ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

По специальности 060109– Сестринское дело

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

### ВВЕДЕНИЕ

## Здоровье человека закладывается в детстве и определяется как возрастными особенностями растущего организма, так и влиянием на него ус­ловий окружающей среды.

## Еще в начале XX столетия известный русский педиатр Н. П. Гундобин говорил: «Задача современной медицины, в широком значении этого слова, - предупредить развитие болезни. К кому же, как ни к детям, она должна быть применена, к детям - будущим членам общества».

## Соответственно здоровье наших учащихся уже предопределено и скла­дывается из того уровня здоровья, которое дала ему семья, детский сад, шко­ла, общество. А состояние здоровья учащихся уже на протяжении десятка и более лет желает быть лучшим.

## Обоснованную тревогу вызывает состояние детей и подростков, в ча­стности, исследования проведенные Институтом возрастной физиологии РАО, позволяют констатировать, что по уровню и структуре хронической и острой заболеваемости сельские школьники мало отличаются от городских. Серьез­ные опасения вызывает резкий подъем частоты социально - обусловленных болезней, распространение экологически детерминированных заболеваний и значительно ухудшившиеся в последнее десятилетие показатели физического развития детей. Болезни, характерные для технократической цивилизации, не обошли стороной и нашу страну. Число детей и подростков, страдающих хро­ническими заболеваниями, стремительно растет. Уже при поступлении в шко­лу эти болезни выявляются у 15 - 20% детей, а к окончанию школы показате­ли увеличиваются вдвое. Наибольшее распространение и бурный рост имеют аллергические и гастроэнтерологические заболевания, что ставит перед со­временной школой еще одну сложную задачу - решение проблемы организа­ции сбалансированного питания для таких детей. С начала 1990-х годов более, чем в 3 раза увеличилось число школьников, имеющих сердечно-сосудистые заболевания.

## Взрыв наркомании и алкоголизма среди детей и подростков - началь­ные реалии, с которыми приходится ежедневно сталкиваться в процессе обу­чения и воспитания современному педагогу.

## По данным НИИ социальной гигиены, экономики и управления здраво­охранением им. Н.А. Семашко, в настоящее время национальная политика здравоохранения во многих странах мира развивается под ощутимым влияни­ем Глобальной и региональных стратегий Всемирной Организации Здраво­охранения по достижению здоровья для всех. Улучшение показателей здоро­вья в основном достигается через решение следующих реальных практиче­ских задач: укрепление и расширение приверженности населения здоровому образу жизни, снижение распространенности вредных для здоровья привычек, поведения и питания, оздоровление окружающей среды.

## Т. Williams (1975) отметил, что общество, которое игнорирует важ­ность гигиенического воспитания среди школьников и студентов, занимает очень низкую ступень по отношению к ценностям своего собственного здоро­вья, счастья и благосостояния.

## Валеологическое образование и воспитание учащихся - это в большей степени проблема медико-педагогическая, так как затрагивает вопросы фор­мирования типов поведения человека. На 8-ом Пироговском съезде врач доктор А.В. Зак отметил, что школа есть единственный путь проведения в народ и общество гигиенических сведений. Разработка программ воспитания здоровому образу жизни для подростков особо ответственна, так как предоставляет респондентам возможность воздействовать на общий потенциал своего здоро­вья.

## В настоящее время попытки позитивного воздействия на образ жизни и здоровье молодежи, предпринимаемые во многих регионах России, отлича­ются большим разнообразием. Однако существующие модели сохранения и укрепления здоровья последних в учебно-воспитательном процессе не всегда удовлетворяют требованиям валеологического и гигиенического воспитания учащихся различного возраста, а формирование здорового образа жизни не является в них приоритетным направлением. Поэтому активно идет процесс разработки методических и организационных подходов к сохранению здоро­вья обучающихся, его формированию и развитию, различных педагогических технологий, направленных на сохранение здоровья участников образователь­ного процесса, а также продолжается процесс исследования практического опыта, накопления теоретических знаний и научного обоснования здоровьесохраняющих технологий. Как и любая педагогическая технология, здоровьесохраняющая технология имеет своя целеполагание и принципы. Сохранение здоровья, индивидуальное психическое я физическое развитие обучающихся, формирование общемедицинской культуры человека я устойчивой мотивации наведение здорового образа жизни являются основными факторами здоровья в целеполагание здоровьесохраняющих технологий.

