетически тип представлен людьми, которые имеют хотя бы одну из перечисленных выше вредных привычек, низко оценивают состояние своего здоровья, но по разным причинам (высокая занятость, крайне низкий уровень жизни, низкая ценность

здоровья и здорового образа жизни, влияние вредного производства и проч.) продолжают вести нездоровый образ жизни.

Таблица 7

Типологизация студентов
по уровню сформированности основных компонентов здорового образа жизни

Типы	Самооценка здоровья (оценочный критерий)	Следование правилам здорового образа жизни (поведенческий критерий)
Сохранительный	+	+
Разрушительный	+	-
Оздоровительный	-	+
Попустительский	-	-

По характеристикам респондентов в выделенных типах можно заключить, что мы имеем дело с типами, различающимися между собой иерархическим местом в социальной системе и другими характеристиками.

Типология прошла апробацию на данных всероссийского исследования, выполненного по заказу Минздрава России при непосредственном участии автора. Согласно данным этого исследования среди опрошенных россиян преобладает «Разрушительный» тип поведения, характеризующийся халатным отношением к собственному здоровью, однако на данный момент эти люди не ощущают проблем со здоровьем (39%). Более трети опрошенных оказались представителями «Попустительского» типа, которые уже ощутили на себе эти проблемы, однако продолжают демонстрировать склонность к вредным привычкам (34,1%). Доля респондентов с «безусловно положительным типом поведения» в рамках здорового образа жизни составила в целом 22,7% (909 человек из 4000 опрошенных сообщили, что не имеют ни одной из указанных вредных привычек). Данные респонденты наполняют два выделенных типа: «Сохранительный» (13,4%), характеризующийся положительной самооценкой здоровья, и «Оздоровительный» (9,3%), представители которого, несмотря на приверженность нормам здорового образа жизни, имеют проблемы со здоровьем (таблица 8).

Анализ данных, полученных в ходе указанного исследования, позволил выявить типичные социальные характеристики для выделенных типов:

1. «Созидательный» – молодые люди до 25 лет, учащиеся и студенты;
2. «Деятельный» – женщины старше 45 лет, преимущественно безработные, пенсионеры и домохозяйки, а также бизнесмены;
3. «Разрушительный» – мужчины до 35 лет, специалисты с высшим образованием, квалифицированные рабочие, учащиеся и студенты, а также военнослужащие в армии и органах внутренних дел;
4. «Скептический» – мужчины и женщины старше 45 лет, пенсионеры и государственные служащие.

Таблица 8

Типологизация россиян по уровню сформированности основных компонентов здорового образа жизни

Типы	Доля, %
Сохранительный	13,4
Разрушительный	39,0
Оздоровительный	9,3
Попустительский	34,1
<i>Неприсоединившиеся</i>	4,2
Всего	100,0

Таким образом, было выявлено, что студенты являются преимущественно представителями «созидательного» и «разрушительного» типов. Это положение было уточнено нами в рамках проведения диссертационного исследования, типологизация представлена ниже в данном параграфе после описания общего распределения ответов студентов относительно их самооценки здоровья и реализации ими практик здорового образа жизни.

Согласно данным опроса студентов республики более половины опрошенных (57,9%) оценили состояние своего здоровья как хорошее, еще 17,1% – как отличное. Каждый пятый студент (19,6%) сообщил, что его состояние здоровья можно считать удовлетворительным, и лишь 3,2% студентов сообщили о слабом и очень слабом здоровье (приложение 2, вопрос 1).

Далее мы выявили основные показатели самосохранительного поведения студентов. Для этого респондентам было предложено сообщить об имеющихся вредных привычках и желании (или нежелании) от них избавиться (таблица 9).

Таблица 9

Распределение ответов респондентов на вопрос: «Есть ли у Вас привычки, которые Вы бы назвали вредными и от которых хотели бы избавиться?», %

ПРИВЫЧКИ	Есть, и хочу избавиться	Есть, но не хочу избавляться	Нет такой привычки	Загрудняюсь ответить
Курение	12,3	4,6	79,6	3,5
Злоупотребление алкоголем	4,8	5,2	86,4	3,6
Переедание	18,0	8,3	67,5	6,2
Еда на ночь	24,6	17,8	52,4	5,2
Частое употребление фаст-фуда (более двух раз в неделю)	11,0	13,8	70,1	5,1
Злоупотребление сладким	22,3	28,7	46,1	2,9
Предпочтение продуктов с высоким содержанием жира	14,0	13,3	64,6	8,1
Досаливание уже готовой пищи	9,7	8,3	76,9	5,1
Неподвижный образ жизни, низкая физическая активность	27,1	7,5	59,4	6,0

Как уже было отмечено выше, большинство студентов не имеют такой вредной привычки, как курение. Среди тех, кто признался в ее наличии, преобладают желающие от нее избавиться (12,3%, в то время как тех, кто не хотел бы бросить курить, лишь 4,6%). Подавляющее большинство студентов считают, что у них нет проблемы злоупотребления алкоголем (86,4%). Однако каждый десятый признал, что злоупотребляет алкогольными напитками, причем половина из них хотела бы избавиться от этого (4,8%), а другая половина – нет (5,2%).

Далее мы обратились к анализу гастрономических привычек студентов. Две трети опрошенных студентов полагают, что не страдают от переедания (67,5%). Каждый четвертый респондент считает, что имеет привычку переедать (в целом – 26,3%; избавиться от нее хотели бы 18%, не хотели бы – 8,3%). Лишь половина опрошенных сообщили, что не имеют привычки есть перед сном (52,4%). Каждый четвертый сообщил, что имеет такую привычку и хотел бы от нее избавиться,

почти каждый пятый – имеет ее, но не стремиться избавиться. Большинство опрошенных сообщили, что не злоупотребляют едой типа «фаст-фуд» (70,1%). Каждый четвертый признался в обратном, причем менее половины из них хотят избавиться от этой привычки (11%), остальные – не хотят (13,8%). Половина участников опроса злоупотребляют сладким (в целом 51%). Более половины из них не считают нужным избавляться от этого, чуть меньшая доля, напротив, хотели бы это сделать. Около двух третьих опрошенных студентов отметили, что не имеют привычки предпочтения продуктов с высоким содержанием жира (64,6%). В целом более четверти (27,3%) уверены в обратном, причем хотят избавиться от этой привычки лишь половина из них (14%). Большинство студентов (76,9%) не досаливают пищу. Каждый десятый (9,7%) считает, что у него такая привычка есть, и он хотел бы избавиться от нее, почти столько же (8,3%) – не хотят избавляться.

Более половины студентов (59,4%) заявили, что для них не характерны низкая физическая активность и неподвижный образ жизни. Более четверти (27,1%) признались, что они склонны к этому и хотят избавиться от этого, менее десятой доли (7,5%) – не хотят.

Отметим, что у респондентов была возможность дополнить список имеющихся у них вредных привычек, которой воспользовались лишь 5,3% респондентов. В числе вредных привычек этими студентами были указаны привычки, связанные с нарушением режимов сна, труда и отдыха («нарушен ритм сна», «неправильный режим сна», «сбивчивый режим сна», «постоянно на работе», «трудоголизм»), лень («лень», «не люблю учиться»), зависимость от социальных сетей («зависимость от социальных сетей», «сидеть во “ВКонтакте”»).

Следует отметить, что в ходе исследования были выявлены гендерные различия относительно приверженности тем или иным вредным привычкам (рисунок 15). Так, среди юношей выше, чем среди девушек доля тех, кто курит (33,1% и 7,3% соответственно) и злоупотребляет алкогольными напитками (16,2% и 6,3%). Сравнивая данные с результатами общероссийских исследований, отметим, что в Татарстане девушки курят реже, чем в России в целом (7,3% и

20,9% соответственно), а доля курящих юношей примерно одинакова (33,1% и 35,4% соответственно) [46, С. 85].



Рисунок 15. Распределение ответов респондентов мужского и женского пола на вопрос: «Есть ли у Вас привычки, которые Вы бы назвали вредными и от которых хотели бы избавиться?» (варианты «Есть, и хочу избавиться» и «Есть, но не хочу избавляться»), %

Обратим внимание, что доля татарстанских студентов, злоупотребляющих алкоголем, кажется невысокой. Однако, как показывают данные всероссийских опросов, если задавать вопрос об употреблении (а не «злоупотреблении») алкогольных напитков, то доля положительных ответов заметно повышается. По мнению В.А. Медика и А.М. Осипова, «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» [цит. по 46, С. 82].

Согласно данным всероссийского исследования «Здоровье студентов» именно употребление алкогольных напитков является наиболее распространенной среди студентов вредной привычкой. Такие напитки – с различной долей содержания алкоголя и с разной частотой – употребляют в общей сложности 40,1% опрошенных студентов. Самым популярным

алкогольным напитком, по данным исследования, было признано пиво. Исследования показывают: юноши чаще девушек не только злоупотребляют, но и употребляют алкогольные напитки (пиво и крепкий алкоголь), исключение составляют сухие вина и шампанское: здесь доля признавшихся в частом употреблении среди девушек несколько выше (таблица 10) [46, С. 82].

Таблица 10

Частота употребления студентами спиртных напитков, %

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	2,0	46,3	26,0	40,5	68,1
Пиво	32,6	16,0	38,9	40,7	25,8	40,7

Согласно данным авторского исследования для девушек в большей степени, чем для юношей характерны отклонения в области рационального питания (такие как: злоупотребление сладким (59% и 37,3% соответственно), выбор продуктов с высоким содержанием жира (31,3% и 20,5%), переедание (29,2% и 21,4%)), а также низкая физическая активность (36,7% и 30,8%). Значительные отклонения в оценках юношами и девушками вредных привычек, связанных с питанием, можно объяснить различной степенью важности для них этого аспекта здорового образа жизни. Так, девушки уделяют правильному питанию больше внимания, причем в первую очередь ввиду его непосредственного воздействия на красоту и стройность, а не на здоровье. Другими словами, контроль объема и качества употребляемой пищи у девушек-студенток, как правило, продиктован желанием следить за фигурой и весом. Девушки в большей степени, чем юноши нуждаются в информации по вопросам правильного питания [46, С. 27-28], более требовательны к организации собственного питания, склонны ограничивать себя в тех или иных типах продуктов, соблюдать диеты и проч. Доля девушек, не прибегающих к ограничениям в питании, в 1,8 раза меньше доли юношей [46, С. 34].

Предприняв анализ практик здорового образа жизни и наличия вредных привычек среди учащихся российских и татарстанских вузов, вернемся к построению типологии студентов по уровню сформированности основных компонентов здорового образа жизни. На основании проанализированных выше распределений ответов опрошенных студентов нами была осуществлена типологизация респондентов по уровню сформированности основных компонентов здорового образа жизни. Как было выявлено на материалах всероссийского исследования с участием автора, студенты являются наиболее яркими представителями «Разрушительного» и «Сохранительного» типов (назовем их «условно здоровыми»). Это положение было подтверждено в результате анализа данных опроса татарстанских студентов: наиболее распространенным типом среди опрошенных является «Разрушительный» (51,7%), на втором месте – «Сохранительный» (20%) (таблица 11). Отметим, что доли респондентов с этими типами среди студентов значительно выше, чем среди россиян в целом (39% и 13,4% соответственно) (таблица 8). В силу своего возраста студенты положительно оценивают состояние здоровья (в целом 71,7%), при этом более половины опрошенных не придерживаются правил здорового образа жизни (51,7% – «Разрушительный» тип) и лишь каждый пятый активно проявляет заботу о здоровье (20% – «Сохранительный» тип). Доля представителей «Разрушительного» типа среди юношей несколько выше, чем среди девушек (56,8% и 49,4% соответственно), «Сохранительного» – наоборот (17,9% и 21,2%).

Отметим, что среди опрошенных студентов в целом 17,5% оценили состояние своего здоровья как удовлетворительное или плохое – они наполняют «Оздоровительный» и «Попустительский» типы (назовем их «условно нездоровыми»). Среди них большинство являются представителями «Попустительского» типа – при низкой самооценке здоровья для них характерны проявления рискогенного поведения (таковых в общей выборке 14,7%, среди юношей – 16,2%, среди девушек – 20,6%). Лишь незначительная доля опрошенных являются представителями «Оздоровительного» типа: эти

студенты активно заботятся о здоровье, следуя правилам здорового образа жизни, однако их усилия не увенчаны успехом – самооценка здоровья находится на низком уровне (в общей выборке – 2,8%, среди юношей – 1%, среди девушек – 3,8%). Отметим, что среди татарстанских студентов доля двух последних – «условно нездоровых» – типов значительно ниже, чем среди россиян в целом: носителей «Попустительского» типа среди россиян – каждый третий (34,1%), «Оздоровительного» – каждый десятый (9,3%) (таблицы 8, 11).

Таблица 11

Типологизация студентов Республики Татарстан по уровню сформированности основных компонентов здорового образа жизни

Типы	Доля, %
Сохранительный	20,0
Разрушительный	51,7
Оздоровительный	2,8
Попустительский	14,7
<i>Неприсоединившиеся</i>	<i>10,8</i>
Всего	100,0

Итак, анализ сформированности основных компонентов здорового образа жизни и типологизация студентов на этом основании показали, что среди студентов преобладает «Разрушительный» тип поведения (51,7%). Это означает, что каждый второй опрошенный демонстрирует те или иные практики, вредные привычки, противоречащие здоровому образу жизни, однако при этом в силу своего молодого возраста не ощущает воздействия рискогенного поведения на состояние здоровья в данный момент. Это воздействие могли ощутить на себе представители «Попустительского» (14,7%) и «Оздоровительного» (2,8%) типов, для которых характерна отрицательная самооценка здоровья. Лишь каждый пятый студент сообщил в рамках опроса о положительной самооценке здоровья и приверженности нормам здорового образа жизни («Сохранительный» тип – 20%). Отметим, что согласно полученным данным среди взрослого населения России доля «Разрушительного» типа меньше, чем среди студентов. Это можно объяснить

тем, что представители более старших возрастных групп уже «разрушили» свое здоровье и перешли преимущественно в «Попустительский» тип (а также частично в «Оздоровительный»). Это дает нам основание полагать, что меры по формированию здорового образа жизни, предпринимаемые различными институтами и социализирующими агентами, могут быть наиболее эффективными именно при воздействии на социально-демографическую группу студентов, состояние здоровья которых еще не понесло непоправимого урона под воздействием рискогенных факторов поведения и окружающей среды.

3.3. Совершенствование роли основных социальных институтов в формировании здорового образа жизни студенчества

Как неоднократно было отмечено выше, здоровье студентов является важной общественной и государственной ценностью ввиду того, что от него зависит качество человеческого капитала и, как следствие, уровень экономического развития, конкурентоспособность страны. Ключевым фактором, воздействующим на здоровье, является здоровый образ жизни.

Следовательно, здоровый образ жизни студенчества, а точнее его формирование должно являться одним из приоритетных направлений деятельности органов государственной власти. Установка на здоровый образ жизни появляется у человека не сама по себе, а формируется в результате определенного психологического и педагогического воздействия или, как мы выяснили раньше, в процессе социализации под воздействием различных институтов и агентов. Однако было выявлено, что существуют определенные проблемы в этой сфере, заключающиеся прежде всего в низком уровне самоорганизации учащейся молодежи, несоблюдении норм здорового образа жизни на практике при высоком уровне теоретических знаний в области здорового образа жизни. Таким образом, имеет место необходимость в разработке рекомендаций для повышения ценности и формирования установки на ведение здорового образа жизни студентов на макро- и микроуровнях, другими словами, рекомендаций для совершенствования деятельности основных институтов и агентов социализации студентов.

Отметим, что в процессе разработки соответствующих рекомендаций важную роль играют социологические исследования, результаты которых имеют обоснованный, конкретный и объективный характер. В целом весь спектр проанализированных нами исследований здорового образа жизни студентов можно разделить на два основных типа. Исследования первого типа носят скорее описательный характер и не предполагают разработку путей и методов решения выявленных проблем, в отличие от исследований второго

типа. Последние в своем логическом завершении представляют попытки разрешения тех или иных проблем/парадоксов здорового образа жизни студенчества, в том числе рекомендации для различных институтов, ведомств, государственных органов и проч.

При дальнейшем анализе воздействия различных социальных институтов на процесс формирования здорового образа жизни студентов будем опираться на разработанную нами схему (приложение 3, схема 2).

Формирование здорового образа жизни, на наш взгляд, осуществляется на трех уровнях:

1) общественном: пропаганда через СМИ, социальную рекламу, информационно-просветительская работа;

2) инфраструктурном: обеспечение конкретных условий для ведения здорового образа жизни во всех основных областях жизни (наличие учреждений, объектов, а также доступных и качественных услуг в сфере здравоохранения, профилактической медицины, физкультуры и спорта и проч.);

3) личностном: система ценностных ориентаций человека, организация бытового уклада.

Также можно говорить о том, что процесс формирования здорового образа жизни протекает на макро- (в рамках системы образования, здравоохранения, различных общественных процессов) и микроуровне (в конкретных семьях, студенческих группах, учреждениях образования). Процесс формирования здорового образа жизни осуществляется неотрывно от процесса социализации, соответственно, обусловлен воздействующими на него институтами и агентами.

Учитывая вышесказанное, рассмотрим некоторые рекомендации по формированию здорового образа жизни студентов в рамках различных социальных институтов.

Большинство авторов в целях формирования и популяризации здорового образа жизни среди студентов предлагают в своих исследованиях два основных направления действий: во-первых, меры психологического

воздействия, связанные с формированием у студентов мотивации к ведению здорового образа жизни, во-вторых, организацию пропаганды медицинских и гигиенических знаний, повышение осведомленности студентов по вопросам здорового образа жизни в первую очередь в рамках воспитательной и образовательной деятельности в системе образования.

Действительно, теоретические знания относительно физиологии, здоровья и здорового образа жизни, физической культуры и спорта являются важной базой для формирования здорового образа жизни студентов. Основная нагрузка в этом направлении лежит на системе образования, которая, по мнению академика Э.М. Казина, призвана растить физически и психически здоровых специалистов, формировать у них ценность здоровья, научить ответственно относиться не только к собственному здоровью, но и к здоровью других людей, а также к сохранению среды обитания [цит. по 79, С. 90]. Другими словами, студент в образовательном учреждении должен не разрушать здоровье, а как минимум – сохранять его, как оптимум – укреплять, как максимум – производить, генерировать. Однако исследователи признают, что современная система профессионального образования в России не выполняет эту миссию, и констатируют 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 [46, С. 229].

