



А. В. Алимпиева

САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ

Обсуждаются результаты диагностики самосохранительного поведения детей, подростков и молодежи, обучающихся в системе образования, а также роль социального института образования в охране здоровья подрастающего поколения.

This article focuses on the results of health behavior diagnostics among children, teenagers and young adults studying within the educational system, as well as the role of the social institution of education in the healthcare of rising generation.

Ключевые слова: охрана здоровья, самосохранительное поведение, диагностика.

Key words: healthcare, healthy lifestyle behavior, diagnostics.

Состояние здоровья россиян в последние десятилетия неуклонно ухудшается и в настоящее время находится у критической отметки, что ставит под угрозу перспективы развития российского общества и само выживание нации. Россия занимает низшие места практически по всем критериям качества жизни, уступая не только наиболее экономически развитым странам Европы, но самым неблагополучным из них [1].

Чрезвычайно тревожными выглядят показатели здоровья детей и подростков. Это касается и сугубо медицинских аспектов, связанных со все большим распространением различного рода заболеваний среди детей и влияния на здоровье подрастающего поколения социально обусловленных факторов риска, таких как курение, алкоголь, наркотики, незащищенный секс и т.д. [2; 4].

В данной ситуации остро встает вопрос о масштабных исследованиях характеристик самосохранительного поведения детей и молодежи в отношении здоровья, которые позволили бы разработать механизмы его совершенствования. Одним из первых исследований подобного рода в России стала диагностика самосохранительного поведения у детей, подростков и юношей, обучающихся в учреждениях образования Калининграда. Данная диагностика позволяет оценить характер влияния образовательной системы на поведение обучающихся в сфере здоровье, а также получить информацию для разработки мер по развитию самосохранительного поведения средствами системы образования.

Исследование проводилось с использованием авторской¹ методики, представляющей собой набор суждений, характеризующих феномены самосохранительного поведения в разных сферах жизнедеятельности, а также соответствующие аттитюды, понимаемые как предрасположенности (готовности) действовать в интересах сохранения здоровья [3]. Методика учитывает возрастные особенности самосохранительной социализации и имеет несколько модификаций, адресованных обучающимся разных звеньев образовательной системы. Для диагностики школьников и студентов методика применяется в форме самоотчета. Диагностика дошкольников включает интервью с ребенком, наблюдение за ребенком в дошкольном образовательном учреждении, анкетирование родителей.

Использование методики позволяет получить данные об уровне развития самосохранительного поведения и установок в целом и по шкалам, которые отражают состояние самосохранительного аттитюда и его элементов (когнитивного, эмоционального, конативного), системные диспозиции и собственно поведение в сфере здоровья, включая умения, навыки, автоматизмы, наличие поведенческого опыта.

Выборку исследования (700 респондентов) составили дети, подростки и молодежь, обучающиеся на разных ступенях образовательной системы: воспитанники дошкольных

¹ Авторы методики – д-р психол. наук И.Н. Симаева, канд. социол. наук А.В. Алимпиева, канд. психол. наук И.С. Карась.



образовательных учреждений, учащиеся младшей школы, средней и старшей школы, студенты средних и высших учебных заведений. В качестве контрольной группы была обследована группа медицинских работников – врачей и среднего медицинского персонала. Предполагалось, что по сравнению с подрастающим поколением взрослые люди, имеющие профессиональную подготовку в сфере медицины, продемонстрируют значительно более высокий уровень развития самосохранительного аттитюда и поведения. Однако показатели самосохранительного поведения медицинских работников оказались наиболее низкими среди всех испытуемых, что ставит под сомнение способность системы здравоохранения полноценно выполнять роль института охраны здоровья населения страны.