## Итак, как показывают статистика ЛПУ и данные НИИ социальной ги­гиены, экономики и управления здравоохранением проблема здоровья уча­щихся и молодежи является одной яз самых актуальных для общества в целом и для медицины и педагогики в частности.

### ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

### 1.1. Понятие здоровья и факторы, влияющие на здоровье

Существует более ста определений и подходов к понятию «здоровье». Имеющиеся в литературе определения можно классифицировать следующим образом:

1. Здоровье - это отсутствие болезней.
2. Здоровье и норма - понятия тождественные.
3. Здоровье, как единство морфологических, психоэмоциональных и социально-экономических констант.

Как указывает академик Ю.П.Лисицын (1998, 2007), общим для этих подходов является то, что здоровье понимается как нечто противоположное, отличное от болезни, то есть понятие «здоровье» до сих пор определяется через понятие «нездоровье» и зависит от распространенности тех или иных болезней. Таким образом, медицина и ее теория остаются во власти патологии. До сих пор ничтожно мало таких индексов, показателей, которые отражали бы меру и состав, качество и количество собственно здоровья - личного и общественного.

При оценке здоровья принято выделять 4 уровня:

1. здоровье отдельного человека;
2. здоровье малых социальных или этнических групп - групповое здоровье;
3. здоровье населения, как административно-территориальная единица;
4. общественное здоровье, как здоровье общества, популяции в целом.

Характеристика группового здоровья, здоровья населения, общественного здоровья в статике и динамике рассматриваются как интегральное понятие личного здоровья каждого человека в отдельности. Однако следует понимать, что это не просто сумма данных, а сумма цельно взаимосвязанных сведений, выраженных количественно-качественными показателями.

Для оценки индивидуального здоровья используется ряд весьма условных показателей: ресурсы здоровья, потенциал здоровья и баланс здоровья.

Ресурсы здоровья — это морально-функциональные и психологические возможности организма изменять баланс здоровья в положительную сторону. Повышение ресурсов здоровья обеспечивается всеми мерами здорового образа жизни (питание, физические нагрузки и т.д.)

Потенциал здоровья - это совокупность способностей индивидуума адекватно реагировать на воздействие внешних факторов. Адекватность реакций определяется состоянием компенсаторно-приспособительных систем (нервной, эндокринной и т.д.) и механизмом психической саморегуляции (психологическая защита и т.д.)

Баланс здоровья — состояние равновесия между потенциалом здоровья и действующими на него факторами.

Здоровье современного человека выступает результатом естественной эволюции вида Homo sapiens, в которой постепенно нарастающее влияние заняли социальные факторы. Их роль за 10000 лет развития цивилизации возросла во всех отношениях. Человек получает здоровье, в известном смысле, как дар природы, он унаследовал от своих животных предков природную основу, программу поведения в этом мире. Однако в процессе социализации уровень здоровья изменяется либо в одну, либо в другую сторону, законы природы проявляются в особой, неповторимой, свойственной только человеку форме. Биологическое никогда не проявляется в человеке в чисто природном виде — оно всегда опосредуется социальным.