Рассмотрим некоторые рекомендации, которые могли бы сгладить обозначенное противоречие. Для создания и укрепления теоретической базы различными исследователями предлагается введение и совершенствование специализированных учебных дисциплин, например:

- необходимо «создание курсов, направленных на обучение молодых людей различным практикам для улучшения здоровья, психоэмоционального состояния и формирования позитивного мышления» [46, С. 229];

- включение в учебные планы вузов изучения валеологии – учебной дисциплины об индивидуальном здоровье человека, о культуре сохранения и укрепления здоровья, которая «способствовала бы формированию у студенчества убеждения в том, что для каждого индивида здоровье является основополагающей доминантой, на которую помимо различных условий окружающей среды влияют физическая и нравственная культура индивида, а также избранный им образ жизни, предполагающий активную жизненную позицию в борьбе за здоровье и самопомощь – решения и действия, предпринимаемые людьми в этом направлении» [53, С. 81];

- необходимость «разработки новых концептуальных позиций и направлений образования, перехода к парадигме здоровья как средства повышения качества образования и воспитания и одного из критериев его результативности, о необходимости введения в образовательные программы новой обязательной дисциплины – “мировоззрения здоровья”» [12, С. 35];

- совершенствование существующих учебных программ и методов преподавания физической культуры: «в лекциях надо исключить избыточные сведения, лекции должны содержать практически полезные конкретные сведения; для улучшения физического развития и физической подготовленности студент должен регулярно посещать практические занятия по физической культуре – решению этой задачи способствует модульно-рейтинговая система» [12, С. 35]; «необходима модернизация физической культуры на основе формирования здоровьесберегающей образовательной среды как целостной многоуровневой системы на основе инновационного развития» [29, С.52]; «основой подобного [самосохранительного] поведения в вузе могут (должны) стать занятия инновационной физической культурой, в учебный курс которой включаются (в дополнение к традиционным практическим занятиям) лекции по философии, психологии и технологии здоровья, самостоятельная теоретическая и практическая проработка значительного информационного и технологического объема материалов» [82] и проч.

Таким образом, необходимость и важность образования в сфере физической культуры осознается как в научном сообществе, так и в образовательной среде. Однако рассмотренные в диссертационной работе данные социологических исследований свидетельствуют о том, что студенты, получив теоретические знания в области физической культуры, здорового образа жизни, не демонстрируют активного их применения на практике. Причины, по мнению некоторых исследователей, заключаются как в неготовности самих преподавателей физической культуры дать студентам знания, соответствующие требованиям сегодняшнего дня, так и в отсутствии мотивации со стороны студентов. В итоге они оказываются неспособными к самостоятельному использованию знаний, умений и навыков, полученных в рамках курса физической культуры, для сохранения и укрепления состояния своего здоровья, что является неотъемлемым условием успешной самореализации в предстоящей профессиональной деятельности. Гарантией поддержания своего физического состояния, укрепления здоровья, продления творческого долголетия является способность человека делать это самостоятельно. Таким образом, укрепление состояния здоровья студенчества возможно только на основе компетентностной направленности физического воспитания, что способствует развитию у студентов мотивации и личной потребности в здоровом образе жизни [43, С.52].

Мы согласны с тем, что создание и укрепление у студентов мотивации и позитивных установок является одной из первостепенных задач в рамках формирования у них здорового образа жизни. Мотивацию к занятиям физической культурой в учебном заведении можно сформировать или повысить, используя, например, следующие меры:

- музыкальное сопровождение занятий;
- разнообразие форм занятий, видов физической нагрузки и упражнений с учетом пожеланий студентов;
- привлечение студентов к проведению занятий (например, разминки);

- предоставление возможности студентам посещать занятия в удобное для них время (например, с другими группами) при сохранении обязательного количества часов в неделю;
- регулярное привлечение студентов к участию в спортивных командных играх;
- организация соревнований, спартакиад;
- организация бесплатного посещения соревнований и матчей по различным видам спорта;
- показ мотивирующих кинофильмов;
- размещение в зданиях образовательных учреждений, студенческих общежитий информационных и мотивирующих стендов, трансляция видеороликов, выпуск и распространение тематических университетских газет;
- оснащение студенческих общежитий спортивными и тренажерными залами с удобным графиком работы.

Необходимо отметить, что в российских образовательных учреждениях уже есть некоторый положительный опыт в организации учебного процесса таким образом, чтобы мотивировать студентов к посещению занятий по физической культуре. Наряду с традиционными средствами, широко используются программы фитнеса, танцев, боевых искусств. Так, например, в Алтайском государственном педагогическом университете (г. Барнаул) вводятся занятия фитнесом, что повышает посещаемость занятий по физической культуре в два раза по сравнению с традиционными формами проведения занятий (87,3% и 44,6% соответственно) [145, С. 170]. В Национальном исследовательском Иркутском государственном техническом университете студенты специальной медицинской группы на занятиях физкультуры осваивают как восточные (ушу, цигун, йога, дыхательная гимнастика), так и западные (индивидуализация дозирования физических нагрузок, более низкий уровень нагрузок в этой группе обучающихся по сравнению с основной медицинской группой и др.) технологии. В Санкт-Петербургском государственном университете кино и телевидения около

половины всех спортивных секций и занятий физической культурой носят прикладной характер, причем студенты имеют широкий выбор дисциплин для занятий: тхэквондо, ушу-саньда, боевое самбо, армспорт (армрестлинг), айкидо, самооборона, реальный рукопашный бой [149, С. 105].

Интересен опыт Глазовского государственного педагогического института им. В.Г. Короленко, где в период с 2008 по 2010 г. была осуществлена модернизация занятий физической культурой с учетом специфики факультетов и специальностей: «будущие учителя музыки обучаются на занятиях физической культуры основам аэробики, восточных танцев, дыхательной гимнастики и ритмики. Упражнения дыхательной гимнастики положительно влияют на органы дыхания студентов, в свою очередь, танцы и ритмические упражнения развивают координационные способности... Для студентов специальностей «история» и «культурология» введены в содержание физического воспитания занятия туризмом, включая спортивное ориентирование, греблю на байдарках, скалолазание и пулевую стрельбу. Занятия различными видами туризма развивают студентов для активного участия их в экспедициях и различных поисках...» [81, С. 295].

Мотивация к ведению здорового образа жизни формируется не только на занятиях физической культурой, но и в других повседневных ситуациях студенческой жизни с привлечением более широких средств. Так для мотивации студентов к рациональному питанию можно предложить следующие меры:

- расположение в зданиях образовательных учреждений, студенческих общежитий и на близлежащих территориях пунктов здорового питания, в которых студентам в качестве перекуса предлагаются полезные натуральные продукты питания и напитки по доступным ценам: чай и негазированная вода, салаты, каши, кисломолочные продукты;

- расположение в зданиях образовательных учреждений, студенческих общежитий кулеров с горячей и холодной питьевой водой для обеспечения необходимого объема потребляемой жидкости;

- размещение информационных и мотивирующих стендов в зданиях образовательных учреждений, студенческих общежитиях, особенно вблизи столовых, кафе, трансляция видеороликов, выпуск и распространение тематических университетских газет;

- размещение во всех образовательных учреждениях, студенческих общежитиях столовых и кафе для обеспечения студентов горячими обедами по доступным ценам;

- составление учебного расписания с учетом достаточного времени для перерывов на принятие пищи.

В качестве позитивного примера в данном контексте можно привести организацию Всероссийского конкурса образовательных учреждений высшего профессионального образования Министерства здравоохранения Российской Федерации на звание «ВУЗ здорового образа жизни», который проводится в целях содействия улучшению здоровья студентов и преподавателей, созданию комплексного здоровьесберегающего пространства на территории образовательных учреждений, формирования среди студентов и профессорско-преподавательского состава ценностей здорового образа жизни. В 2015 г. 1 место в конкурсе заняло ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России, 2 место – ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, 3 место – ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России.

Отметим, что в рамках проведенного нами исследования были изучены мнения самих студентов относительно мотивов, побуждающих их к ведению здорового образа жизни. Так, студентам нужно было сообщить, какие причины могли бы поспособствовать тому, чтобы они больше двигались и вели активный образ жизни (приложение 2, вопрос 15). Более половины (52,2%) отметили, что такой причиной могло бы стать увеличение количества свободного времени. Вторым по популярности мотиватором является возможность увеличения веса (43,6%). Третьим по значимости является

материальный фактор: более трети опрошенных студентов (37,1%) стали бы вести активный образ жизни, если бы была возможность посещать бесплатные групповые занятия в государственных учреждениях. Чуть менее трети опрошенных полагают, что к ведению активной жизни их могло бы побудить ухудшение состояния здоровья вследствие малой подвижности (30%) и влияние друзей (29,5%). Около четверти опрошенных (23,8%) отметили также в числе важных факторов влияние «второй половинки». Мотивирующая информация о пользе физкультуры могла побудить студентов к большей активности лишь в 13,5% случаев. Наименее эффективными мотиваторами согласно полученным данным являются телевизионные программы с демонстрацией упражнения (вроде «Утренней гимнастики») (5,7%) и примеры активной жизни знаменитостей (4,6%).

Полученные данные коррелируют с результатами исследований здорового образа жизни московских студентов: в качестве причин, препятствующих ведению здорового образа жизни, они назвали недостаток времени (39%), слабую силу воли (23%), отсутствие необходимых условий (16%), нехватку денег (12%) [53, С.79].

Представленные данные еще раз свидетельствуют о том, что студенты в большинстве своем не испытывают недостатка информации в области здорового образа жизни, в то время как основной проблемой была признана нехватка свободного времени. Таким образом, мы возвращаемся к проблеме недостаточных навыков самоорганизации у студентов.

Безусловно, обозначенные выше рекомендации остаются актуальными и отчасти облегчают решение проблем в области здорового образа жизни студенчества, выявленных в ходе диссертационного исследования. Однако они недостаточно эффективны в устранении проблемы самоорганизации студентов, обнаруженной в данной работе и подтвержденной данными исследований других авторов. Напомним, что согласно полученным данным большинство студентов демонстрируют позитивное восприятие здорового образа жизни и высокую степень осведомленности о его составляющих, при этом значительно меньшая их доля

применяет принципы и нормы здорового образа жизни на практике. Большинство опрошенных признались в ходе опроса, что вести здоровый образ жизни им мешает собственная лень и неорганизованность, нехватка свободного времени.

Таким образом, студенты нуждаются в помощи не столько в части пополнения теоретических знаний, сколько в применении этих знаний на практике – организации собственной жизни согласно принципам здорового образа жизни. Одной из наших рекомендаций в данном случае является разработка и внедрение курса лекций и семинаров для студентов организаций начального, среднего и высшего профессионального образования «Основы ведения здорового образа жизни. Тайм-менеджмент современного студента: как не упустить самого главного». Цель данного курса – побудить студентов применять теоретические знания по вопросам здорового образа жизни на практике. Основными его задачами являются следующие:

- формирование положительного имиджа здорового образа жизни,
- информирование о возможностях ведения здорового образа жизни в районах проживания студентов,
- помощь в организации здорового образа жизни с применением технологий тайм-менеджмента (организация распорядка дня, рационального питания, в том числе приготовления здоровой пищи и проч.),
- повышение осведомленности студентов в области здоровья и здорового образа жизни, физиологии человека и проч.

Здесь уместно привести пример из жизни американских студентов: несмотря на крайне высокую загруженность в рамках учебной деятельности, они уделяют значительное внимание здоровому образу жизни. Практически в каждом вузе есть пункты бесплатного проката велосипедов на весь период обучения для студентов, что побуждает к физической активности. Городки-кампусы оборудованы велодорожками, между вузами постоянно проходят студенческие любительские соревнования по разным видам спорта. На информационных досках при вузе размещены плакаты и брошюры о правилах и преимуществах здорового образа жизни, в буфетах – о здоровом питании и т.д. Есть специальные консультанты,

которые рассказывают о нормах здорового образа жизни и студенческой жизни. Мы полагаем, что создание такой здоровьесберегающей среды с разносторонним воздействием наиболее позитивно сказывается на формировании здорового образа жизни студентов.

Рассмотрев различные формы и методы воздействия на студентов в целях формирования у них здорового образа жизни в условиях образовательного учреждения, можно сделать вывод, что наиболее эффективными они будут лишь в совокупном применении. Таким образом, речь идет о создании образовательной среды, способствующей формированию у студентов знаний и навыков здорового образа жизни – образовательной среды как здоровьесберегающего и здоровьеукрепляющего пространства. Созданию его должна способствовать не только образовательная и организационная деятельность, но и научная, как-то: проведение студенческих конференций, семинаров, круглых столов по вопросам здорового образа жизни, популяризация результатов студенческих исследований в данной области и проч. Общественная деятельность студентов в рамках образовательных учреждений (как и за их пределами) также должна протекать в русле здоровьесберегающей и здоровьеукрепляющей парадигмы, моды на здоровый образ жизни: организация и проведение массовых общественных и студенческих акций, флешмобов, разработка и распространение социальной рекламы и другие виды общественной деятельности.

Обозначенные выше направления деятельности вписываются в концепцию «валеологизации системы образования». Базовым условием валеологизации образования является формирование валеологического мышления у студентов, то есть позитивного отношения к здоровью и мотивации к ведению здорового образа жизни [82]. Для решения данной задачи автор предлагает ориентироваться на разработанную типологизацию студентов. Выделенные типы требуют особых условий для формирования или укрепления мотивации к ведению здорового образа жизни и ценностного отношения к здоровью. Так, «Сохранительный» и «Оздоровительный» типы

уже мотивированы к ведению здорового образа жизни, следовательно, для них наиболее важными будут меры, обеспечивающие доступность здорового образа жизни в финансовом и инфраструктурном отношении. Так, по нашему мнению, окажется эффективным введение талонов на бесплатное здоровое питание, оказание медицинских услуг на льготной/бесплатной основе, введение льготного/бесплатного проезда до спортивных объектов, обеспечение льготных/бесплатных занятий в спортивных секциях и проч. «Разрушительный» и «Попустительский» типы, слабо поддающиеся мотивации, требуют дополнительных мер воздействия, включающих в себя информационную и разъяснительную работу, а также экономические стимулы (повышенные или именные стипендии для отличившихся на поприще здорового образа жизни, гранты на проекты в данной области и проч.) и идеологические, моральные стимулы (объявление благодарности, введение Доски почета и проч.). Отметим, что для наиболее эффективного формирования / укрепления мотивации студентов к здоровому образу жизни и ценностного отношения к здоровью необходимо, с одной стороны, широкое участие государства и общества в целом, без чего невозможна полноценная забота о состоянии здоровья учащихся, а с другой – необходимо дать возможность каждому студенту уделять особое внимание тем аспектам здорового образа жизни, которые для него наиболее актуальны на данный момент.

Необходимо отметить, что усилия по формированию здорового образа жизни в рамках системы образования окажутся тщетными без соответствующего воздействия со стороны семьи, причем необходима совместная деятельность этих двух институтов, их взаимодействие в форме родительских собраний, разъясняющих бесед, приглашений на студенческие спортивные соревнования, письменных обращений и проч.

Система здравоохранения и медицинское обеспечение хоть и находится в числе основных факторов здоровья человека, однако согласно данным ВОЗ влияет на здоровье человека лишь на 10–15%. Тем не менее в рамках системы здравоохранения имеются ресурсы, позволяющие повысить мотивацию

студентов к ведению здорового образа жизни. Одним из приоритетных направлений деятельности в этом отношении является развитие профилактической медицины и системы охраны «здоровья здоровых» как среди всего населения, так и среди студенчества. В рамках этого направления мы предлагаем создание при студенческих поликлиниках консультативных центров по вопросам здоровья и здорового образа жизни, основной миссией которых станет оказание содействия в разработке индивидуальных планов здорового образа жизни студентов, обратившихся к их услугам. Сотрудники центров (психологи, работники здравоохранения, специалисты в области валеологии и др.) призваны рассматривать каждый случай индивидуально, на основании чего вести разработку рекомендаций по улучшению состояния здоровья и приобщению к здоровому образу жизни. Кроме того, центрам необходимо проводить консультации с родителями студентов.

Вторым основным направлением деятельности по формированию здорового образа жизни студентов в рамках системы здравоохранения является повышение медицинской активности студентов. Отметим, что согласно данным диссертационного исследования три четверти опрошенных студентов течение последнего года хотя бы один раз переносили простудное заболевание, половина опрошенных имеет хотя бы одно хроническое заболевание. При этом о своевременном лечении заболеваний сообщили лишь 30,4% опрошенных, о регулярном прохождении профилактических медицинских осмотров – лишь 19,4%. В то же время понятие «медицинская активность» отражает не только регулярность медицинских осмотров и получения медицинских услуг, но и содержательные характеристики, такие как: своевременность обращения за медицинской помощью, знание о необходимости профилактических процедур и др. Запущенное заболевание наравне с самолечением считается признаком низкой культуры самосохранительного поведения. Однако несвоевременное получение медицинских услуг имеет высокий уровень распространения среди студентов. Так, по данным социологических исследований при проявлении

симптоматики заболевания своевременно обращаются к врачу только 55,7% студентов. В случаях, когда не помогают средства самолечения или состояние здоровья резко ухудшается, обращаются за медицинской помощью лишь 42,3% студентов. При повышенной температуре тела всегда обращаются к врачу лишь 5,2% студентов, часто – 10,3%, редко – 41,2%, при сильной боли, серьезном недомогании – соответственно 27,8%, 28,5% и 34,3% [46, С.125]. Отметим, что ощущение острой боли свидетельствует о тяжелом состоянии, однако даже в этом случае многие студенты не прибегают к профессиональной медицинской помощи, а обходятся самолечением.

Таким образом, выявлена низкая медицинская активность студентов, которая подкрепляется невысоким уровнем доступности медицинских услуг для студентов. Так, по данным опроса учащихся Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого лишь 15% опрошенных считают качественную медицинскую помощь доступной для студентов, почти каждый второй придерживается противоположного мнения [46, С. 122]. Соответственно, для повышения медицинской активности студентов необходимо обеспечение материальной доступности медицинских услуг для студентов.