Результаты осуществленной диагностики самосохранительного поведения и аттитюдов в сфере здоровья у обучающихся позволяют оценить сегодняшнюю роль системы образования в решении вопросов охраны общественного здоровья как пассивную. По мере повышения образовательной ступени показатели сформированности самосохранительного поведения ухудшаются. Наиболее благополучно, по сравнению с остальными категориями обучающихся, выглядят дошкольники. Эти данные указывают на то, что единственным звеном системы образования, где уделяется большее или меньшее внимание вопросам здоровья и формированию самосохранительных паттернов, является дошкольное образование. За счет системности и регулярности осуществляемых воздействий (постоянство режима активности и отдыха детей, организации регулярного питания, прогулок, занятий физкультурой и пр.), а также прямого внешнего контроля, достигается сравнительно высокая результативность в процессе формирования самосохранительного поведения дошкольников.

В школьном и особенно в постшкольном образовании подобные систематические воздействия отсутствуют, а внешний контроль ослабевает. При этом существенно повышается нагрузка на ребенка в связи с обучением, а значимость учебной успеваемости серьезно завышается – как педагогами, так и родителями. В итоге здоровье в системе приоритетов самого ребенка, его семьи, школы оказывается на периферийных местах, а у детей и подростков не формируются и не развиваются новые, соответствующие возрасту, установки и навыки здорового поведения.

Успехи в формировании самосохранительных паттернов, достигнутые в дошкольном возрасте, некоторое время сохраняют инерцию, что сказывается на сравнительно благополучных показателях самосохранительного поведения у младших школьников. Не находя подкрепления и развития со стороны системы образования (а также семьи и СМИ), часть уже сложившихся у школьников паттернов разрушается, часть заменяется другими, саморазрушительными. Кроме того, не происходит (или происходит недостаточно эффективно) формирования новых позитивных самосохранительных установок и поведенческих навыков, соответствующих особенностям возрастного периода. Соответственно, показатели самосохранительного поведения средних и старших школьников и студентов заметно снижаются по сравнению с младшими школьниками.

К тому же по мере взросления ребенка возрастают риски его вовлечения в саморазрушительные формы поведения (курение, употребление алкоголя и пр.), противостоять которому можно только при наличии сложившейся системы самосохранительных ценностей, диспозиций и мотивов.

Даже в случае реализации отдельных образовательных программ, направленных на предотвращение вовлечения обучающихся в проблемные формы поведения, искомый результат, как правило, не достигается. Большинство подобных программ адресованы подросткам, а то и молодым людям, многие из которых уже приобрели опыт в сфере сексуальных отношений, употреблении алкоголя, наркотиков и пр., в то время как эффективность подобного обучения возможна только при соблюдении принципов своевременности и упреждения, то есть при обучении детей задолго (желательно – за три года) до того, как они начинают приобщаться к такому опыту.

Итогом отсутствия системной целенаправленной работы по обучению детей и молодежи адекватным действиям в сфере здоровья является низкий уровень самосохранения и, что особенно важно, его негативная динамика в процессе взросления и обучения (рис. 1).