Проблема соотношения социального и биологического в человеке - ключ к пониманию природы и характера его здоровья, его болезней, которые следует трактовать как биосоциальные категории. Здоровье и болезни человека, по сравнению с животными - это новое, опосредованное социальным качество. [31]

Здоровье человека - новое качество в сравнении с другими живыми существами на Земле. Здоровье - это способность взаимодействующих систем организма обеспечивать реализацию генетических программ, умственной деятельности, направлениях на социальную и культурную сферу жизни. Здоровье обеспечивает приспособление организма к изменяющимся условиям внутренней и внешней среды. [33]

Отправным пунктом для медико-социальной интерпретации здоровья является определение, принятое Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) в 1946 году: «Здоровье является состоянием полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Дальнейшие поиски оптимального определения привели к тому, что здоровье стало рассматриваться как степень или качество организма человека, выражающееся в его адекватном функционировании, при определенных генетических данных и условиях окружающей среды. Эти процессы отражают стремление к целостному представлению о человеке, которое неразрывно связано с пониманием интересов самой личности, и закономерно ставят вопрос о качестве жизни субъекта, а не только его выживания. Термин качество жизни впервые появился в работах социальных психологов еще в начале XX столетия и был ориентирован на оценку степени удовлетворения потребностей человека. [3]

Основными факторами здоровья являются:

1. отношение к прошлому и будущему: в значительной степени большинство негативных сторон в здоровье, сокращение продолжительности жизни за ее последние десятилетия связаны с ломкой представлений об историческом опыте человечества, игнорированием норм и правил организации жизни людей, их взаимоотношений. К этой группе факторов следует отнести, прежде всего, эволюционную и генетическую сущность человека;
2. отношение к себе как индивидууму - личности;
3. фактор личной гигиены;
4. рациональное регулирование деятельности внутренних органов имеет в виду выработку полезных для здоровья стереотипов, привычек в жизни, деятельности;
5. значение адекватной самооценки для здоровья человека велико, потому, что оно является исходным элементом для формирования эмоций, то есть соотношением результатов собственной деятельности с последствиями ее реальной ситуации, а, следовательно, со стрессом;
6. выбор интересов, профессий, видов деятельности соответствующих способностям, наклонностям и интересам, то, что называется найти себя, свое амплуа, свое место в жизни;
7. отношение к семье, коллективу, обществу.

Вообще можно говорить о трех видах здоровья: оздоровье физическом, психическом и нравственном (социальном):

- физическое здоровье - это естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем.  
Если хорошо работают все органы и системы, то и весь организм человека (система саморегулирующаяся) правильно функционирует и развивается.

- психическое здоровье - зависит от состояния головного мозга, оно характеризуется уровнем и качеством мышления, развитием внимания и памяти, степенью эмоциональной устойчивости, развитием волевых качеств.

- нравственное (социальное) здоровье - определяется теми моральными принципами, которые являются основой социальной жизни человека, т.е. жизни в определенном человеческом обществе. Отличительными признаками нравственного здоровья человека являются, прежде всего, сознательное отношение к труду, овладение сокровищами культуры, активное неприятие нравов и привычек, противоречащих нормальному образу жизни. Физически и психически здоровый человек может быть нравственным уродом, если он пренебрегает нормами морали. Поэтому социальное здоровье считается высшей мерой человеческого здоровья. Нравственно здоровым людям присущ ряд общечеловеческих качеств, которые и делают их настоящими гражданами. [33]

Для каждого человека здоровье является главной ценностью жизни. Его надо сохранять, оберегать и улучшать - это должно стать постулатом жизни каждого.

Здоровье - это один из важнейших компонентов человеческого счастья, одно из неотъемлемых прав человеческой личности, одно из условий успешного социального и экономического развития.

Итак, здоровье - состояние, которое позволяет вести человеку полноценную, не стесненную в своей свободе жизнь, полноценно выполнять свойственные человеку функции, прежде всего трудовые, вести здоровый образ жизни, то есть испытывать душевное, физическое и социальное благополучие. [4]

Факторы, влияющие на здоровье.

К сожалению, в нашей стране ответственность за всё здоровье еще не занимает значимого места в системе приоритетов отдельного человека. Социологические исследования дают право утверждать, что, несмотря на давно известные выводы Всемирной организации здравоохранения о факторах влияющих на здоровье, значительная часть населения России психологически не готова нести ответственность за своё здоровье.