Отметим также значительную роль студенческих поликлиник в процессе формирования здорового образа жизни студенчества (приложение 3, схема 2). Если система образования имеет возможность воздействовать на студентов через среду учреждения образования, то в рамках системы здравоохранения основным местом действия является студенческая поликлиника. Кроме того, студенческие поликлиники являются тем ресурсом, который используется системами образования и здравоохранения сообща. Так, например, учреждение образования дает студентам возможность прохождения медицинских осмотров и получения медицинской помощи на бесплатной / льготной основе, а необходимые условия предоставляются именно студенческими поликлиниками. В начале XXI в. исследователи охраны здоровья российских студентов сделали вывод, что в нашей стране не сложилось единой системы по решению проблем в области медицинской

помощи учащимся. «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» [46, С. 122]. Качество медицинских услуг, оказываемых учащимся средних и высших учебных заведений, оценивается исследователями довольно низко: «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» [46, С. 122].

Мы полагаем, что на базе студенческих поликлиник и других специализированных лечебно-профилактических учреждений необходимо создать пространство, мотивирующее студентов к ведению здорового образа жизни. Для этого требуется, во-первых, упростить процедуру посещения врачей-специалистов, сделать ее более комфортной (введение электронных очередей, создание удобных мест ожидания приема, размещение информационно-развлекательных стендов, распространение брошюр, трансляция видеороликов) и, во-вторых, повысить доступность услуг и качество обслуживания в студенческих поликлиниках.

Важная роль в формировании здорового образа жизни принадлежит также средствам массовой информации. Как было отмечено выше, этот институт оказывает воздействие на мотивацию к ведению здорового образа жизни на общественном уровне, формируя ценностные установки, ведя пропаганду и информируя население о преимуществах и возможностях ведения здорового образа жизни. Отметим, что средства массовой информации имеют возможность оказывать как адресное воздействие непосредственно на студенческую аудиторию, так и широкое воздействие на

социум в целом, который, в свою очередь, влияет на мнения, установки, убеждения и ценностные ориентации студентов.

Таким образом, для эффективного формирования здорового образа жизни студентов необходимы действия в двух направлениях:

- 1) развитие адресного воздействия на студенческую аудиторию,
- 2) создание общего позитивного фона в отношении здоровья и здорового образа жизни в обществе.

В рамках первого направления, на наш взгляд, эффективными будут такие меры, как:

- интенсивная пропаганда в Интернете (включая прямую и контекстную социальную рекламу в социальных сетях, проведение бесплатных вебинаров по вопросам организации здорового образа жизни, создание, продвижение и финансирование специализированных видеоканалов, проведение конкурсов и розыгрышей на тематику здорового образа жизни и проч.);

- распространение специализированных печатных изданий на территориях учебных заведений, освещающих возможности ведения здорового образа жизни в городе/районе/области;

- размещение яркой и мотивирующей наружной социальной рекламы на территориях образовательных учреждений;

- привлечение студентов к созданию социальной рекламы, пропагандирующей здоровый образ жизни;

- освещение деятельности молодежных лидеров мнений в области здорового образа жизни.

В рамках второго направления деятельности необходимо увеличение общего объема информации позитивного характера в области здорового образа жизни, в том числе освещение спортивных мероприятий, развития массового спорта и физкультуры, истории людей, запуск специализированных программ / колонок и проч. Нарращивание объемов информации о здоровье и здоровом образе жизни в СМИ, активизация социальной рекламы необходимы для преодоления познавательной «пассивности» студентов в отношении

данной тематики, что было выявлено нами в рамках авторского исследования. На наш взгляд, основная роль СМИ в процессе формирования здорового образа жизни студентов состоит именно в «мягком» влиянии на сознание студентов и всего общества, создании общего позитивного фона и моды в отношении здорового образа жизни.

Кроме того, СМИ оказывают посредническое воздействие на формирование здорового образа жизни студентов со стороны других агентов и институтов, например, общественных организаций и религиозных общин. Конечно, они могут оказывать и прямое воздействие, но преимущественно на своих адептов. Так, деятельность и догматика той или иной религиозной общины напрямую влияет на ее членов и опосредованно – в основном через средства массовой информации, религиозные сайты – на все население страны. Это влияние активно обсуждается в российском академическом сообществе с участием религиозных деятелей различных конфессий. Например, в июне 2015 г. в Москве состоялся круглый стол на тему «О роли религиозных организаций России в формировании здорового образа жизни, профилактике и реабилитации граждан от алкогольной и наркотической зависимости», организованный Общероссийской общественной организацией «Российская ассоциация защиты религиозной свободы», в котором участвовало более сорока представителей различных религиозных общин, общественных организаций и благотворительных фондов. В качестве рекомендаций в данном направлении стоит указать необходимость консолидации усилий различных конфессий с целью формирования здорового образа жизни россиян в целом и студенческой молодежи в частности, сотрудничество со средствами массовой информации с целью освещения своей социальной службы и возможностей приобщения к здоровому образу жизни.

Общественные организации имеют возможности более широкого воздействия на общественные массы, в том числе на студенчество, которое может быть реализовано с помощью различных инструментов, как-то: организация массовых общественных акций, распространение знаний и информации, организация культурно-познавательных мероприятий с целью

формирования общественного мнения, вовлечения широких слоев населения в решение проблем здорового образа жизни. Кроме того, важным аспектом деятельности многих общественных организаций является представление интересов общественности и участие в политическом процессе, другими словами здесь проявляется совместная борьба с целью оказать влияние на решение органов государственной власти. На наш взгляд, этот ресурс имеет значительный потенциал в сфере формирования здорового образа жизни студенчества. Так, общественные организации могли бы взять на себя миссию разработать проект национальной концепции по сохранению и укреплению здоровья студентов, приобщения их к здоровому образу жизни, после чего лоббировать концепцию в органах власти. Также общественным организациям, по нашему мнению, необходимо объединить свои усилия для достижения более эффективного результата.

Наконец, отметим значительную роль института семьи в процессе приобщения студентов к здоровому образу жизни. В этом отношении справедливо будет рекомендовать органам власти, учреждениям здравоохранения и образования, средствам массовой информации проводить адресную работу с родителями школьников и студентов, направленную на создание комфортного психологического климата, обучение применению метода личного примера (исключение вредных привычек, организация рационального питания в семье и проч.).

На основании проанализированных данных социологических исследований, а также специализированной литературы нами было выявлено, что наиболее эффективный путь формирования здорового образа жизни заключается в создании здоровьесберегающего и здоровьесокращающего пространства в рамках системы образования и специализированных лечебно-профилактических учреждений для студентов с активным участием семьи и других социальных институтов. При этом все меры, направленные на предупреждение вредных привычек среди учащейся молодежи, повышение физической активности, приобщение к рациональному питанию и другим

нормам здорового образа жизни, должны быть не единичными мероприятиями, а составной частью долгосрочных программ, направленных на формирование у студентов самосохранительного поведения и мотивации к ведению здорового образа жизни. Кроме того, процесс формирования здорового образа жизни студентов может быть эффективным при соблюдении следующих принципов:

- сознательный выбор здорового образа жизни (или согласно подходу У.К. Кокерхэма «социальный выбор») – приобщение студентов к здоровому образу жизни насильственными методами не даст положительных результатов, необходимо «мягкое» воздействие для формирования личной заинтересованности и мотивации;

- научность – содержание пропаганды медицинских и гигиенических знаний должно соответствовать современному состоянию науки и практики;

- массовость – участие в работе по гигиеническому и валеологическому обучению, физическому воспитанию и навыкам ведения здорового образа жизни во всех образовательных и лечебно-профилактических учреждениях;

- индивидуальность и адресность – воздействие на студентов должно дифференцироваться в зависимости от принадлежности к типу ориентирования на здоровый образ жизни согласно разработанной типологии;

- доступность – при изложении материала необходимо прибегать к популярной интерпретации медицинских терминов, речь должна быть яркой, образной, доступной для понимания студентов;

- оптимистичность – следует подчеркивать позитивное влияние здорового образа жизни, возможность успешной борьбы с заболеваниями, их профилактики с использованием не только научных фактов, но и конкретных кейсов и жизненных ситуаций;

- актуальность – выбор направления работы должен соответствовать тем конкретным проблемам, которые актуальны для студентов в данный момент времени.

Заключение

Среди множества существующих подходов при определении теоретических рамок объекта исследования диссертант остановилась на субъективном подходе к изучению качества жизни студенчества, который ориентирован на выявление основных параметров качества жизни на основе самооценки студентов посредством социологических методик. В процессе анализа факторов, воздействующих на качество жизни, было выявлено, что состояние здоровья является одним из ключевых критериев качества жизни. Предпринятый анализ показывает, что состояние здоровья зависит в наибольшей степени от образа жизни. Таким образом, формирование здорового образа жизни является эффективным инструментом повышения качества жизни студенчества. При этом самооценка состояния здоровья с возрастом начинает играть все более заметную роль, в связи с чем работа над формированием и укреплением здорового образа жизни студенчества – это прежде всего инвестиции в качество их жизни в будущем.

Согласно данным диссертационного исследования знания студентов о здоровом образе жизни не соответствуют их реальному поведению. Противоречие между когнитивной и деятельной составляющими здорового образа жизни учащейся молодежи, выявленное в ходе различных социологических исследований, сохраняется и находит выражение в парадоксе, обусловленном, с одной стороны, социально-образовательным статусом студентов, воздействующим на формирование высокой информированности по вопросам здоровья и здорового образа жизни, достаточным количеством свободного времени для ведения здорового образа жизни, с другой стороны – психологическими возрастными особенностями, находящими выражения в проблемах самоорганизации, сложностях в осознании будущих возрастных изменений здоровья, пока еще хорошим состоянием здоровья, неотягощенным хроническими заболеваниями и другими факторами.

В ходе работы над диссертационным исследованием частично подтвердилась гипотеза исследования: противоречия между когнитивными, ценностными и поведенческими составляющими здорового образа жизни современного студенчества были действительно обнаружены. При этом на процесс формирования здорового образа жизни негативное влияние оказывает как слабая мотивация студентов в этой сфере, так и их информационно-познавательная пассивность.

Большинство студентов отличаются разрушительным отношением к собственному здоровью, а меньшинство – созидательным, в связи с чем студентам требуются различные меры формирования здорового образа жизни, которые посредством укрепления и сохранения здоровья будут повышать качество их жизни. Для того чтобы проверить данную гипотезу, была построена типология студентов по уровню сформированности навыков здорового образа жизни. В зависимости от самооценки здоровья и практик здорового образа жизни нами были выделены следующие типы:

1. «Сохранительный» – характеризуется наличием положительной самооценки здоровья при отсутствии вредных привычек;
2. «Разрушительный» – его представители обладают хорошим состоянием здоровья, при этом отмечают наличие хотя бы одной вредной привычки;
3. «Оздоровительный» – представителям свойственно отсутствие вредных привычек, однако имеет место отрицательная самооценка здоровья;
4. «Попустительский» – характеризуется отрицательной самооценкой здоровья при наличии вредных привычек.

Типология прошла апробацию на данных всероссийского исследования, согласно которым студенты являются типичными представителями «Разрушительного» и «Сохранительного» типов. Это положение было подтверждено в результате анализа данных опроса татарстанских студентов: наиболее распространенным типом среди опрошенных является «Разрушительный» тип (51,7%), на втором месте – «Сохранительный» (20%). Типологизация показала невысокий уровень дифференциации студентов по уровню сформированности навыков здорового образа жизни: большинство из

них сосредоточено в рамках двух типов. При этом апробация данной типологии на общероссийской выборке показала, что если не предпринимать активных мер по приобщению студентов к здоровому образу жизни, то в будущем многие поменяют принадлежность к типу: из «Разрушительного» и «Сохранительного» типов они переместятся в «Попустительский» и «Оздоровительный» ввиду возрастных ухудшений состояния здоровья.

Выделенные типы требуют особых условий для формирования или укрепления мотивации к ведению здорового образа жизни и ценностного отношения к здоровью. Так, «Сохранительный» и «Оздоровительный» типы уже мотивированы к ведению здорового образа жизни, следовательно, для них наиболее важными будут меры, обеспечивающие доступность здорового образа жизни в финансовом и инфраструктурном отношении. «Разрушительный» и «Попустительский» типы, слабо поддающиеся мотивации, требуют дополнительных мер воздействия, включающих в себя информационную и разъяснительную работу, а также экономические, идеологические, моральные стимулы.

В качестве рекомендаций для повышения эффективности основных институтов в области формирования и укрепления здорового образа жизни студентов можно вывести следующие.

1. Система образования. Для создания и укрепления теоретической базы необходимо введение и совершенствование специализированных учебных дисциплин, курсов, образовательных программ, распространение валеологии, модернизация методов преподавания физической культуры («инновационная физическая культура» в терминологии А.А. и А.И. Наймушиных).

Для формирования мотивации к ведению здорового образа жизни необходимо обеспечение компетентностной направленности образования в сфере здорового образа жизни. В первую очередь необходимо дополнительно мотивировать студентов к посещению занятий по физической культуре, применяя при этом игровые и соревновательные методики, вовлекая их в проведение занятий, предоставляя возможности заниматься по индивидуальному плану,

расписанию и проч. При этом мотивация к ведению здорового образа жизни формируется не только на занятиях физической культурой, но и в других повседневных ситуациях студенческой жизни с привлечением более широких средств (например, пункты здорового питания, кулеры с горячей и холодной питьевой водой для обеспечения необходимого объема потребляемой жидкости, информационные и мотивирующие стенды, трансляция видеороликов и проч.).

Выявленный в рамках диссертационного исследования парадоксальный характер здорового образа жизни молодежи также может быть преодолен силами системы образования. Для этого стоит рекомендовать разработку и внедрение учебного курса «Основы ведения здорового образа жизни. Тайм-менеджмент современного студента: как не упустить самого главного». Цель данного курса – побудить студентов применять теоретические знания по вопросам здорового образа жизни на практике.

2. Система здравоохранения. В работе была показана значительная роль студенческих поликлиник в процессе формирования здорового образа жизни студенчества. Студенческие поликлиники являются тем ресурсом, который используется системами образования и здравоохранения сообща. В связи с этим на базе студенческих поликлиник необходимо создать пространство, мотивирующее студентов к ведению здорового образа жизни. В рамках развития профилактической медицины мы предлагаем создание при студенческих поликлиниках консультативных центров по вопросам здоровья и здорового образа жизни, основной целью которых станет оказание содействия в разработке индивидуальных планов здорового образа жизни студентов.

Вторым основным направлением деятельности по формированию здорового образа жизни студентов в рамках системы здравоохранения является повышение медицинской активности студентов. Для этого необходимо обеспечение материальной доступности медицинских услуг для студентов, а также создание комфортной обстановки для посещения специалистов.

3. Средства массовой информации и Интернет. Для эффективного формирования здорового образа жизни и повышения качества жизни студентов

необходимы действия в двух направлениях: во-первых, развитие адресного воздействия на студенческую аудиторию и, во-вторых, создание общего позитивного фона в отношении здоровья и здорового образа жизни в обществе.

В рамках первого направления, на наш взгляд, эффективными будут такие меры, как: интенсивная пропаганда в Интернете, распространение информации о возможностях ведения здорового образа жизни в городе/районе/области, привлечение студентов к созданию социальной рекламы здорового образа жизни и проч. В рамках второго направления деятельности необходимо увеличение общего объема информации позитивного характера в области здорового образа жизни, в том числе освещение спортивных мероприятий, развития массового спорта и физкультуры, истории людей, запуск специализированных программ / колонок и проч. Нарращивание объемов информации о здоровье и здоровом образе жизни в СМИ, активизация социальной рекламы необходима для преодоления познавательной «пассивности» студентов в отношении данной тематики, что было выявлено нами в рамках авторского исследования.

На основании проанализированных данных социологических исследований, а также специализированной литературы можно заключить, что наиболее эффективный путь формирования здорового образа жизни и повышения тем самым качества жизни студенчества заключается в создании здоровьесберегающего и здоровьеукрепляющего пространства в рамках образовательных организаций и специализированных лечебно-профилактических учреждений для студентов (студенческих поликлиник) с активным участием семьи и других социальных институтов. При этом все меры, направленные на предупреждение вредных привычек среди учащейся молодежи, повышение физической активности, приобщение к рациональному питанию и другим нормам здорового образа жизни, должны быть не единичными мероприятиями, а составной частью долгосрочных программ, направленных на формирование у студентов самосохранительного поведения и мотивации к ведению здорового образа жизни. Главное в формировании здорового образа жизни и улучшении качества жизни студентов – это их заинтересованность, мотивация и активность.

Библиография

1. Абрамова Е.С. Источники информации подростков о здоровом образе жизни // Концепт. – 2015. – №1. – С. 56-60.
2. Агаджанян Н.А., Радыш И.В. Качество и образ жизни студенческой молодежи // Экология человека. – 2009. – № 5. – С. 3-8.
3. Агаев Н.Ф. Проблемы повышения мотивации студентов к занятиям физической культурой [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://conf-v.narod.ru/Agayev.pdf>(дата обращения: 05.09.2015).
4. Айвазян С.А. Анализ качества и образа жизни населения: эконометрический подход. – М.: Наука, 2012. – 430 с.
5. Алешин Е.Р., Снегирёв А.А., Суров С.Н. Генерация здоровья человека как элемент качества его жизни // Экологические системы и приборы. – 2008. – № 4. – С. 51-57.
6. Антонова Н.Л. Студенческая молодежь: поведенческие риски в отношении здоровья // Дискуссия. 2015. №2.(54) С.84-88
7. Бадалян Л.О. Наследственные болезни у детей / Бадалян Л.О., Таболин В.А., Вельтищев Ю.Е. – М.: Книга по Требованию, 2012. – 374 с.
8. Безъязычный В.Ф., Шилков Е.В. Качество жизни. – Рыбинск: РГАТА, 2004. – 96 с.
9. Белова Н.И. Парадоксы здорового образа жизни учащейся молодежи // Социологические исследования. – 2008. – №4. – С. 84-86.
10. Беляева Л.А. Уровень и качество жизни. Проблемы измерения и интерпретации // Социологические исследования. – 2009. – № 1. – С. 33-42.
11. Бестужев-Лада И.В. О «качестве жизни» / И.В. Бестужев-Лада // США: экономика, политика, идеология. – М., 1978. – С. 23-35.
12. Борисов Э.И., Нечушкин Ю.В., Соловьев А.И. Физическая культура как учебная дисциплина в высшей школе: современный подход к ее содержанию и реализации // Материалы докладов всероссийской научно-практической конференции «О повышении роли физической культуры и

спорта в развитии личности студентов» (17-18 ноября 2011года) / Отв.ред.: М.Я. Виленский, С.И. Филимонова. – М., 2011. – С. 34-36.