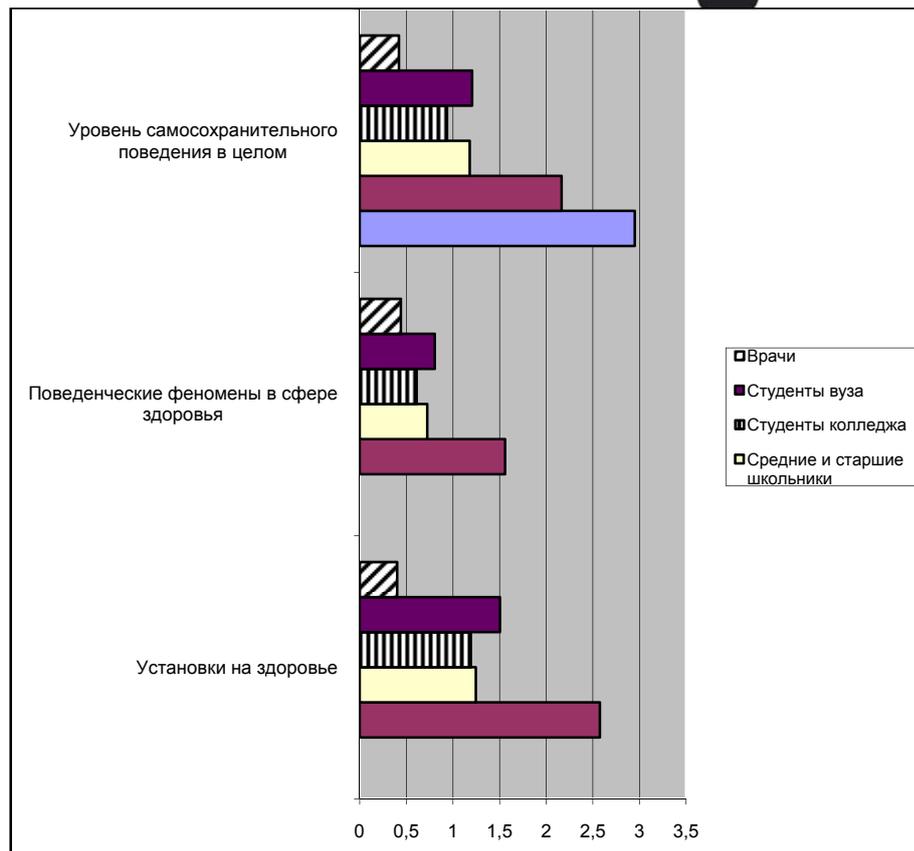
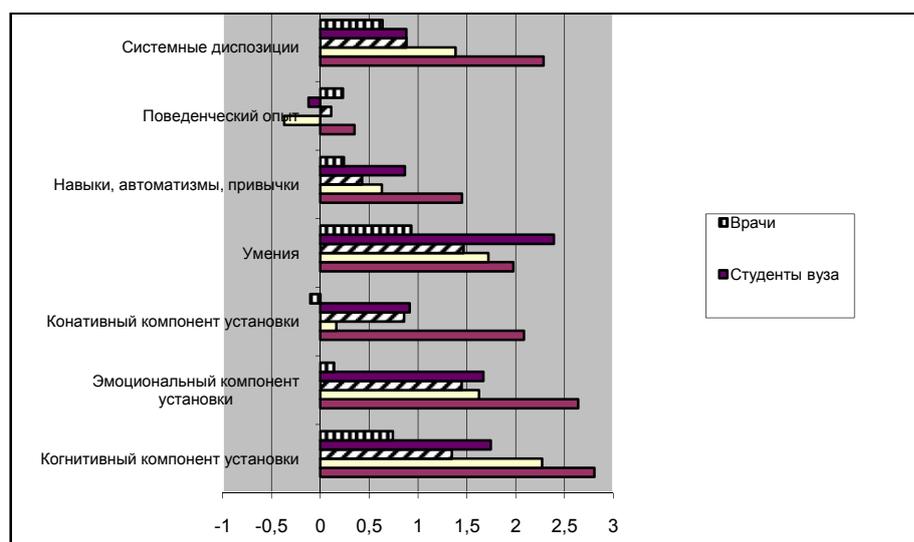


Рис. 1. Показатели развития самоохрнительных установок и поведения²

Другой важный результат проведенной диагностики — оценка развития самоохрнительного аттитюда и собственно поведенческих феноменов в сфере здоровья у обучающихся (рис. 2).

Установка на здоровье и самоохрнительное поведение у детей, подростков и юношей, обучающихся на разных уровнях образовательной системы, в целом развита слабо и отличается внутренней несбалансированностью и противоречивостью, неравномерностью в развитии отдельных компонентов аттитюда.



² Показатели варьируют в диапазоне от -4,5 до +4,5; 0 (нуль) является значением, прочерчивающим границу между собственно самоохрнительным поведением (позитивными действиями и установками в сфере здоровья) и саморазрушительным поведением (негативными действиями и установками). Показатели, попадающие в диапазон от -4,5 до 0, интерпретируются как саморазрушительное поведение, в диапазон от 0 до +4,5 — как самоохрнительное. Внутри диапазона от 0 до +4,5 выделены три интервала, характеризующие разные уровни развития самоохрнительного поведения: от 0 до 1,5 — низкий уровень ССП, от 1,5 до 3 — средний уровень ССП, от 3 до 4,5 — высокий уровень ССП.