На состояние здоровья влияют многочисленные факторы. Основными из них являются наследственность (20%), экология (20%), образ жизни (50%), уровень развития здравоохранения (10%) Человека с самого рождения преследуют различные болезни -гиповитаминозы и авитаминозы, анемии, ожирение, аллергозы, простудные, желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые и другие заболевания. Они омрачают жизнь и не дают человеку наслаждаться красотой и величием окружающего мира. В борьбе с этими болезнями он растрачивает свою энергию, и не остается уже сил на творчество и созидание. Человек нередко рано уходит из жизни, так и не реализовав себя полностью, не успев сделать то, для чего он появился на свет, не познав мудрость природы. И виной тому часто являются неблагоприятные факторы, преследующие его в течение всей жизни, многие из которых он создал сам для себя. [1]

Основными факторами риска для здоровья являются:

1. Некачественное, несбалансированное питание, избыточный вес.
2. Отсутствие сформированной физической активности, осознанной потребности в регулярной физической тренировке, гиподинамия, недостаточный объём оздоровительной двигательной деятельности.
3. Экологически неблагоприятные условия (труда, жилья, отдыха).
4. Беспорядочный режим труда и отдыха.
5. Недостаточные сон и восстановление, перегрузки.
6. Злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков, табакокурение.
7. Вредность «пьяного зачатия», несоблюдение норм поведения в быту, семье, отрицательное влияние на детей родителей, учителей, не соблюдающих требования здорового образа жизни.
8. Неудовлетворенность жизнью, работой, положением в семье,  
   одиночество, недостаток общения.
9. Длительная фиксация сознания на неудачах, ошибках, стрессовых  
   состояниях.
10. Вредные для здоровья эмоции (злоба, зависть, агрессивность).
11. Отсутствие или неясность цели в жизни.
12. 0тсутствие или недооценка менталитета здоровья.
13. Низкий уровень общей, нравственной, духовной, физической культуры, отсутствие здорового стиля жизни.
14. Недооценка здоровья в иерархии потребностей человека.
15. Незнание людей о возможностях укрепления здоровья или соответствующие знания не стали ля них правилом здоровой жизни.
16. Физиологические состояния, влияющие на жизнедеятельность человека (период полового созревания, климакс, старость).
17. Слабое участие средств массовой информации в активной пропаганде здоровья. [9]

Одними из важнейших отрицательных факторов в данной цепи, влияющих на здоровье, являются: нерациональное питание, гиподинамия, алкоголизм, наркомания и табакокурение.

Нерациональное питание.

В России отмечается повышенное потребление жиров и протеинов животного происхождения. На фоне низкого потребления фруктов и овощей, особенно содержащих витамины С и Е, поли-мононенасыщенные жирные кислоты и пищевые волокна. Среди малообеспеченных слоев населения отмечается дефицит йода, железа и витаминов группы В и С. Такой дисбаланс ведет, с одной стороны, к увеличению уровня холестерина в крови, с другой — ослабляет иммунную систему организма.[6]

Курение.

По мнению ряда эпидемиологов, около 40% смертей людей среднего возраста в России обусловлено заболеваниями, связанные с потреблением табака. По одному из прогнозов, в ближайшие годы от 21 до 27 миллионов мужчин из 73 миллионов, живущих в России, умрут от связанных с курением болезней. К сожалению, число курильщиков в нашей стране, в отличии от многих цивилизованных стран, не сокращается, а напротив, растет, в том числе среди женщин и детей. [6]

Злоупотребление алкоголем.