13. Бочкарев В.К. Уровень и качество жизни населения как объект управления: региональный аспект: дисс. ...канд. социол. наук: 22.00.08 / В.К. Бочкарев. – М., 2002. – 310 с.

14. Бредихина Н.В. Ориентации населения на здоровый образ жизни: региональный аспект: автореф. дисс. ...канд. социол. наук : 22.00.06 / Н.В. Бредихина. – Челябинск, 2006. – 23 с.

15. Бредихина Н.В. Роль институтов семьи, образования и здравоохранения в формировании здорового образа жизни населения // Вестник ЮУрГУ. – 2009. – №32 (165). – С. 84-87.

16. Брехман И.И. Валеология наука о здоровье / И.И. Брехман. – М.: ФиС, 1996. – 206 с.

17. Бутенко А.П. Образ жизни: проблемы и суждения. М.: Политиздат, 1978. – 34 с.

18. Вебер М. Избранные произведения. – М.; Прогресс. – 1990. – 808 с.

19. Ведерникова Л.В., Бырдина О.Г., Поворознюк О.А. Социальное здоровье студентов: сущность, структура и основные направления его формирования // Сибирский педагогический журнал. – 2015. – № 2. – С.117-121.

20. Вершинин С.Е. Отношение студентов к физкультуре и спорту в современном российском вузе (на примере УрГУ им. А.М. Горького) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.werschinin.ru/?ml=27> (дата обращения: 06.09.2015).

21. ВК 2014: География и активность [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://vk.com/page-76477496_49662616(дата обращения: 06.09.2015).

22. Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения [Электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/2008/demo/zdr08.htm(дата обращения: 18.11.2014).

23. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика // 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 336 с.
24. Возьмитель А.А., Осадчая Г.И. Образ жизни: теоретико-методологические основы анализа // Социологические исследования. 2009. – № 8. – С. 58-65.
25. Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения 2013 [Электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/Sdp2013.Bfs.Publisher/index.html (дата обращения: 08.05.2015)
26. Гималетдинова Р.И. Образ жизни и социально-философские аспекты здоровья: дис. ... канд. фил. наук: 09.00.11 / Р.И. Гималетдинова. – Уфа, 2000. – 148 с.
27. Горман Е.Ю. Краткий обзор концепций качества жизни // Компетентность. – 2012. – № 2. – С. 28-31.
28. Горман Е.Ю., Демидько Е.В. О подходах к исследованию качества жизни населения в регионе // Компетентность. – 2011. – № 9-10. – С. 48-49.
29. Григорьев В.И. Формирование здоровьесберегающей образовательной среды – инновационный вектор развития физической культуры в системе высшего профессионального образования: методологический аспект // Материалы докладов всероссийской научно-практической конференции «О повышении роли физической культуры и спорта в развитии личности студентов» (17-18 ноября 2011 года) / Отв.ред.: М.Я. Виленский, С.И. Филимонова. – М.:, 2011. – С. 51-54.
30. Гузельбаева Г.Я. Исламская идентичность молодых татар В Республике Татарстан (по материалам социологических исследований 2008–2012 гг.) // Ученые записки Казанского университета. Серия Гуманитарные науки. – 2012. – №6. – том 154. – С. 76-86.

31. Гурвич И.Н., Щур Н.В., Цветкова Л.А. Наркопотребление в студенческой среде: поведенческие особенности // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2004. – Том IV. – № 1. – С. 103-125.
32. Гуров В.А. Здоровый образ жизни: научные представления и реальная ситуация // Валеология. – 2006. – № 1. – С. 53-59.
33. Дёмкина Е.П. Формирование здорового образа жизни студентов: как не упустить главного? // Высшее образование в России. – 2016. – № 5. – С. 50-55.
34. Для чего люди используют Интернет? [Электронный ресурс] // Фонд Общественное мнение. Режим доступа: <http://fom.ru/SMI-i-internet/11088>(дата обращения: 07.09.2015).
35. Дмитриева Е.В. Еще раз о понятиях. От социологии медицины к социологии здоровья // Социологические исследования. – 2003. – № 11. – С. 51-57.
36. Добчинов С.Б. Здоровье населения как фактор и следствие качества жизни: региональный аспект: дис. ... канд. социол. наук: 22.00.08 / С.Б. Добчинов. – Москва, 2000. – 147с.
37. Дьякова Е.Г. Массовая коммуникация и власть в теории установления повестки дня // Научный ежегодник Института философии и права Уральского отделения Российской академии наук. – 2002. – Вып. 3. – С. 144–168.
38. Ермолаева П.О., Носкова Е.П. Основные тенденции в области здорового образа жизни россиян // Социологические исследования. – 2015. – №4. – С. 120-129.
39. Жолдак В.И. Валеология: становление, развитие, проблемы, перспективы / В.И. Жолдак, Л.А. Калинин // Теория и практика физической культуры. – 1997. – № 8. – С. 2-7.
40. Журавлева Л.А. Факторы и условия наркотизации молодежи // Социологические исследования. – 2000. – № 6. – С. 43-48.

41. Журавлева И.В., Иванова Л.Ю., Ивахненко Г.А. Студенты: поведенческие риски и ценностные ориентации в отношении здоровья // Вестник Института социологии. – 2013. – № 6. – С. 112-129.
42. Журавлева И.В. Самосохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем // Социологические исследования. – 2000. – № 5. – С. 66-74.
43. Журавская Н.В. Проблемы формирования мотивации к здоровому образу жизни у студентов нефизкультурного вуза // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2009. – №12. – С. 49-52.
44. Завьялов А.Е. Проблемы формирования здорового образа жизни в среде молодежи // Системная психология и социология. – 2015. – № 1 (13). – С. 104-110.
45. Зеленый фитнес: в здоровом теле – здоровый дух [Электронный ресурс] // Официальный сайт Министерства по делам молодежи и спорту Республики Татарстан. Режим доступа: <http://mdms.tatarstan.ru/rus/index.htm/news/439260.htm> (дата обращения: 10.10.2015).
46. Здоровье студентов: социологический анализ / Отв. ред. И.В. Журавлева. – Институт социологии РАН. – М., 2012. – 252 с.
47. Здравоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни. [Электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/motherhood/# (дата обращения: 30.08.2015).
48. Зубок Ю.А. Молодые специалисты: проблема подготовки и положение на рынке труда // Социологические исследования. – 2015. – № 5. – С. 114-122.
49. Зубок Ю.А. Проблемы социального развития молодежи в условиях риска // Социологические исследования. – 2003. – №4. – С. 42-51.

50. Зыятдинов К.Ш., Иванов А.В., Тафеева Е.А. и др. Здоровый образ жизни как фактор защиты от экологических рисков // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2009. – том 11. – №1(6). – С. 1211-1213.
51. Иванова Л.Ю. Активность студентов в сфере физической культуры // Здоровье студентов: социологический анализ. – М., 2012. – С. 97-100.
52. Иванченко Д.А. Интерпретация интернет-пространства в дискурсе социологии // Ученые записки Российского государственного социального университета. – 2009. – № 3. – С. 72-77.
53. Ивахненко Г.А. Здоровье московских студентов: анализ самосохранительного поведения // Социологические исследования. – 2006. – № 5. – С. 78-81.
54. Изуткин Д.А. Концептуальные основы взаимосвязи образа жизни и здоровья: дис. ... док. филос. наук: 09.00.11 / Д.А. Изуткин. – Нижний Новгород, 2005. – 356 с.
55. Интернет в России: динамика проникновения. Лето 2014 [Электронный ресурс] // Фонд Общественное мнение. – Режим доступа: <http://fom.ru/SMI-i-internet/11740>(дата обращения: 11.10.2015)
56. Интернет: новая эра мобильных устройств [Электронный ресурс] // Всероссийский центр изучения общественного мнения. – Режим доступа: <http://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115255>(дата обращения: 11.10.2015).
57. Как ВОЗ определяет здоровье? [Электронный ресурс] // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. Режим доступа: <http://www.who.int/suggestions/faq/ru/> (дата обращения: 05.11.2014).
58. Касимов Р.А. Средства массовой информации в формировании здорового образа жизни // Ярославский педагогический вестник. – 2011. – Том II (Психолого-педагогические науки). – № 4. – С. 22-25.

59. Кирьянова Ю.В. Качество жизни населения реформируемого общества: региональный аспект: дисс... канд.социол.наук: 22.00.08 / Ю.В. Кирьянова. – Майкоп, 2004. – 170 с.
60. Ковалевский М.М. Очерк происхождения и развития семьи и собственности. – М.: Либроком. – 2011. – 152 с.
61. Колчина Н.О. Факторы качества жизни регионального социума // Регионология. – 2010. – №1. – С. 155-161.
62. Корхова И.В. Гендерные аспекты здоровья / И.В. Корхова // Народонаселение. – 2000. – № 2. – С. 70-79.
63. Косинский П.Д. Управление качеством жизни населения региона: системный подход / П.Д. Косинский. – Красноярск : Изд-во Краснояр. гос. ун-та, 2004. – 212 с.
64. Кривоносова Л.А. Качество жизни населения региона: оценка состояния и пути оптимизации средствами управления: автореф. на дисс. ... док. социол. наук: 22.00.08 / Л.А. Кривоносова. – Москва, 2006. – 51 с.
65. Кузьмич О.С. Состояние здоровья населения России // Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE). Вып. 2: сб. науч. ст. / отв. ред. П. М. Козырева. – М.: Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики», 2012. – С. 170-210.
66. Курашкина Е.В. Социально-управленческий механизм формирования социального здоровья учащихся: дис. ... канд. социол. наук: 22.00.08 / Е.В. Курашкина. – Москва, 2011. – 183 с.
67. Левичева В.Ф. Молодежь в границах концептуального дискурса современной социологии // Человек и общество: тенденции социальных изменений. М., 1998. – С. 112-128.
68. Левшин В.К. Массовая иммунизация в социальной группе студентов (опыт социологического анализа): автореф. дис. ... канд. социол. наук: 14.02.05/В.К. Левшин. – Волгоград, 2013. – 26 с.

69. Лига М.Б. Здоровье человека и качество жизни // Вестник Бурятского университета. Сер. 5. Философия. Социология. – 2004. – Вып. 9. – С. 190-205.
70. Лисицын Ю.П. Социология – наука об общественном здоровье и образе жизни // Здоровоохранение Рос. Фед. – 1989. – № 6. – С. 3-9.
71. Лосева Т.А. Физическое и психическое здоровье первокурсников // Среднее профессиональное образование. – 2011. – № 8. – С. 46-48.
72. Лукина М.М., Фомичева И.Д. СМИ в пространстве Интернет. – М.: Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 2005. – 87 с.
73. Луков А.В. Культурная социализация [Электронный ресурс] // Информационный гуманитарный портал «Знание. Понимание. Умение» – 2008. – №3. Режим доступа: http://www.zpu-journal.ru/e-zpu/2008/3/Lukov_AV/ (дата обращения: 09.03.2015).
74. Луценко Ю.В. Роль молодежных организаций в формировании спортивного бренда территории [Электронный ресурс]. Режим доступа: jf.spbu.ru/upload/files/file_1351621175_026.doc (дата обращения: 15.05.2015).
75. Маликова Н.Н. Типология отношений студентов к наркомании // Социологические исследования. – 2000. – №2. – С.52-53.
76. Мартыненко А.В. Здоровый образ жизни молодежи // Знание. Понимание. Умение. – 2004. – № 1. – С. 136-138.
77. Молодежь в Содружестве Независимых Государств: статистический портрет. /Статкомитет СНГ, ЮНФПА. М. 2014. – 152 с.
78. Морозов В.А. Социально-психологические детерминанты здорового образа жизни у студентов социального колледжа: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / В.А. Морозов. – Москва, 2011. – 23 с.
79. Московченко О.Н., Катцин О.А. Модель ориентирования студента вуза на формирование здорового образа жизни // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2013. – №4(56). – Том 3. – С. 90-94.

80. Нагимова А.М. Методология социологического анализа качества жизни: индикативный подход // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Социология. Политология. – 2011. – Вып. 1. Том. 11. – С.13-16.
81. Наговицын Р.С. Мотивация студентов к занятиям физической культурой в вузе // Фундаментальные исследования. – 2011. – №8. – С. 293-298.
82. Наймушин А.А., Наймушин А.И. Проблемы и информационные технологии валеологизации образования [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.postmodern.narod.ru/articles/vo.html> (дата обращения: 05.10.2015).
83. Неретина Е.А. Субъективные индикаторы качества жизни в регионе / Е.А. Неретина, Т.А. Салимова, М.Ш. Салимов // Стандарты и качество. – 2004. – № 11. – С. 52-55.
84. Нестеренко Л.А. Процессы повышения качества жизни: региональный аспект // Молодой ученый. – 2011. – № 12-1. – С. 161-166.
85. Носкова Е.П. Изучение показателей здоровья казанцев с применением методов социального картографирования и интегральных оценок // Научные труды Центра перспективных экономических исследований. – 2014. – № 8. – С. 88-95.
86. Носкова Е.П. Информированность студентов по вопросам здоровья и здорового образа жизни как основа самосохранительного поведения // Социология образования. – 2015. – № 11. – С. 68-77.
87. Нугаев Р.М., Нугаев М.А. Качество жизни в трудах социологов США // Социологические исследования – 2003. – №6. – С.100-105.
88. Нугаев М.А., Нугаев Р.М., Райманов И.Т. Социально-экологические факторы в структуре качества жизни // Социологические исследования. – 1998. – № 11. – С. 108-117.
89. Нуксунова А.М. Досуговое поведение россиян // Мониторинг общественного мнения. – 2010. – №4. – С. 231-246.
90. Образовательные организации высшего образования (на начало учебного года) [Электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной

службы государственной статистики – Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/obraz/vp-obr1.htm (дата обращения: 12.01.2016).

91. Оганов Р.Г., Погосова Г.В. Стресс: что мы знаем сегодня об этом факторе риска? // Рациональная фармакотерапия в кардиологии – 2007. – №3. – С. 60-67.

92. Онкин В.Ю. Проблема утомления, стресса и хронической усталости [Электронный ресурс] // Русский медицинский журнал. – 2004. – №5. Режим доступа: http://rmj.ru/articles_413.htm (дата обращения: 07.08.2014).

93. Отношение к здоровью и диспансеризация [Электронный ресурс] // Фонд Общественное мнение. Режим доступа: <http://fom.ru/Zdorove-i-sport/11571> (дата обращения: 07.08.2015).

94. Осадчая Г.И. Стиль жизни молодых горожан: трансформация и региональная дифференциация // Социологические исследования. – 2002. – № 10. – С. 88-94.

95. Паначев В.Д. Составляющие здорового образа жизни молодежи [Электронный ресурс] // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2012. – №4. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/420/30/lang,ru/> (дата обращения: 10.07.2015)

96. Плахова Е.Н. Качество жизни: концепции и практика [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.llh.at/publications/06_ua_03.pdf (дата обращения: 12.11.2014).

97. Потрясаев В.Н. Управление процессами повышения качества жизни населения в муниципальном образовании: дисс. ... канд. социол. наук: 22.00.08 / В.Н. Потрясаев. – Орел, 2004. – 184 с.

98. Правильное питание, спорт и отказ от вредных привычек – три составляющих здорового образа жизни [Электронный ресурс] // Всероссийский центр изучения общественного мнения. – Режим доступа: <http://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115250> (дата обращения: 13.05.2015).

99. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 19.08.2009 N 597н (ред. от 30.09.2015) «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» – [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_92084/(дата обращения: 11.04.2015)
100. Приоритетный национальный проект «Здоровье»: мнения и оценки врачебного сообщества / А.Г. Саркисян, А.Л. Пиддэ, Е.Б. Злодеева. – М.: Веретя, 2006. – 116 с.
101. Проблемы измерения и моделирования образа жизни. / Под ред. И.В. Бестужева-Лады. – М., 1978. – 188 с.
102. Провинция: качество жизни и здоровье студентов // Ушаков И.Б., Соколова Н.В., Корденко А.Н. – Воронеж, 2002. – 151 с.
103. Программа Лиги здоровья нации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ligazn.ru/business/allaboutlzn/documents/progr/obrazzhizni/> (дата обращения: 20.06.2013)
104. Путилова Е.А. Интернет как фактор формирования информационного общества: автореф. дисс. ...канд. социол. наук: 22.00.04 / Е.А. Путилова. – Тюмень, 2004. – 27 с.
105. Пяльченков В.А., Гета А.М. Киберсоциализация молодежи // Здоровый образ жизни российской молодёжи : материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 5-летию программы утверждения и сохранения Трезвости в России «Трезвость – воля народа!» / под ред. Н. Г. Хайруллиной. – Тюмень : ТюмГНГУ, 2014. – С. 193-196.
106. Ревич Б.А., Авалиани С.Л., Тихонова Г.И. Окружающая среда и здоровье населения: Региональная экологическая политика. Проект пособия. – М.: ЦЭПР, 2003. – 149 с.
107. Резникова Т.П. Репродуктивное здоровье и контрацептивное поведение // Здоровье студентов: социологический анализ. – М., 2012. – С. 101-110.

108. Римашевская Н.М., Бреева Е.Б. Здоровье новорожденных – будущее здоровье нации // Социологические исследования. – 1996. – № 11. – С. 42-46.
109. Руткевич М.Н. Социалистический образ жизни и его развитие в СССР / Высш. парт. школа при ЦК КПСС. – М.: Мысль, 1977. – 62 с.
110. Рывкина Р.В. Образ жизни населения России: социальные последствия реформ 90-х годов // Социологические исследования. – 2001. – №4. – С. 32-39.
111. Савинков В.И. Влияние современных реформ на социальные условия жизни населения России: социологический анализ: дис. ...канд. социол. наук: 22.00.08 / В.И. Савинков. – М., 2007. – 164 с.
112. Саенко Ю.И. Моделирование показателей развития социальной инфраструктуры / АН УССР, Ин-т философии; Отв. ред. Н.Н. Чурилов. – Киев: Наук. думка, 1991. – 168 с.
113. Салимова Т.А. Формирование стратегии и тактики управления качеством жизни в регионе // Региональная экономика: теория и практика. – 2006, №2. – С. 60-66.
114. Селезнев Р.С., Скрипак Е.И. Социальные сети как феномен информационного общества и специфика социальных связей в их среде // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2013. – № 2 (54). – Т. 3. – С. 125-131.
115. Сергеев Р.В. Молодежь и студенчество как социальные группы и объект социологического анализа // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1: Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. – 2010. – №1. – С. 127-133
116. Сидоров Д.Г., Овчинников С.А., Скудаев А.Г. Особенности организации рационального питания студентов при занятиях массовой физической культурой. Методические рекомендации для студентов. – Издательство ННГАСУ. – Нижний Новгород, 2011. – 43 с.