Рис. 2. Показатели развития самосохранительного поведения по шкалам

В большинстве групп испытуемых наиболее сформированным в самосохранительной установке является когнитивный компонент, что говорит о сформированности у обучающихся определенных представлений о нормах поведения в сфере здоровья, его факторах и способах поддержания, симптомах заболеваний. Однако внутри когнитивного компонента как целостной системы взглядов на здоровье, выступающей предпосылкой самосохранительных действий, наблюдаются пробелы и противоречия. Это выражается, в частности, в значительном разбросе мнений испытуемых по одним и тем же вопросам (так, мнения девушек-студенток сильно разнятся по таким суждениям, как «половую жизнь не следует начинать раньше 18 лет», «ранняя половая жизнь не вредит здоровью», «нужно хотя бы раз в год посещать врача, даже если ты не больна» и др.), а также в сосуществовании в индивидуальном сознании верных и неверных с точки зрения самосохранения суждений (например, испытуемый убежден, что «пользоваться чужой зубной щеткой и расческой нельзя» и в то же время не считает, что «нельзя пить и есть из одной посуды с другим человеком»).

Являющийся своего рода стержнем установки, эмоциональный компонент самосохранительного аттитюда у обучающихся выражен в меньшей степени, чем когнитивный. Виды поведения, вредные для здоровья (например, «я люблю быструю езду», «меня привлекают экстремальные виды спорта»), нередко вызывают у обучающихся позитивные ощущения, а полезные – неприязнь («я боюсь лечить зубы»).

Когнитивный и эмоциональный компоненты установки нередко противоречат друг другу. Так, большинство опрошенных тинэйджеров одобряют владение человеком приемами первой медицинской помощи и при этом не знают ни телефона скорой помощи, ни телефонов и адресов учреждений, где можно пройти тест на ИППП и получить информацию о подобных заболеваниях, ни даже своей группы крови. Подобная ситуация ставит вопрос о качестве, формах и технологиях информирования обучающихся по соответствующим вопросам.

Конативный компонент установки в сфере здоровья у обучающихся сформирован наиболее слабо, что говорит об отсутствии намерения поступать с пользой для здоровья, от которого зависит уровень собственно поведения в сфере здоровья. Здоровье не является решающим фактором при выборе обучающимися того или иного способа поведения, значительно уступаая другим мотивам (об этом свидетельствуют низкие оценки по таким индикаторам, как «соблюдение режима сна и отдыха важно для меня», «я предпочитаю отдых на природе», и сравнительно высокие по таким, как «я хочу жить так, как мне нравится, ни в чем себя не ограничивая», «если у меня есть важное дело, я буду им заниматься, даже если плохо себя чувствую», «я могу выпить алкогольный напиток для того, чтобы расслабиться» и др.)

По всем компонентам самосохранительного аттитюда наблюдается негативная динамика от дошкольного и младшего школьного к юношескому возрасту. Наиболее высокий уровень развития когнитивного и эмоционального компонентов установки демонстрируют младшие школьники. К старшей школе и далее начинает ощущаться нехватка сообразных возрасту представлений о факторах здоровья и эмоционально-адекватной реакции на них (например, таких, как «умывание дает мне чувство свежести», «мне неприятен табачный дым», «я люблю бывать на свежем воздухе» и пр.).

Выступая фундаментальной предпосылкой поведения, аттитюд тем не менее не всегда релевантно реализуется в поведении. Соответственно, недостаточно развитый самосохранительный аттитюд предопределяет еще более низкий уровень развития самосохранительного поведения. Действительно, по всем группам испытуемых наблюдаются (порой значительно) более низкие показатели, характеризующие поведенческие феномены в сфере здоровья. Таким образом, в целом показатели самосохранительного поведения очень низки и только по выборке младших школьников достигают границы низких и средних значений.