На фоне чрезмерно быстрого за последние годы распространения наркомании в стране несколько ослабло внимание государства к другой, не менее острой проблеме массовой алкоголизации населения, её размеров и совокупности отрицательных последствий. Между тем, именно здесь ныне скрыта одна из реальных угроз национальной безопасности. Будучи для России всегда, начиная с XYI века исключительно злободневным, пьянство к началу XXI века приобрело особенно болезненный для общества характер. Практически по всем своим параметрам - уровню потребления алкоголя, заболеваемости, смертности, преступности на почве злоупотребления спиртными напитками, степени подверженности алкоголизации подростковой и женской части населения - оно достигло уровня, серьезно подрывающего социально-экономические, духовно-нравственные основы жизнедеятельности общества.

Медицинские работники систематически через средства массовой информации раскрывают зловещую роль алкоголя в возникновении заболеваний. Алкоголизм, как правило, ассоциирован со всеми основными факторами риска (неправильным питанием, курением), что делает людей, злоупотребляющим алкоголем, наиболее уязвимыми для заболеваний, в том числе инфекционных, а также вызывает стойкие нарушения в клеточных звеньях иммунной системы. Алкоголизм - социальная болезнь. Каждый второй хронический алкоголик начал свой путь еще до 14 лет, а 10% - до 19 лет. Алкоголизм «помолодел». Наиболее высокая заболеваемость алкоголизмом приходится на возраст 20-22 года (31,4%) и 23-26 лет (40,4). [11]

Гиподинамия.

Низкая физическая активность также является фактором, неблагоприятно отражающимся на состоянии организма. Гиподинамия отрицательно воздействует не только на мышцы, но и на многие другие органы и физиологические системы. Составляющая основную массу тела поперечно-полосатая мускулатура с её огромной сетью периферических нервов и кровеносных сосудов оказывает влияние на костно-суставной аппарат, кровообращение, дыхание, обмен веществ, эндокринное равновесие, на деятельность нервной и других системах организма. Поэтому адекватный уровень двигательной активности гармонично формирует организм в анатомическом и функциональном отношении, во многом определяет устойчивость человека к неблагоприятным условиям окружающей среды, болезнетворным агентам. [1]

### 1.2. Социально-гигиенические аспекты здоровья молодежи

В настоящее время, по данным Всемирной организации здравоохране­ния (ВОЗ), молодые люди составляют 30% населения земного шара -1 млрд. 445 млн. человек.

Единая точка зрения в отношении классификации возрастов отсутству­ет, хотя не вызывает сомнения тот факт, что в разных возрастных группах факторы, влияющие на уровень здоровья, оказывают различное воздействие. Каждая возрастная группа отличается «персональными» характеристиками, определяемыми социальной ролью ее представителей. Исходя из общности социальных факторов, к категории молодежи большинство исследователей относит людей в возрасте от 16 до 29 лет.

Понятие молодежи как самостоятельной группы населения связано прежде всего с достигнутой на рассматриваемый исторический момент ее со­циально-экономической зрелостью, а также с совокупностью личностных особенностей и отличительных черт. Специфика группы заключается в том, что именно в этот период закладывается фундамент идейно-политических, трудовых, нравственных позиций, а также здоровья человека.

Вместе с тем для социально-демографической группы, относимой к молодежи, характерно максимальное число важнейших переходов из одной социальной среды в другую, обозначаемых психологами как дезорганизация ближайшей социальной среды. К таким переходам относятся окончание шко­лы, поступление в техникум, вуз, начало производственно-трудовой деятель­ности и т.п. В течение этого периода происходит формирование семьи, рож­дение детей, что также требует качественной перестройки всего уклада и ритма жизни.

Контингент молодежи неоднороден - это учащиеся школ, ПТУ и тех­никумов, молодые рабочие, колхозники, студенты, значительная часть инже­нерно-технического персонала, работников образования, культуры, сферы об­служивания, медицинских учреждений. Каждая из этих групп имеет специфические черты и особенности, которые требуют дифференцированного под­хода при определении форм и методов сохранения и укрепления здоровья.