117. Сиротко М.Л., Костяева А.И. Представления современного студенчества о медицинской активности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gosbook.ru/node/33671> (дата обращения: 05.09.2015).
118. Силаева В. Л. Интернет как социальный феномен // Социологические исследования. – 2008. – № 11. – С. 101-107.
119. Ситаров В.А., Шутенко А.И., Шутенко Е.Н. Психологические особенности студенческой молодежи с различным уровнем самореализации в обучении // Alma mater (Вестник высшей школы). – 2008. – №7. – С. 49-55.
120. Смазнов В.Ю., Каюмова М.М. Информированность, отношение к своему здоровью и профилактике в мужской сибирской популяции // Профилактическая медицина. – 2011. – №4. – С. 24-27.
121. Современное понимание жизненных сил человека: от метафоры к концепции / Под ред. С.И. Григорьева, Л.Д. Деминой. М.: Издательский Дом МАГИСТР ПРЕСС, 2000. – 242 с.
122. Сорокин П. Человек. Цивилизация. Общество / П. Сорокин. – М.: Политиздат. – 1992. – 170 с.
123. Сорокина Н.Д. Перемены в образовании и динамика жизненных стратегий студентов // Социологические исследования. – 2003. – № 10. – С. 55-60.
124. Соснина Т.Н., Целина М.Э. Социальная экология и здоровье человека (социологический аспект). – Самара : Изд-во Самар. гос. аэрокосм ун-та, 1998. – 116 с.
125. Социалистический образ жизни / Л. И. Абалкин, В. Г. Алексеева, С. С. Вишневецкий [и др.]. – М.: Политиздат, 1984. – 232 с.
126. Спиридонов С.П. Индикаторы качества жизни и методологии их формирования // Вопросы современной науки и практики. – 2010. – № 10-12. – С. 208-223.
127. Степанов А.Д. Здоровый образ жизни // Соц.-гигиен. исслед. образа жизни и состояния здоровья населения. – М., 1985. – С. 10-15.

128. Стрижов С.А. Здоровый образ жизни – путь к повышению качества жизни // Социология власти. – 2010. – № 3. – С. 36-42.
129. Тапилина В.С. Социально-экономический статус и здоровье населения // Социологические исследования. – 2004. – № 3. – С. 126-137.
130. Тарасенко Е.А. Medicine 2.0: потенциал социальных медиа для продвижения здорового образа жизни и самоменеджмента хронических заболеваний // XIV Апрельская международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества. Книга 3. Под ред. Е.Г. Ясина. – Издательский дом Высшей школы экономики. – Москва, 2014. – С. 708-718.
131. Тарасова Т.Т. Религиозность студенческой молодежи крупного поликонфессионального города // Вестник южного научного центра. – Том 10. – 2014. – № 4 – С. 80-84.
132. Толстых В.И. Образ жизни: понятие, реальность, проблемы. М.: Политиздат, 1975. – 184 с.
133. Тоффлер Э. Третья волна. М.: АСТ, 2010. – 784 с.
134. Тубчинова В.С. Проблема формирования здорового образа жизни среди подростков: дис. ... канд. социол. наук: 22.00.04 / В.С. Тубчинова. Улан-Удэ, 2005. – 167 с.
135. Уланов Д.В. Социальное управление формированием здорового образа жизни: дис. ... канд. социол. наук: 22.00.08 / Д.В. Уланов. – Москва, 2006. – 164 с.
136. Ушакова Я.В. Здоровье студентов и факторы его формирования // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Социальные науки. – 2007. – №4. – С.197-202.
137. Фалеева Л.В. Вузовская социализация студентов (подходы, структура, факторы, механизмы) // Теория и практика общественного развития. – 2013. – №6. – С. 89-91.
138. Фахрутдинова Е.В. Качество жизни населения в системе социально-экономических отношений: институциональный подход: дисс. ... док эконом. наук: 08.00.01 / Е.В. Фахрутдинова. – Казань, 2010. – 420 с.

139. Фомин Э.А., Федорова Н.М. Стратегии в отношении здоровья // Социологические исследования. – 1999. – № 11. – С. 35-40.
140. Футорный С.М. Проблема дефицита двигательной активности студенческой молодежи // Физическое воспитание студентов. – 2013. – № 3. – С. 75-79.
141. Футорный С.М., Кашуба В.А. К проблеме формирования основ здорового образа жизни студентов в процессе физического воспитания // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2011. – №2. – С. 127-130.
142. Халий И.А. Экологическое сознание населения современной России // История и современность. – 2015. – №1. – С. 189-205.
143. Хлипун В.В. Становление интернета как социального института // Известия Волгоградского государственного технического университета. – 2011. – № 9. – Том 7. – С. 38-42.
144. Ходжаева Е.А., Шумилова Е.А. Возрождение религии и этническая идентичность татарской молодежи в Республике Татарстан // Социологические исследования. – 2003. – №3. – С. 106-108.
145. Храмкова Я.С., Клейменова М.Н. Повышение уровня мотивации студентов к занятиям физической культурой и спортом как одного из раздела учебной программы // Биологический вестник Мелитопольского государственного педагогического университета им. Богдана Хмельницкого. – 2015. – №1а (14). – Том 5. – С. 169-171.
146. Цикалюк Е.В. Формирование социального здоровья студенческой молодежи в условиях организационной культуры вуза: дисс. ... канд. социол. наук: 22.00.08 / Е.В. Цикалюк. – Чита, 2012. – 140 с.
147. Чубарова Т.В. Система здравоохранения России: экономические проблемы развития [Электронный ресурс] // Информационно-аналитический портал «SocPolitika.ru». Режим доступа: <http://www.socpolitika.ru/rus/conferences/9970/9998/10000/document10312.shtml> (дата обращения: 18.11.2014).

148. Шабает А.Т. Проблема формирования здорового образа жизни детей в современных условиях // Гуманистическое наследие просветителей в культуре и образовании: материалы Международной научно-практической конференции 17 декабря 2010г. – Уфа: Издательство БГПУ, 2011. – С. 235-239.
149. Шепрут О.Ю. Реальный рукопашный бой как система самозащиты для студентов непрофильного высшего учебного заведения // Физическая культура и здоровье студентов вузов : материалы XI Всероссийской научно-практической конференции – СПб.: СПбГУП, 2015. –С. 105-106.
150. Шиняева О.В. Состояние здоровья студентов Ульяновской области в контексте российских и региональных тенденций // Здоровье студентов: социологический анализ. – М., 2012. – С. 147-169.
151. Якунин А.С. Качество жизни в регионах ЦФО в условиях преодоления последствий кризиса // Интеграл. – 2010. – № 2 (52). – С 70-72.
152. Andrews, F.M. The Structure of Subjective Well-being in Nine Western Societies / F.M. Andrews, R.F. Inglehart // Social Indicators Research. – 1979. – Vol. 6. – P. 73–90.
153. Boyd, D. M. Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship / D. M. Boyd, N. B. Ellison // Journal of Computer-Mediated Communication. – 2008. – № 13.
154. Brennan, J. Majority of Americans Like Where They Live / J. Brennan. – New York, 1986.
155. Bryant, F.B. Dimensions of Subjective Mental Health in American Men and Women / F.B. Bryant, J. Veroff // Research on the Quality of Life / edited by Frank M. Andrews. – Ann Arbor, 1986. – P. 117–146.
156. Campbell, A. The Sense of Well-being in America: Recent patterns and trends. NY, 1981 pp. 13-14.
157. Campbell A., Converse P.E., Rodgers W.L. The Quality of American Life. NY, 1976.
158. Cockerham, W.C. Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure //Journal of Health and Social Behavior. 2005. Mar 1. P 51-67.

159. HealthIndex [Электронный ресурс] // Synovate Comcon. Режим доступа: <http://www.comcon-2.ru/default.asp?artID=2686>(дата обращения: 12.10.2015).
160. Gochman, D.S. Labels, systems and motives: Some perspectives on future research// Health Education Quarterly. 1982. № 9. P. 167–174.
161. Herzog, A.R. Subjective Well-being among Different Age Groups / A.R. Herzog, W.L. Rodgers, J. Woodworth. – Ann Arbor : University of Michigan, Institute for Social Research, 1982.
162. Haas S., Schaefer D., Kornienko O. Health and the Structure of Adolescent Social Networks [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://hsb.sagepub.com/content/51/4/424.short> (дата обращения: 07.09.2015).
163. Inglehart, R. Aspirations Adapt to Situation – But Why Are the Belgians so Much Happier than French? / R. Inglehart, J. Rabier // Research on the Quality of Life / edited by Frank M. Andrews. – Ann Arbor, 1986. – P. 1–56.
164. Klatsky, A.L. Moderate Drinking and Reduced Risk of Heart Disease. Alcohol Research and Health 23:15–23. 1999.
165. Wartella, E. Teens, Health, and Technology [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://cmhd.northwestern.edu/wp-content/uploads/2015/05/1886_1_SOC_ConfReport_TeensHealthTech_051115.pdf (дата обращения: 07.09.2015).

Инструментарий социологического исследования среди студентов Республики Татарстан¹

ФИО интервьюера		ФИО респондента	
Населенный пункт опроса		Телефон респондента	

АНКЕТА

Уважаемый респондент!

Социологический опрос студентов проводится в рамках исследования, касающегося вопросов здоровья и здорового образа жизни городской молодежи Республики Татарстан. Ответьте, пожалуйста, на наши вопросы. Интервью займет около 10 минут. Результаты исследования будут представлены в обобщенном виде.

1. Как бы Вы оценили общее состояние Вашего здоровья?
 1. Отличное
 2. Хорошее
 3. Удовлетворительное
 4. Слабое
 5. Очень слабое
 6. Затрудняюсь ответить

2. Можете ли Вы сказать о себе, что Вы заботитесь о своем здоровье?
 1. Безусловно, да
 2. Скорее, да
 3. Скорее, нет
 4. Безусловно, нет
 5. Затрудняюсь ответить

3. Ответьте, пожалуйста, на некоторые вопросы, касающиеся состояния Вашего здоровья.

(ОДИН ОТВЕТ В КАЖДОЙ СТРОЧКЕ, 0 – «затрудняюсь ответить»).

	1	2	3	4	5	0
3.1 Как часто вы ощущаете физическое недомогание (слабость, утомляемость, головные боли)?	Очень часто	Часто	По-разному	Редко	Никогда	0
3.2. Переносили ли вы	Да, более 3-х	Да, 3 раза	Да, 2 раза	Да, 1 раз	Нет	0

¹При разработке анкеты были использованы вопросы из методики всероссийского социологического исследования по оценке эффективности коммуникационной кампании по формированию здорового образа жизни у населения российской федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, в 2012 году, выполненного при участии автора по заказу Министерства здравоохранения Российской Федерации (исследование проведено в июле – ноябре 2012 г. в 34 субъектах РФ, n = 4000), а также авторские вопросы

	1	2	3	4	5	0
простудные и вирусные заболевания в течение последнего года?	раз					
3.3. Имеете ли вы хронические заболевания?	Да, более 3-х	Да, 3 заболевания	Да, 2 заболевания	Да, 1 заболевание	Нет	0
3.4. Как вы считаете, экологическая обстановка в месте Вашего проживания способствует...	Значительному ухудшению состояния здоровья	Незначительному ухудшению состояния здоровья	Отчасти ухудшает, а отчасти улучшает состояние здоровья	Незначительном у улучшению состояния здоровья	Значительному улучшению состояния здоровья	0
3.5. Часто ли Вы попадете в стрессовые ситуации?	Почти ежедневно	Несколько раз в неделю	Несколько раз в месяц	Несколько раз за полгода-год	Никогда	0
3.6. Придерживаетесь ли вы правил рационального (правильного/сбалансированного) питания?	Мне это не интересно	Очень редко вспоминаю об этом	Время от времени	Стараюсь как можно чаще	Всегда	0
3.7. Курите ли Вы?	Да, 5 и более сигарет в день	Да, менее 5 сигарет в день	Да, время от времени (1-2 сигареты в неделю)	Да, редко (1-2 сигареты в месяц)	Нет	0
3.8. Употребляете ли Вы алкогольные напитки?	Да, ежедневно	Да, 1-2 раза в неделю	Да, 1-2 раза в месяц	Да, 1-2 раза в полгода-год	Нет	0
3.9. Занимаетесь ли Вы физической культурой и спортом?	Нет	Да, несколько раз в полгода-год	Да, несколько раз в месяц	Да, несколько раз в неделю	Да, ежедневно	0

4. Оцените, пожалуйста, состояние своего здоровья по наличию следующих заболеваний

(ОДИН ОТВЕТ В КАЖДОЙ СТРОКЕ, 0 – «затрудняюсь ответить»):

Заболевания	1. Наличие	2. Отсутствие	0
4.1. Заболевания сердечно-сосудистой системы	1	2	0
4.2. Легочные заболевания	1	2	0
4.3. Заболевания желудочно-кишечного тракта	1	2	0
4.4. Заболевания опорно-двигательного аппарата	1	2	0
4.5. Психические расстройства	1	2	0
4.6. Другое (что именно?)	1	2	0

5. Как Вы считаете, что включает в себя понятие «Здоровый образ жизни»? (ЛЮБОЕ КОЛИЧЕСТВО ОТВЕТОВ)

1. Отказ от курения табака
2. Отказ от злоупотребления алкогольными напитками
3. Сбалансированное питание (употребление разнообразной пищи, наличие необходимых витаминов и минералов, контроль над количеством употребляемой пищи и пр.)

4. Занятия физкультурой и спортом с учетом возрастных и физиологических особенностей организма

5. Активный отдых
6. Регулярное прохождение профилактических медосмотров
7. Соблюдение правил личной гигиены
8. Соблюдение режима сна
9. Соблюдение режима труда и отдыха
10. Умение справляться с собственными эмоциями
11. Позитивное отношение к жизни
12. Другое (что именно?) _____
13. Затрудняюсь ответить

6. В какой степени Вы согласны или не согласны с нижеприведенными суждениями?

(ОДИН ОТВЕТ ПО КАЖДОЙ СТРОКЕ, 0 – «затрудняюсь ответить»)

	1. Полностью согласен	2. Скорее да, чем нет	3. Скорее нет, чем да	4. Полностью не согласен	0
6.1. Вести здоровый образ жизни могут позволить только хорошо обеспеченные люди	1	2	3	4	0
6.2. Для меня вести здоровый образ жизни сложно, т.к. надо соблюдать много условий	1	2	3	4	0
6.3. У меня нет достаточного количества свободного времени, чтобы вести здоровый образ жизни	1	2	3	4	0
6.4. Мне сложно запомнить все необходимые правила, чтобы вести здоровый образ жизни	1	2	3	4	0
6.5. Заботясь о здоровье, я могу продлить свою молодость, жить дольше	1	2	3	4	0

7. Из каждой предлагаемой пары суждений выберите, пожалуйста, одно, с которым Вы в наибольшей степени согласны. (ОДИН ОТВЕТ В КАЖДОЙ ПАРЕ)

А

7.1.1. Вести здоровый образ жизни – это очень сложно

7.1.2. При желании я смогу найти время и возможность для ведения здорового образа жизни

Б

7.2.1. Ведение здорового образа жизни имеет первостепенную важность для меня

7.2.2. Помимо здорового образа жизни в жизни есть много других важных вещей

В

7.3.1. Мне мешает вести здоровый образ жизни собственная лень и неорганизованность

7.3.2. Мне мешает вести здоровый образ жизни влияние объективных внешних обстоятельств

Г

7.4.1. Я могу поддерживать здоровый образ жизни исключительно благодаря собственным усилиям

7.4.2. Я могу поддерживать здоровый образ жизни в силу удачно сложившихся обстоятельств

8. Интересует ли Вас информация, связанная со здоровьем и здоровым образом жизни?

1. Да, я специально ищу материалы в Интернете / печатных изданиях / по телевидению / радио

2. Да, но специально не ищу материалы, просматриваю только то, что попадает

3. Нет, не интересует, обычно пропускаю такие материалы

4. Другое (укажите, пожалуйста) _____

5. Затрудняюсь ответить

9. Как бы Вы могли оценить свою информированность по вопросам здоровья и здорового образа жизни? (ОДИН ОТВЕТ ПО КАЖДОЙ СТРОКЕ, 0 – «затрудняюсь ответить»)

	1. Многое знаю об этом	2. Кое-что знаю	3. (Практически) ничего не знаю	0
Факторы воздействия на здоровье:				
9.1. Экологическая среда	1	2	3	0
9.2. Генетика	1	2	3	0
9.3. Здоровый образ жизни	1	2	3	0
9.4. Система здравоохранения	1	2	3	0
9.5. Составляющие элементы ЗОЖ	1	2	3	0
9.6. Возможности ведения ЗОЖ в месте проживания	1	2	3	0

10. Есть ли у Вас привычки, которые Вы бы назвали вредными и от которых хотели бы избавиться?

(ОДИН ОТВЕТ ПО КАЖДОЙ СТРОКЕ, 0 – «затрудняюсь ответить»)

	1. Есть, и хочу избавиться	2. Есть, но не хочу избавляться	3. Нет такой привычки	0
10.1. Курение	1	2	3	0
10.2. Злоупотребление алкоголем	1	2	3	0
10.3. Переедание	1	2	3	0
10.4. Еда на ночь	1	2	3	0
10.5. Частое употребление фаст-фуда (более 2-х раз в неделю)	1	2	3	0
10.6. Злоупотребление сладким	1	2	3	0
10.7. Предпочтение продуктов с высоким содержанием жира	1	2	3	0
10.8. Досаливание уже готовой пищи	1	2	3	0
10.9. Неподвижный образ жизни, низкая физическая активность	1	2	3	0
10.10. Другое (укажите, пожалуйста)	1	2	3	0

11. Считаете ли Вы себя психологически здоровым человеком?