Почти по всем группам испытуемых наиболее развитый элемент в структуре самосохранительного поведения – это умения. Это можно объяснить тем, что большинство подобных умений (например, полоскать горло, пользоваться градусником, разогревать пищу) формируются в дошкольном и младшем школьном возрасте, так что к молодому возрасту большинство людей ими владеют. Наибольшие трудности возникают с подросткового возраста с такими специфическими умениями, как самообследование груди у девушек, дыхательная гимнастика, гимнастика для глаз.

Крайне низкие показатели получены по шкале «поведенческий опыт». Все группы испытуемых обладают недостаточным позитивным поведенческим опытом в сфере здоровья. Немногие из опрошенных часто бывают за городом, занимаются физкультурой, с детства закаляются; но типичным является отсыпание по выходным и на каникулах. Лишь некоторые юноши успели побывать на осмотре у врача-андролога, многие при этом вообще не знают, что это за врач.



Примерно половина опрошенных девушек не бывали на профилактическом осмотре у гинеколога, не ведут учета менструаций. В то же время многие подростки и молодые люди имеют негативный опыт в сфере здоровья – пробовали курить, употребляли алкоголь и наркотики, начали половую жизнь в возрасте до 18 лет и на момент исследования имели более одного сексуального партнера.

Слабо сформированы у обучающихся самоохранные привычки, автоматизмы и навыки. Наблюдается нехватка позитивных привычек и автоматизмов в сфере здоровья – например, мыть руки с мылом дважды, чистить зубы после еды, делать зарядку по утрам и пр. Широко распространены вредные привычки: употребление еды быстрого приготовления, поздний прием пищи и позднее отправление ко сну, просмотр телевизора или чтение во время приема пищи, прослушивание громкой музыки, в том числе через наушники, и пр. Обучающихся, у которых полностью отсутствовали бы привычки, опасные для здоровья, практически нет. С возрастом «степень тяжести» привычек растет, добавляются саморазрушительные тенденции, вплоть до зависимостей («я не могу провести день без сигареты», – утверждали некоторые опрошенные подростки).

По шкале системных диспозиций, составляющих основу стратегий самосохранения личности и рассматриваемых как один из наиболее ценных результатов самоохранных социализации, – получены преимущественно низкие показатели. От младших школьников, развитие системных диспозиций которых находится на среднем уровне, к следующим ступеням образовательной системы наблюдается устойчивая тенденция к снижению показателя. Такая динамика вполне закономерна, принимая во внимание сложный характер системных диспозиций как компонентов самоохранных поведения. Они формируются на основе более сложных социальных потребностей приобщения к определенной сфере и включения в эту сферу как доминирующую среди других.

В целом анализ результатов диагностики показал наличие серьезных проблем в развитии самоохранных установок и соответствующих поведенческих практик у обучающихся. Уровень развития и установок, и поведения в сфере здоровья недостаточно высок. При этом даже более или менее сформированные установки слабо отражаются на реальном поведении, во многих случаях наблюдаются противоречия между содержанием аттитюда и поведением. По мере взросления и перехода на следующую степень образовательной системы уровень самоохранных поведения, вопреки здравому смыслу, снижается. Полученные результаты указывают на необходимость целенаправленной комплексной работы по формированию и развитию у подрастающего поколения установок и поведения в сфере здоровья средствами системы образования.

Список литературы

1. *Атлас здоровья в Европе: всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро.* М., 2004.
2. *Журавлева И. В.* Здоровье подростков: социологический анализ. М., 2002.
3. *Симаева И. Н., Алимпиева А. В.* Охрана здоровья и образование: институциональный подход. Ч. 1. Калининград, 2010.
4. *Руководство по социальной педиатрии / под ред. В. Г. Дьяченко.* Хабаровск, 2010.

Об авторе

Анна Викторовна Алимпиева – канд. социол. наук, доц., Балтийский федеральный университет им. И. Канта, e-mail: anna_alimpieva@mail.ru

About author

Dr. Anna V. Alimpieva, Associate Professor, Immanuel Kant Baltic Federal University, e-mail: anna_alimpieva@mail.ru