С точки зрения демографической ситуации, складывающейся сегодня, следует отметить, что на протяжении ближайших 2-3 десятилетий происходит непрерывное уменьшение доли молодых в возрастной структуре населения. Иными словами, процесс демографического старения будет продолжаться, а темпы прироста общей численности населения падать.

Молодежь в возрасте 16 — 29 лет (76% населения) занята в обществен­ном производстве нашей страны, однако среди всех трудоспособных граждан уровень занятости молодежи самый низкий, так как эта группа состоит не только из работающих, но и из учащихся. Наибольшее число учащихся прихо­дится на возраст 16 — 24 года, причем почти Уз из них учится с отрывом от производства.

На долю молодых людей, сочетающих работу с учебой, выпадает зна­чительная нагрузка, которая отражается впоследствии на здоровье человека, его нервно-психическом состоянии, а в конечном счете сказывается на трудо­вом потенциале в более старших возрастах. Порой сочетание труда с учебой негативно влияет и на семейно-брачные отношения, снижает рождаемость.

Молодежь играет особую роль в формировании трудового потенциала страны. Это наиболее мобильная часть трудовых ресурсов. Именно за ее счет обновляется рабочая сила, изменяется профессиональный и образовательный состав работников, в значительной мере обеспечиваются кадрами новые про­изводства.

Молодежному контингенту принадлежит ведущая роль в миграцион­ных процессах и в перераспределении работающих между отраслями. В стра­не ежегодно меняют место жительства свыше 20 млн. человек, большую часть которых составляют лица в возрасте до 30 лет. Известно, что мигранты под­вержены большему риску заболеваний (адаптация к новому месту жительства требует определенных резервов здоровья). Для них характерны более низкая рождаемость, большая частота злоупотребления алкоголем, высокие показатели заболеваемости. Миграционная подвижность населения - важнейший де­мографический фактор, оказывающий влияние на здоровье молодежи.

Молодежь - будущее страны, но она несет ответственность и перед на­стоящим. Ее отдача обществу в условиях ускорения социально-экономического развития страны нужна уже сейчас. И только здоровая, физи­чески крепкая молодежь в состоянии справиться с возложенными на нее зада­чами.

Здоровье каждого нового поколения по всем параметрам должно быть лучше, чем предшествующего. Это непреложная истина. Вместе с тем на но­вые поколения людей, их здоровье и работоспособность действуют такие фак­торы, о существовании которых несколько десятилетий назад и не подозрева­ли. Причем различные факторы внутренней и внешней среды, провоцирую­щие возникновение или неблагоприятное течение разнообразных заболева­ний, начинают интенсивно действовать уже в молодом возрасте и обозначают­ся как факторы риска.

Научно-технический прогресс приводит к изменению условий и уско­рению темпов труда и жизни, существенно и быстро меняет окружающую че­ловека среду. Ускоряющимися темпами развивается экономика, наука, техни­ка. Рост городов, стремительно возрастающая автоматизация и механизация производственных процессов, снижение физической и повышение нервно-психической нагрузки, развитие средств транспорта и связи, информационный бум - все это вместе взятое создает новую экологическую, психологическую и социальную среду, в которой живет современный человек [Венедиктов Д.Д., 1981].

Эта среда непосредственно влияет, с одной стороны, на здоровье моло­дежи, возникновение и распространение в ее среде различных заболеваний и, с другой, - на возможности их профилактики и лечения. Таким образом, объек­тивные изменения в характере труда и жизнедеятельности людей повышают уровень требований к поддержанию, сохранению и укреплению здоровья.

Время, в котором мы живем, стало временем великих перемен и пре­образований. Переход с экстенсивного пути развития народного хозяйства на рельсы интенсивного производства сопряжен с повышением эффективности и производительности труда на каждом рабочем месте, максимальной отдачей от каждого работающего, реализацией всех имеющихся ресурсов. Изменяется роль человека в производстве, возрастает значение сложного умственного труда, расширяется возможность творческого приложения сил. В связи с этим неизбежно обострение проблем, связанных с обеспечением высокого уровня здоровья современных и будущих поколений людей, их адаптацией к быстро изменяющимся условиям социальной и природной среды.