1. Да, считаю, что у меня нет психологических проблем. Легко решаю жизненные трудности
2. Да, но в последнее время чувствую, что мало сил на решение жизненных вызовов
3. Да, но с удовольствием бы пообщался с психологом
4. Да, на данный момент чувствую себя таковым, но часто встречаюсь с психологическими проблемами
5. Нет, я нуждаюсь в помощи специалиста
6. Другое (что именно?) _____
7. Затрудняюсь ответить

12. Как Вы понимаете выражение «психологическое здоровье»?

1. Душевное состояние
2. Борьба со стрессом
3. Устойчивая психика
4. Умственное здоровье
5. Другое _____
6. Затрудняюсь ответить

13. Каким образом Вы решаете психологические проблемы? (ЛЮБОЕ КОЛИЧЕСТВО ОТВЕТОВ)

1. Выпиваю алкоголь
2. Много курю
3. Встречаюсь с друзьями, и выпиваем алкоголь
4. Делюсь своими душевными проблемами с подругой/другом
5. Встречаюсь с друзьями для прогулки на свежем воздухе
6. Иду в спортзал
7. Остаюсь один, слушаю музыку и думаю
8. Общаюсь в чатах
9. Принимаю успокоительное
10. Иду к частному психологу
11. Еду в отпуск
12. Другое _____
13. У меня нет психологических проблем
14. Затрудняюсь ответить

14. Считаете ли Вы себя физически активным человеком?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

15. Что бы Вас могло побудить к тому, чтобы больше двигаться и вести активный образ жизни?

1. Ухудшение состояния здоровья вследствие малой подвижности
2. Увеличение веса
3. Больше свободного времени
4. Мотивирующая информация о пользе физкультуры
5. Пример активной жизни «звёзд»
6. «Вторая половина» или влюблённость
7. Влияние друзей, занимающихся активными видами спорта
8. Бесплатные групповые занятия в гос. учреждениях
9. Программы по телевидению с демонстрацией правильных движений (аналог «Утренней гимнастики»)
10. Другое _____
11. Затрудняюсь ответить

16. Обращаете ли Вы внимание на физическую форму человека при знакомстве с противоположным полом?

1. Да, конечно, мне нравятся физически развитые люди
2. Нет, для меня это не важно
3. Затрудняюсь ответить

17. Владете ли Вы, по Вашему мнению, навыками в решении социальных задач?

(ОДИН ОТВЕТ В КАЖДОЙ СТРОКЕ, 0 – «затрудняюсь ответить»)

	1. Владею	2.Скорее да, чем нет	3.Скорее нет, чем да	4.Не владею	0
17.1. Умение исполнять различные социальные роли (студент, друг/подруга, сын/дочь и проч.)	1	2	3	4	0
17.2. Владение навыками неформального общения (с друзьями, родственниками)	1	2	3	4	0
17.3. Владение навыками формального (официального) общения	1	2	3	4	0
17.4. Умение разделять коллективные нормы и ценности	1	2	3	4	0
17.5. Владение навыками самопрезентации	1	2	3	4	0

18. Ощущаете ли Вы гармонию своих личных и общественных интересов?

1. Да, постоянно
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

19. Как Вы считаете, в целом Ваш образ жизни соответствует основным требованиям и параметрам ЗОЖ?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

20. Какие меры лично Вы предпринимаете в целях заботы о своем здоровье?

1. Отказ от курения табака
2. Отказ от злоупотребления алкогольными напитками
3. Сбалансированное питание (употребление разнообразной пищи, наличие необходимых витаминов и минералов, контроль над количеством употребляемой пищи и пр.)
4. Занятия физкультурой и спортом с учетом возрастных и физиологических особенностей организма
5. Активный отдых
6. Своевременное лечение заболеваний
7. Регулярное прохождение профилактических медицинских осмотров
8. Соблюдение правил личной гигиены
9. Соблюдение режима сна
10. Соблюдение режима труда и отдыха
11. Умение справляться с собственными эмоциями
12. Позитивное отношение к жизни
13. Другое (уточните, пожалуйста) _____
14. Затрудняюсь ответить

Социально-демографический блок

21. Ваш пол

1. Мужской
2. Женский

22. Ваш возраст (полных лет): _____ лет

23. Тип учебного заведения:

1. Учебное заведение среднего профессионального образования
2. Учебное заведение высшего профессионального образования

24. Форма обучения:
1. Очная
 2. Заочная
 3. Вечерняя
25. Направление обучения:
1. Гуманитарное
 2. Техническое
 3. Естественное
 4. Другое _____

26. Специализация _____
27. Ваше семейное положение
1. женат (замужем), есть дети
 2. женат (замужем), детей нет
 3. не женат (не замужем), есть дети
 4. не женат (не замужем), детей нет
28. Тип родного населенного пункта:
1. Столичный город (столица государства / республики, областные и краевые центры)
 2. Нестоличный крупный город
 3. Малый город
 4. ПГТ
 5. Село / деревня
29. На данный момент Вы проживаете:
1. С родителями
 2. Отдельно (снимаю квартиру)
 3. Отдельно (в собственной квартире)
 4. В студенческом общежитии
 5. Другое (укажите, пожалуйста) _____
30. Работаете ли Вы?
1. Да, на постоянной основе
 2. Да, подрабатываю время от времени
 3. Нет
31. Ваш личный доход в месяц?
1. Нет дохода
 2. До 3 000 рублей
 3. От 3 000 до 4 999 рублей
 4. От 5 000 до 10 000 рублей
 5. Свыше 10 000 рублей
32. Как бы Вы определили материальное положение Вашей семьи?
1. Денег сейчас не хватает даже на покупку продуктов питания
 2. Денег хватает только на приобретение продуктов питания

3. Денег хватает только для приобретения необходимых продуктов и одежды, но покупка товаров длительного пользования вызывает затруднение

4. Покупка товаров длительного пользования (телевизор, холодильник) не вызывает затруднений, но на дачу, машину и пр. придется копить

5. Можем себе позволить купить товары длительного пользования, такие как машина, дача

Спасибо за ответы на вопросы!

Одномерные распределения ответов респондентов на вопросы анкеты

Вопрос анкеты	Варианты ответа (признаки)	Доля, %
1. Как бы Вы оценили общее состояние Вашего здоровья?	Отличное	17,15
	Хорошее	57,85
	Удовлетворительное	19,57
	Слабое	3,14
	Очень слабое	0,12
	Затрудняюсь ответить	2,17
	ВСЕГО	100
2. Можете ли Вы сказать о себе, что Вы заботитесь о своем здоровье?	Безусловно, да	23,43
	Скорее, да	56,28
	Скорее, нет	12,32
	Безусловно, нет	1,09
	Затрудняюсь ответить	6,88
	ВСЕГО	100
3.1 Как часто вы ощущаете физическое недомогание (слабость, утомляемость, головные боли)?	Очень часто	2,66
	Часто	11,23
	По-разному	45,53
	Редко	35,27
	Никогда	3,50
	Затрудняюсь ответить	1,81
	ВСЕГО	100
3.2. Переносили ли вы простудные и вирусные заболевания в течение последнего года?	Да, более 3-х раз	3,50
	Да, 3 раза	8,94
	Да, 2 раза	24,03
	Да, 1 раз	38,65
	Нет	23,31
	Затрудняюсь ответить	1,57
	ВСЕГО	100
3.3. Имеете ли вы хронические заболевания?	Да, более 3-х заболеваний	0,36
	Да, 3 заболевания	1,45
	Да, 2 заболевания	5,56
	Да, 1 заболевание	24,40
	Нет	63,65
	Затрудняюсь ответить	4,59
	ВСЕГО	100
3.4. Как вы считаете, экологическая обстановка в месте Вашего проживания способствует...	Значительному ухудшению состояния здоровья	10,27
	Незначительному ухудшению состояния здоровья	30,19
	Отчасти ухудшает, а отчасти улучшает состояние здоровья	25,48
	Незначительному улучшению состояния здоровья	9,90
	Значительному улучшению состояния здоровья	8,33
	Затрудняюсь ответить	15,82
	ВСЕГО	100
3.5. Часто ли Вы попадете в стрессовые ситуации?	Почти ежедневно	7,97
	Несколько раз в неделю	14,25
	Несколько раз в месяц	25,97
	Несколько раз за полгода-год	25,60
	Никогда	13,53
	Затрудняюсь ответить	12,68
	ВСЕГО	100
3.6. Придерживаетесь ли вы правил рационального (правильного/сбалансированного) питания?	Мне это неинтересно	7,61
	Очень редко вспоминаю об этом	19,57
	Время от времени	36,96
	Стараюсь как можно чаще	20,89
	Всегда	7,25
	Затрудняюсь ответить	7,73
	ВСЕГО	100

Вопрос анкеты	Варианты ответа (признаки)	Доля, %
3.7. Курите ли Вы?	Да, 5 и более сигарет в день	6,64
	Да, менее 5 сигарет в день	3,86
	Да, время от времени (1-2 сигареты в неделю)	2,17
	Да, редко (1-2 сигареты в месяц)	6,52
	Нет	80,19
	Затрудняюсь ответить	0,60
	ВСЕГО	100
3.8. Употребляете ли Вы алкогольные напитки?	Да, ежедневно	0,36
	Да, 1-2 раза в неделю	6,16
	Да, 1-2 раза в месяц	15,22
	Да, 1-2 раза в полгода-год	24,15
	Нет	52,29
	Затрудняюсь ответить	1,81
	ВСЕГО	100
3.9. Занимаетесь ли Вы физической культурой и спортом?	Нет	11,11
	Да, несколько раз в полгода-год	14,86
	Да, несколько раз в месяц	20,41
	Да, несколько раз в неделю	36,47
	Да, ежедневно	11,71
	Затрудняюсь ответить	5,43
	ВСЕГО	100
4.1. Заболевания сердечно-сосудистой системы	Наличие	11,96
	Отсутствие	77,42
	Затрудняюсь ответить	10,63
	ВСЕГО	100
4.2. Легочные заболевания	Наличие	6,88
	Отсутствие	87,80
	Затрудняюсь ответить	5,31
	ВСЕГО	100
4.3. Заболевания желудочно-кишечного тракта	Наличие	21,01
	Отсутствие	65,94
	Затрудняюсь ответить	13,04
	ВСЕГО	100
4.4. Заболевания опорно-двигательного аппарата	Наличие	8,45
	Отсутствие	87,44
	Затрудняюсь ответить	4,11
	ВСЕГО	100
4.5. Психические расстройства	Наличие	5,80
	Отсутствие	87,56
	Затрудняюсь ответить	6,64
	ВСЕГО	100
4.6. Другое	Наличие	4,83
	Отсутствие	84,54
	Затрудняюсь ответить	10,63
	ВСЕГО	100
5. Как Вы считаете, что включает в себя понятие «Здоровый образ жизни»?	Отказ от курения табака	87,80
	Отказ от употребления алкогольными напитками	82,85
	Сбалансированное питание	77,90
	Занятия физкультурой и спортом с учетом возрастных и физиологических показателей	88,65
	Активный отдых	53,74
	Регулярное прохождение профилактических медицинских осмотров	45,53
	Соблюдение правил личной гигиены	61,96
	Соблюдение режима сна	63,65
	Соблюдение режима труда и отдыха	47,71
	Умение справляться с собственными эмоциями	33,57
	Позитивное отношение к жизни	50,72
	Другое	16,67
	Затрудняюсь ответить	0,97
	ВСЕГО	711,71

Вопрос анкеты	Варианты ответа (признаки)	Доля, %
6.1. Вести здоровый образ жизни могут позволить только хорошо обеспеченные люди	Полностью согласен	4,72
	Скорее да, чем нет	12,45
	Скорее нет, чем да	29,26
	Полностью не согласен	52
	Затрудняюсь ответить	1,57
	ВСЕГО	100
6.2. Для меня вести здоровый образ жизни сложно, т.к. надо соблюдать много условий	Полностью согласен	7,61
	Скорее да, чем нет	24,15
	Скорее нет, чем да	34,42
	Полностью не согласен	30,31
	Затрудняюсь ответить	3,50
	ВСЕГО	100
6.3. У меня нет достаточного количества свободного времени, чтобы вести здоровый образ жизни	Полностью согласен	8,70
	Скорее да, чем нет	26,09
	Скорее нет, чем да	31,40
	Полностью не согласен	29,71
	Затрудняюсь ответить	4,11
	ВСЕГО	100
6.4. Мне сложно запомнить все необходимые правила, чтобы вести здоровый образ жизни	Полностью согласен	3,62
	Скорее да, чем нет	9,66
	Скорее нет, чем да	31,04
	Полностью не согласен	50,48
	Затрудняюсь ответить	5,19
	ВСЕГО	100
6.5. Заботясь о здоровье, я могу продлить свою молодость, жить дольше	Полностью согласен	66,30
	Скорее да, чем нет	22,83
	Скорее нет, чем да	3,38
	Полностью не согласен	4,59
	Затрудняюсь ответить	2,90
	ВСЕГО	100
7.1. Пара А	Вести здоровый образ жизни – это очень сложно	13,58
	При желании я смогу найти время и возможность для ведения ЗОЖ	86,42
	ВСЕГО	100
7.2. Пара Б	Ведение здорового образа жизни имеет первостепенную важность	49,80
	Помимо здорового образа жизни есть много других важных вещей	50,20
	ВСЕГО	100
7.3. Пара В	Мне мешает вести здоровый образ жизни собственная лень и неорганизованность	68,39
	Мне мешает вести здоровый образ жизни влияние объективных внешних обстоятельств	31,61
	ВСЕГО	100
7.4. Пара Г	Я могу поддерживать здоровый образ жизни исключительно благодаря собственным усилиям	71,63
	Я могу поддерживать здоровый образ жизни в силу удачно сложившихся обстоятельств	28,37
	ВСЕГО	100
8. Интересует ли Вас информация, связанная со здоровьем и здоровым образом жизни?	Да, я специально ищу материалы в Интернете / печатных изданиях / на ТВ	40,05
	Да, но специально не ищу материалы, просматриваю только то,	44,93
	Нет, не интересует, обычно пропускаю такие материалы	11,36
	Другое	1,47
	Затрудняюсь ответить	5,62
	ВСЕГО	103,42
9.1. Экологическая среда	Многое знаю об этом	31,76
	Кое-что знаю	54,83
	(Практически) ничего не знаю	6,16
	Затрудняюсь ответить	7,25
	ВСЕГО	100
9.2. Генетика	Многое знаю об этом	20,65
	Кое-что знаю	46,98
	(Практически) ничего не знаю	14,49
	Затрудняюсь ответить	17,87
	ВСЕГО	100

Вопрос анкеты	Варианты ответа (признаки)	Доля, %
9.3. Здоровый образ жизни	Многое знаю об этом	43,96
	Кое-что знаю	44,93
	(Практически) ничего не знаю	2,78
	Затрудняюсь ответить	8,33
	ВСЕГО	100
9.4. Система здравоохранения	Многое знаю об этом	17,15
	Кое-что знаю	50,24
	(Практически) ничего не знаю	16,30
	Затрудняюсь ответить	16,30
	ВСЕГО	100
9.5. Составляющие элементы ЗОЖ	Многое знаю об этом	46,14
	Кое-что знаю	47,83
	(Практически) ничего не знаю	1,57
	Затрудняюсь ответить	4,47
	ВСЕГО	100
9.6. Возможности ведения ЗОЖ в месте проживания	Многое знаю об этом	33,94
	Кое-что знаю	49,88
	(Практически) ничего не знаю	6,76
	Затрудняюсь ответить	9,42
	ВСЕГО	100
10.1. Курение	Есть, и хочу избавиться	12,32
	Есть, но не хочу избавляться	4,59
	Нет такой привычки	79,59
	Затрудняюсь ответить	3,50
	ВСЕГО	100
10.2. Злоупотребление алкоголем	Есть, и хочу избавиться	4,83
	Есть, но не хочу избавляться	5,19
	Нет такой привычки	86,35
	Затрудняюсь ответить	3,62
	ВСЕГО	100
10.3. Переедание	Есть, и хочу избавиться	18
	Есть, но не хочу избавляться	8,33
	Нет такой привычки	67,51
	Затрудняюсь ответить	6,16
	ВСЕГО	100
10.4. Еда на ночь	Есть, и хочу избавиться	24,64
	Есть, но не хочу избавляться	17,87
	Нет такой привычки	52,29
	Затрудняюсь ответить	5,19
	ВСЕГО	100
10.5. Частое употребление фаст-фуда (более 2-х раз в неделю)	Есть, и хочу избавиться	10,99
	Есть, но не хочу избавляться	13,77
	Нет такой привычки	70,05
	Затрудняюсь ответить	5,19
	ВСЕГО	100
10.6. Злоупотребление сладким	Есть, и хочу избавиться	22,22
	Есть, но не хочу избавляться	28,74
	Нет такой привычки	46,14
	Затрудняюсь ответить	2,90
	ВСЕГО	100
10.7. Предпочтение продуктов с высоким содержанием жира	Есть, и хочу избавиться	14,01
	Есть, но не хочу избавляться	13,29
	Нет такой привычки	64,61
	Затрудняюсь ответить	8,09
	ВСЕГО	100
10.8. Досаливание уже готовой пищи	Есть, и хочу избавиться	9,66
	Есть, но не хочу избавляться	8,33
	Нет такой привычки	76,93
	Затрудняюсь ответить	5,07
	ВСЕГО	100

Вопрос анкеты	Варианты ответа (признаки)	Доля, %
10.9. Неподвижный образ жизни, низкая физическая активность	Есть, и хочу избавиться	27,05
	Есть, но не хочу избавляться	7,49
	Нет такой привычки	59,42
	Затрудняюсь ответить	6,04
	ВСЕГО	100
10.10. Другое	Есть, и хочу избавиться	15,04
	Есть, но не хочу избавляться	0,88
	Нет такой привычки	84,07
	Затрудняюсь ответить	0
	ВСЕГО	100
11. Считаете ли Вы себя психологически здоровым человеком?	Да, считаю, что у меня нет психологических проблем	42,27
	Да, но в последнее время чувствую, что мало сил на решение ж	18,72
	Да, но с удовольствием бы пообщался с психологом	22,58
	Да, на данный момент чувствую себя таковым, но часто встреча	6,28
	Нет, я нуждаюсь в помощи специалиста	2,90
	Другое	0,72
	Затрудняюсь ответить	6,52
	ВСЕГО	100
12. Как Вы понимаете выражение «психологическое здоровье»?	Душевное состояние	59,36
	Борьба со стрессом	11,58
	Устойчивая психика	36,82
	Умственное здоровье	13,18
	Другое	3,94
	Затрудняюсь ответить	5,30
	ВСЕГО	130,17
	13. Каким образом Вы решаете психологические проблемы?	Выпиваю алкоголь
Много курю		5,04
Встречаюсь с друзьями, и выпиваем алкоголь		9,71
Делюсь своими душевными проблемами с подругой/другом		53,07
Встречаюсь с друзьями для прогулки на свежем воздухе		39,43
Иду в спортзал		22,85
Остаюсь один, слушаю музыку и думаю		49,51
Общаюсь в чатах		16,95
Принимаю успокоительное		8,35
Иду к частному психологу		0,74
Еду в отпуск		4,18
Другое		4,42
У меня нет психологических проблем		9,95
Затрудняюсь ответить		3,69
14. Считаете ли Вы себя физически активным человеком?	Да	46,74
	Нет	26,21
	Затрудняюсь ответить	27,05
	ВСЕГО	100
Что бы Вас могло побудить к тому, чтобы больше двигаться и вести активный образ жизни?	Ухудшение состояния здоровья вследствие малой подвижности	29,95
	Увеличение веса	43,56
	Больше свободного времени	52,23
	Мотивирующая информация о пользе физкультуры	13,49
	Пример активной жизни "звезд"	4,58
	«Вторая половина» или влюбленность	23,76
	Влияние друзей, которые занимаются активными видами спорта	29,46
	Бесплатные групповые занятия в государственных учреждениях	37,13
	Программы по телевидению с демонстрацией правильных движений	5,69
	Другое	2,85
	Затрудняюсь ответить	8,29
	ВСЕГО	250,99
16. Обращаете ли Вы внимание на физическую форму человека при знакомстве с противоположным полом?	Да, конечно, мне нравятся физически развитые люди	49,64
	Нет, для меня это не важно	34,54
	Затрудняюсь ответить	15,82
	ВСЕГО	100

Вопрос анкеты	Варианты ответа (признаки)	Доля, %
17.1. Умение исполнять различные социальные роли (студент, друг/подруга, сын/дочь и проч.)	Владею	52,05
	Скорее да, чем нет	37,32
	Скорее нет, чем да	3,74
	Не владею	1,33
	Затрудняюсь ответить	5,56
	ВСЕГО	100
17.2. Владение навыками неформального общения (с друзьями, родственниками)	Владею	45,77
	Скорее да, чем нет	38,65
	Скорее нет, чем да	7,49
	Не владею	3,14
	Затрудняюсь ответить	4,95
	ВСЕГО	100
17.3. Владение навыками формального (официального) общения	Владею	37,68
	Скорее да, чем нет	37,32
	Скорее нет, чем да	13,77
	Не владею	1,69
	Затрудняюсь ответить	9,54
	ВСЕГО	100
17.4. Умение разделять коллективные нормы и ценности	Владею	34,30
	Скорее да, чем нет	37,68
	Скорее нет, чем да	9,06
	Не владею	1,93
	Затрудняюсь ответить	17,03
	ВСЕГО	100
17.5. Владение навыками самопрезентации	Владею	22,46
	Скорее да, чем нет	32,13
	Скорее нет, чем да	19,93
	Не владею	4,59
	Затрудняюсь ответить	20,89
	ВСЕГО	100
18. Ощущаете ли Вы гармонию своих личных и общественных интересов?	Да, постоянно	15,10
	Скорее да, чем нет	45,05
	Скорее нет, чем да	14,25
	Нет	3,50
	Затрудняюсь ответить	22,10
	ВСЕГО	100
19. Как Вы считаете, в целом Ваш образ жизни соответствует основным требованиям и параметрам ЗОЖ?	Да	14,98
	Скорее да, чем нет	40,34
	Скорее нет, чем да	26,33
	Нет	7,85
	Затрудняюсь ответить	10,51
	ВСЕГО	100
20. Какие меры лично Вы предпринимаете в целях заботы о своем здоровье?	Отказ от курения табака	46,78
	Отказ от злоупотребления алкогольными напитками	41,31
	Сбалансированное питание	35,84
	Занятия физкультурой и спортом с учетом возрастных и физиологических параметров	42,53
	Активный отдых	29,40
	Своевременное лечение заболеваний	30,38
	Регулярное прохождение профилактических медицинских осмотров	19,44
	Соблюдение правил личной гигиены	50,18
	Соблюдение режима сна	28,68
	Соблюдение режима труда и отдыха	17,62
	Умение справляться с собственными эмоциями	18,10
	Позитивное отношение к жизни	32,08
	Другое	1,22
	Затрудняюсь ответить	5,59
ВСЕГО	399,15	
21. Пол респондента	Мужской	37,20
	Женский	62,80
	ВСЕГО	100

Вопрос анкеты	Варианты ответа (признаки)	Доля, %
22. Возраст	16-17 лет	7,72
	18-19 лет	46,98
	20-21 год	28,17
	22-23 года	8,46
	24 года и старше	8,67
	ВСЕГО	100
23. Тип учебного заведения	Учебное заведение среднего профессионального образования	15,22
	Учебное заведение высшего профессионального образования	84,78
	ВСЕГО	100
24. Форма обучения	Очная	81,40
	Заочная	13,16
	Вечерняя	5,43
	ВСЕГО	100
25. Направление обучения	Гуманитарное	38,41
	Техническое	33,57
	Естественное	19,08
	Другое	8,94
	ВСЕГО	100
26. Семейное положение	Женат (замужем), есть дети	4,59
	Женат (замужем), детей нет	3,02
	Не женат (не замужем), есть дети	1,57
	Не женат (не замужем), детей нет	90,82
	ВСЕГО	100
27. Тип родного населенного пункта	Столичный город	20,05
	Нестоличный крупный город	31,04
	Малый город	26,33
	ПГТ	4,83
	Село / деревня	17,75
	ВСЕГО	100
28. На данный момент Вы проживаете...	С родителями	41,06
	Отдельно (снимаю квартиру)	16,18
	Отдельно (в собственной квартире)	7,61
	В студенческом общежитии	26,21
	Другое	8,94
	ВСЕГО	100
29. Работаете ли Вы?	Да, на постоянной основе	20,17
	Да, подрабатываю время от времени	19,32
	Нет	59,90
	Другое	0,6
	ВСЕГО	100
30. Личный доход в месяц	Нет дохода	53,50
	До 3 000 руб.	9,06
	От 3 000 до 4 999 руб.	6,76
	От 5 000 до 10 000 руб.	10,51
	Свыше 10 000 руб.	20,17
	ВСЕГО	100
31. Как бы Вы определили материальное положение Вашей семьи?	Денег сейчас не хватает даже на покупку продуктов питания	1,09
	Денег хватает только на приобретение продуктов питания	3,38
	Денег хватает на приобретение продуктов и одежды, но покупка товаров длительного пользования (телевизор, холодильник) вызывает затруднение	49,64
	Покупка товаров длительного пользования (телевизор, холодильник) не вызывает затруднений, но на машину, дачу приходится копить	38,41
	Можем себе позволить такие крупные покупки, как машина, дача	7,49
	ВСЕГО	100

Иллюстративный материал

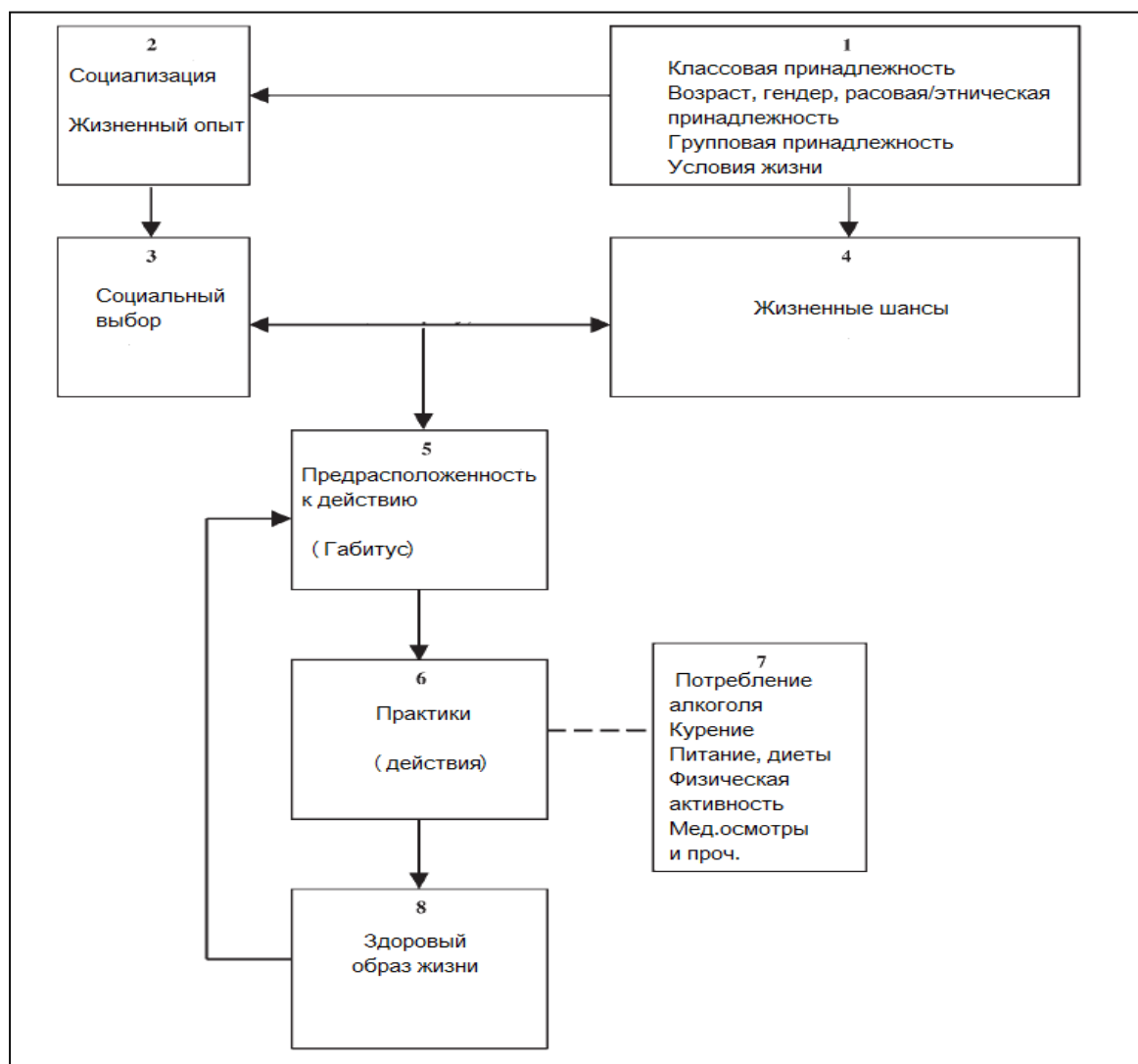


Схема 1. Модель здорового образа жизни У.К. Кокерхэма

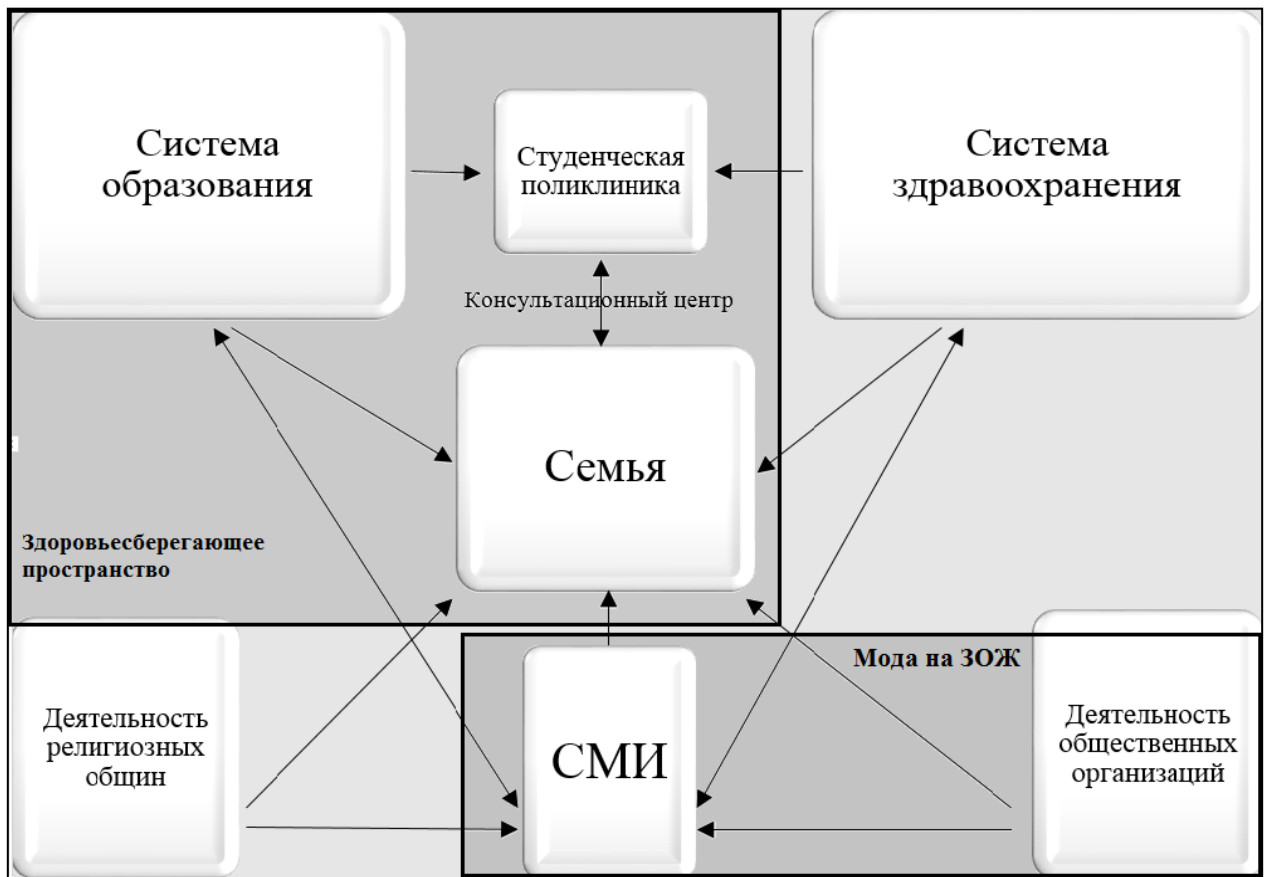


Схема 2. Взаимодействие общественных институтов для эффективной организации формирования здорового образа жизни студентов

Таблица 1

Распределение ответов респондентов² на вопрос: «Как бы Вы оценили состояние Вашего здоровья?»
по роду занятости

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	0	ВСЕГО
Очень хорошее	16,7%	14,0%	12,8%	6,2%	8,0%	9,8%	7,3%	10,1%	3,5%	20,9%	4,2%	5,4%	6,2%	6,4%	11,7%
Хорошее	45,1%	43,5%	46,8%	33,8%	35,4%	57,7%	49,5%	31,6%	33,7%	50,4%	20,5%	47,8%	42,3%	36,4%	42,8%
Удовлетворительное	30,5%	33,4%	34,9%	41,9%	46,0%	29,0%	36,4%	45,3%	45,3%	24,2%	47,3%	38,0%	45,4%	47,3%	35,7%
Слабое	5,5%	6,6%	4,4%	13,0%	8,8%	2,2%	6,4%	12,6%	15,1%	2,8%	24,3%	7,6%	6,2%	6,4%	7,7%
Очень слабое	1,1%	2,2%	0,9%	5,1%	1,8%	0,6%	0,3%	0,4%	1,2%	0,9%	3,3%	0,0%	0,0%	0,9%	1,6%
Затрудняюсь ответить	1,0%	0,2%	0,3%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	1,2%	0,7%	0,4%	1,1%	0,0%	2,7%	0,5%

* 1 - Квалифицированный рабочий, включая сельское хозяйство

2 - Неквалифицированный рабочий, включая сельское хозяйство

3 - Военнослужащий в армии, органах внутренних дел, включая милицию и ФСБ

4 - Бизнесмен, предприниматель

5 - Государственный служащий, работник административных органов

6 - Специалист с высшим образованием на производстве, в сфере обслуживания

7 - Специалист с высшим образованием вне производства (наука, культура, образование, здравоохранение)

8 - Служащие без высшего образования (секретарь, офисный работник, продавец)

9 - Безработный

10 –Студент, учащийся

11 - Пенсионер

12 - Занят домашним хозяйством, нахожусь в отпуске по уходу за ребенком

13 - Другая группа

0 - Затрудняюсь ответить

² Исследование проведено коллективом ГБУ «Центр перспективных экономических исследований Академии наук Республики Татарстан» по заказу Министерства здравоохранения Российской Федерации в июле – ноябре 2012 г. в 34 субъектах РФ (n=4000).

Таблица 2

Распределение ответов респондентов³ на вопрос: «Можете ли Вы сказать о себе, что Вы заботитесь о своем здоровье?»
по роду занятости

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	0	ВСЕГО
Безусловно, да	20,9%	18,8%	22,1%	23,2%	17,7%	25,6%	21,7%	19,4%	23,3%	26,1%	25,5%	18,5%	14,4%	16,4%	21,7%
Скорее да	49,8%	49,4%	50,3%	44,1%	52,2%	50,5%	62,6%	47,4%	43,0%	51,3%	46,9%	50,0%	52,6%	55,5%	50,3%
Скорее нет	26,0%	27,5%	25,3%	29,2%	26,5%	22,7%	14,1%	30,0%	29,1%	20,7%	23,8%	29,3%	27,8%	22,7%	24,9%
Безусловно, нет	2,1%	4,1%	2,0%	3,5%	3,5%	1,3%	1,3%	3,2%	3,5%	1,6%	3,8%	2,2%	4,1%	0,9%	2,6%
Затрудняюсь ответить	1,3%	0,2%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	1,2%	0,2%	0,0%	0,0%	1,0%	4,5%	0,5%

* 1 - Квалифицированный рабочий, включая сельское хозяйство

2 - Неквалифицированный рабочий, включая сельское хозяйство

3 - Военнослужащий в армии, органах внутренних дел, включая милицию и ФСБ

4 - Бизнесмен, предприниматель

5 - Государственный служащий, работник административных органов

6 - Специалист с высшим образованием на производстве, в сфере обслуживания

7 - Специалист с высшим образованием вне производства (наука, культура, образование, здравоохранение)

8 - Служащие без высшего образования (секретарь, офисный работник, продавец)

9 - Безработный

10 –Студент, учащийся

11 - Пенсионер

12 - Занят домашним хозяйством, нахожусь в отпуске по уходу за ребенком

13 - Другая группа

0 - Затрудняюсь ответить

³ Исследование проведено коллективом ГБУ «Центр перспективных экономических исследований Академии наук Республики Татарстан» по заказу Министерства здравоохранения Российской Федерации в июле – ноябре 2012 г. в 34 субъектах РФ (n=4500).

Изучение показателей здоровья казанцев с применением методов социального картографирования и интегральных оценок

Представленные ниже социальные карты подготовлены на основании результатов исследовательского проекта «Создание социально-экологической карты территории крупного города с использованием современных геоинформационных и нейросетевых технологий (междисциплинарный подход)», реализованного при поддержке гранта Президента РФ для государственной поддержки молодых ученых (проект № МК-3033.2014.6; руководитель – Ермолаева П.О.). Основная исследовательская задача заключалась в применении современных методов нейросетевого и пространственного анализа для создания социальных карт г. Казани с использованием подходов социологической науки. На основе массового репрезентативного опроса населения г. Казани (n=1500) были разработаны пространственные карты распределения самооценок горожанами своего здоровья и показатели отношения к ЗОЖ с учетом особенностей естественного ландшафта местности, инфраструктуры, конфигурации социальных проблем и процессов изучаемых территорий.

Методика построения социальных карт:

1 этап. Объединение имеющихся картографических данных в общую геоинформационную (ГИС) базу на основе программного продукта Esri ArcGIS 10.1. Особое внимание было уделено ГИС-слоям, содержащим детальные данные о жилой застройке г. Казани (расположение отдельных жилых домов, номера домов и квартир, тип застройки, точное географическое положение), поскольку было предельно важным определить точные координаты привязки респондента

2 этап. Проведение массового репрезентативного опроса жителей г. Казани. Все данные об отдельных участниках опроса тщательно проверялись как по содержательному критерию (на все ли ключевые вопросы были даны ответы, все ли интегральные индексы адекватно построены), так и по пространственному (точность указанного адреса, реальность существования указанного объекта). Респонденты, не прошедшие проверочную верификацию, исключались из процедуры нанесения на электронную карту.

3 этап. Построение результирующих карт на основе генерализации полученных данных в рамках урболандшафтной модели зонирования г. Казани, построенной с использованием методов искусственных нейронных сетей как наиболее адекватной системы зонирования г. Казани.

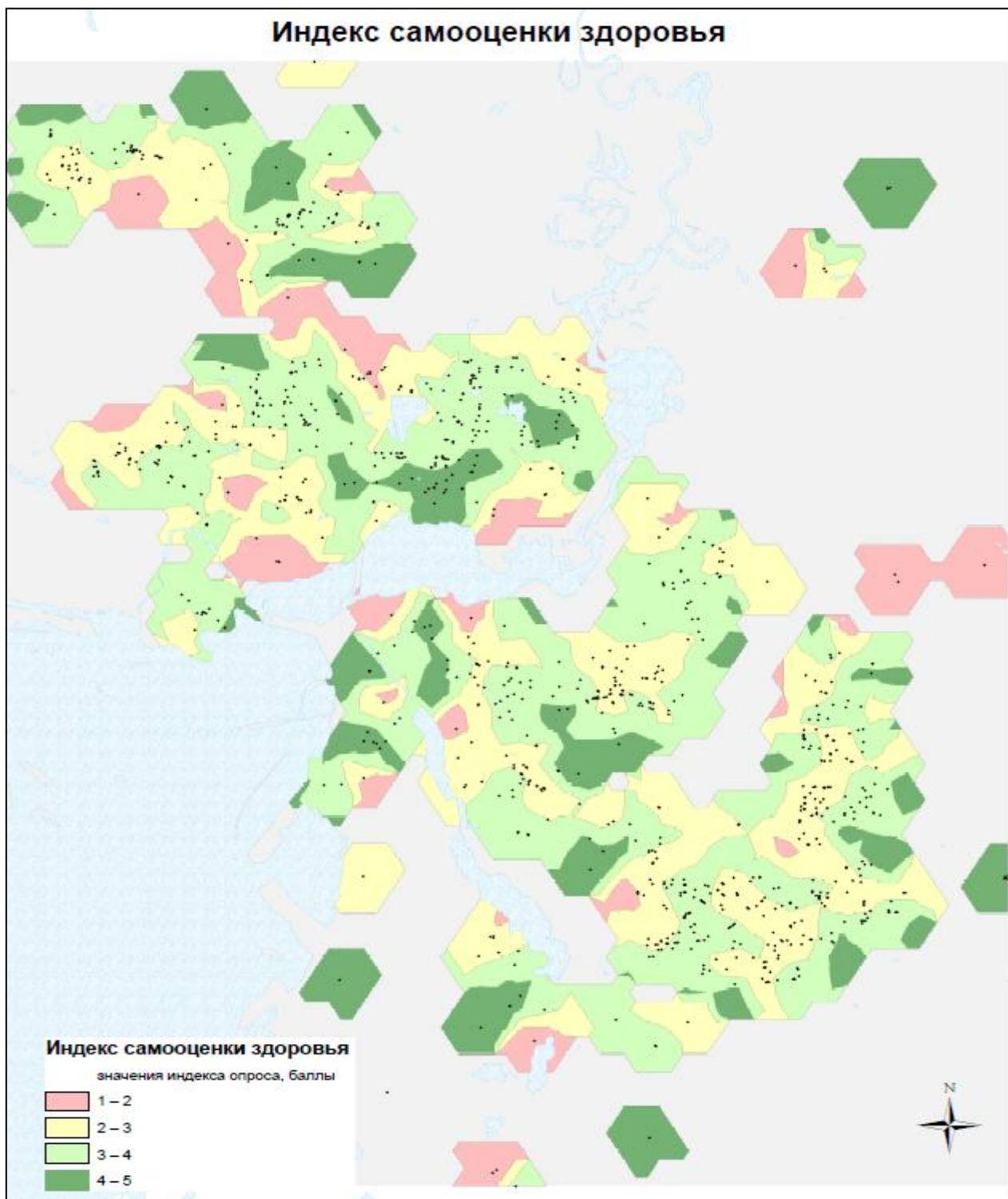


Рисунок 1. Изменение индекса самооценки здоровья казанцев в зависимости от места проживания (1 – «очень плохое», 2 – «плохое», 3 – «удовлетворительное», 4 – «хорошее», 5 – «отличное»)

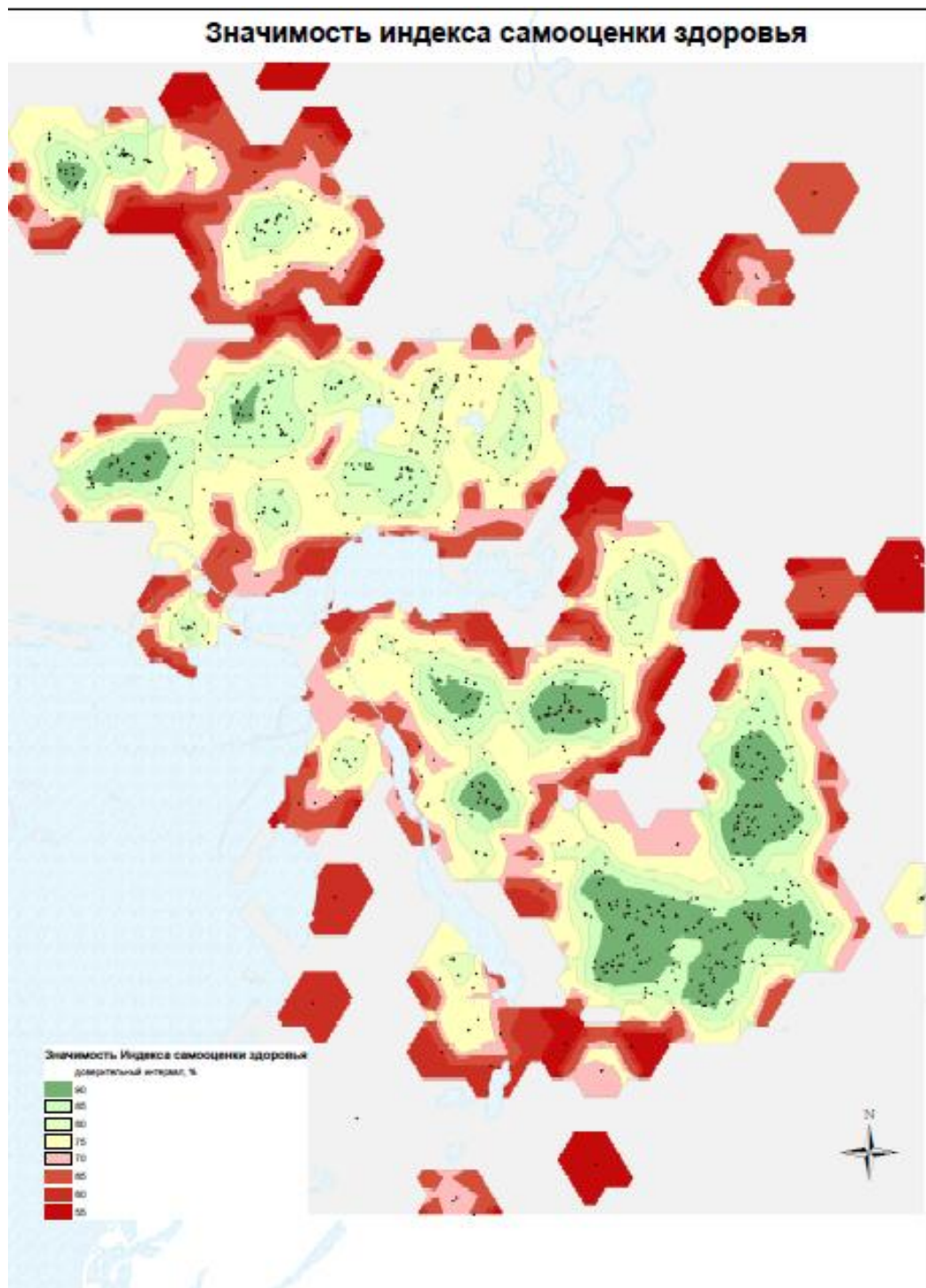


Рисунок 2. Значимость индекса самооценки здоровья

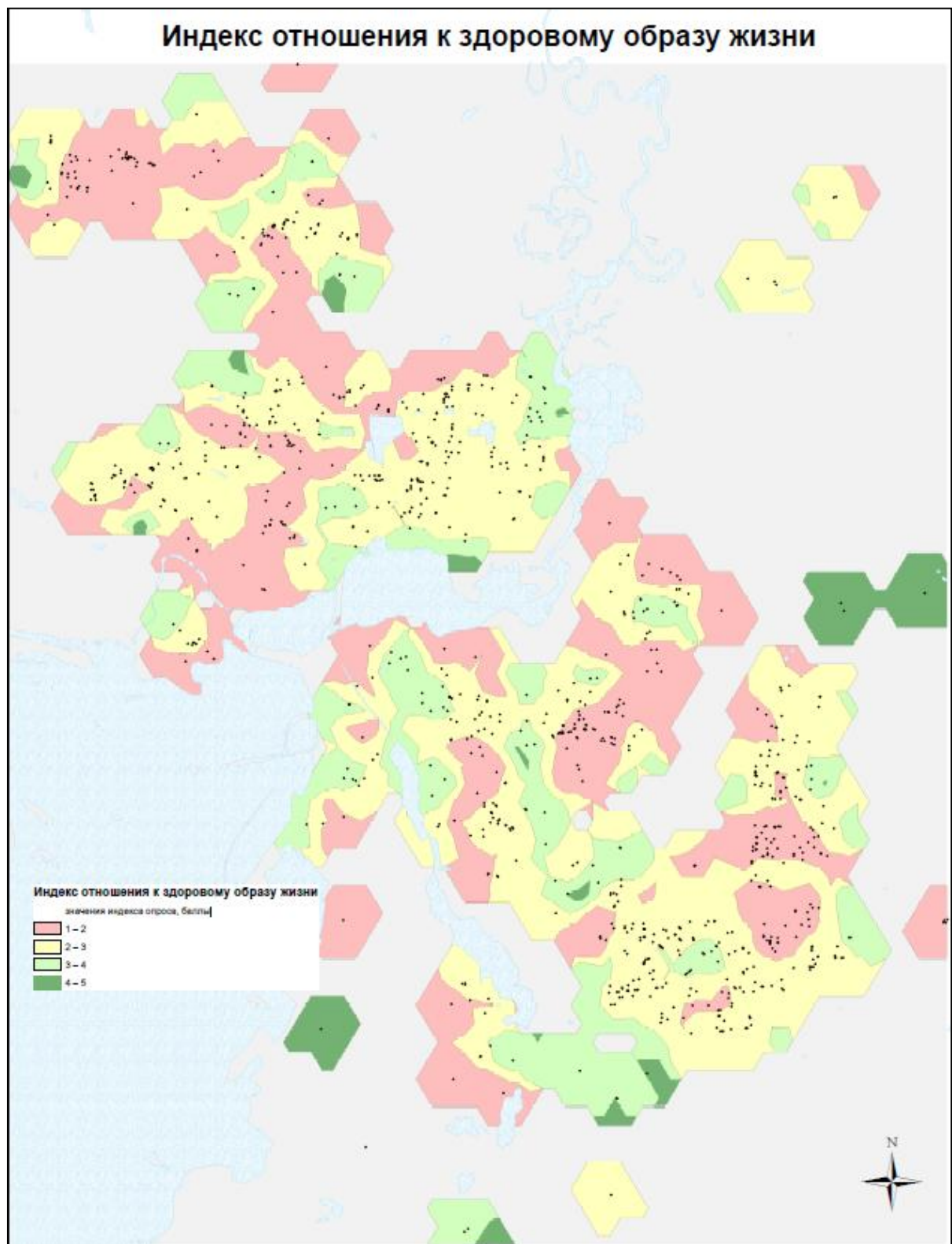


Рисунок 3. Изменение индекса отношения казанцев к ЗОЖ в зависимости от места проживания (1 – «очень плохое», 2 – «плохое», 3 – «удовлетворительное», 4 – «хорошее», 5 – «отличное»)

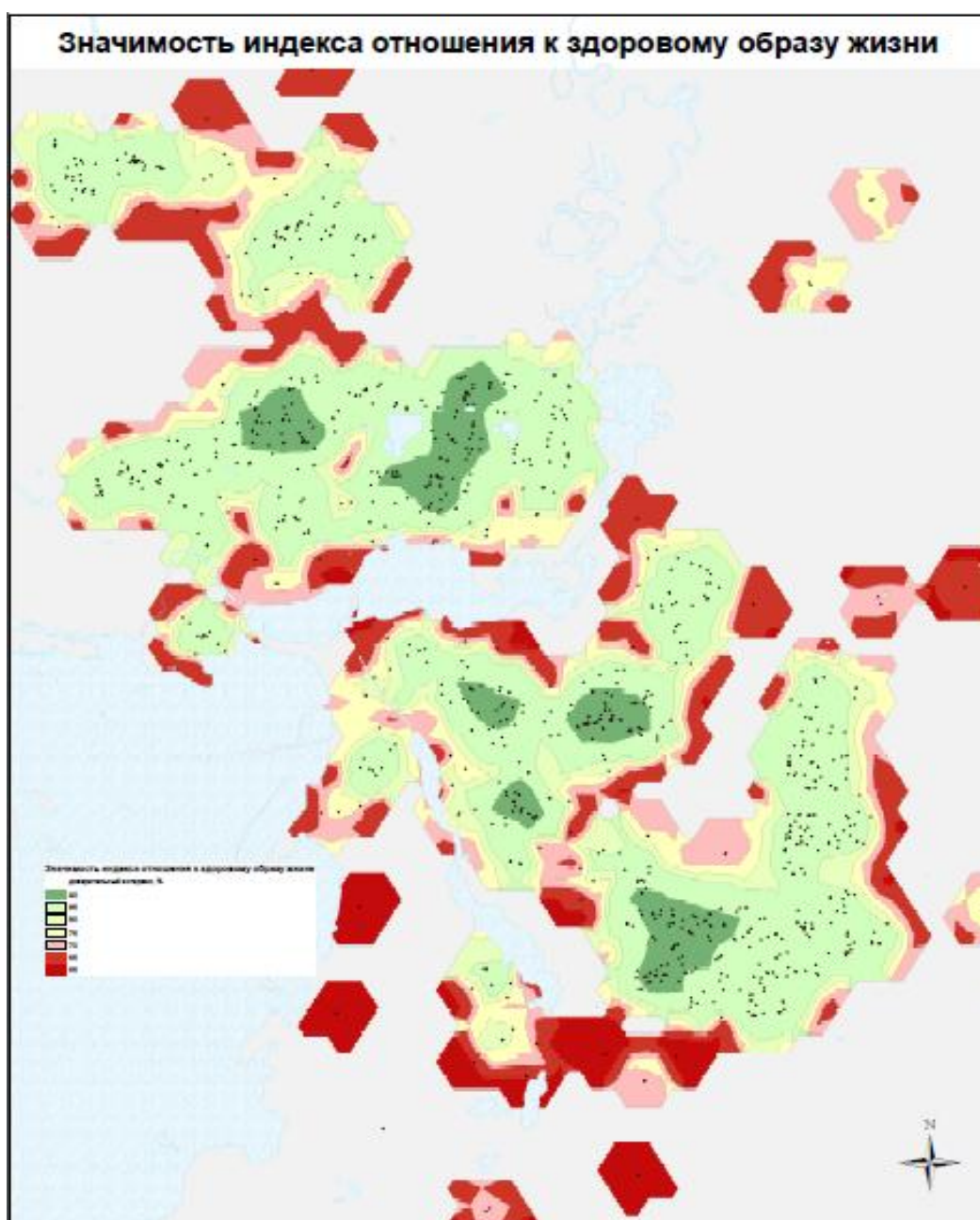


Рисунок 4. Значимость индекса отношения казанцев к ЗОЖ