В настоящее время молодежь сталкивается еще с одной немаловажной проблемой - это безработица.

Безработица - одна из главных причин, создающих неуверенность в жизни, ведущих к разочарованию и отчаянию, - самым непосредственным образом влияет на здоровье. Статистика свидетельствует, что рост безработи­цы на 1% влечет за собой рост самоубийств на 4,1%, а числа с душевноболь­ных на 3,4%. Однако в настоящее время действуют факторы, которые, порож­дая целый ряд проблем, оказывают влияние на состояние здоровья молодых людей безотносительно к их проживанию в различных социально- экономиче­ских формациях.

К негативным тенденциям в состоянии здоровья населения экономиче­ски развитых стран относится тенденция «омоложения» заболеваний: те бо­лезни, которые сравнительно недавно встречались лишь в старших возрастных группах теперь нередки у молодых людей. Наблюдается отчетливое снижение среднего возраста заболевающих многими хроническими болезнями, нанося­щее огромный экономический и социальный ущерб обществу.

В первую очередь это относится к сердечно-сосудистым заболеваниям. По данным ВОЗ, за 10 лет в 23 странах мира смертность от них и главным об­разом от ишемической болезни сердца возросла у молодых мужчин на 5 - 15% [Лисицын Ю. П., 1982].

Советскими учеными также отмечается значительный рост сердечно­сосудистых заболеваний в молодом возрасте. Только за одно пятилетие про­исходит увеличение их частоты в 2 - 2,5 раза [Харькова Т. Л., 1986].

Тенденция омоложения коснулась и других заболеваний, связанных с образом жизни современного человека. К их числу относятся болезни желу­дочно-кишечного тракта, эндокринной системы и др.

По материалам обследования мужчин трудоспособного возраста, стра­дающих хроническими заболеваниями, проведенного в одном из районов Мо­сквы, было установлено, что среди больных язвенной болезнью желудка и двенадцати - перстной кишки 10,7 % составляли молодые мужчины в возрасте 20 - 30 лет [Калмыков А. А., 1985].

Данное заболевание чревато ранним наступлением инвалидности, от­нимающей у людей молодого, цветущего возраста возможность полноценно жить и трудиться. Подавляющее большинство больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (73 %) первично признаются инвалида­ми в молодом, наиболее работоспособном возрасте — до 40 лет, причем каж­дый четвертый из них в возрасте до 30 лет.

Кроме язвенной болезни, значительно распространены среди молодежи желчно-каменная болезнь, хронический гастрит, дуоденит.

На протяжении последнего десятилетия выявилась тенденция к увели­чению частоты гипертонии среди студентов. Так, частота гипертонических со­стояний у студентов 1-го Московского медицинского института повысилась с 12,1 до 19,2%. Распространенность повышенного артериального давления в возрасте 10 - 17 лет составляет 9 - 15% [Карасев А. В. и др., 1985].

Главной причиной смерти молодых мужчин в экономически развитых странах являются несчастные случаи и травмы. Велико социально-экономическое значение этой, проблемы, так как основной причиной инва­лидности мужчин до 30 лет служит производственной травматизм.

При анализе обращаемости населения за медицинской помощью по возрасту и полу было выявлено, что наименьший уровень заболеваемости приходится на возраст 15 - 19 лет: 554,6 случая заболеваний на 1000 чело­век, причем у мужчин меньше, чем у женщин (соответственно 497,6 и 589,7). Однако к 20 - 24 годам уровень заболеваемости поднимается до 1086,1. Подъем происходит как у мужчин (986,6), так и у женщин (1152,4) [Харькова Т. Л., 1986].

Анализ состояния здоровья некоторых социальных групп молодежи показывает, что из 1000 учащихся ПТУ в школьников 601 являются здоровы­ми, 227 - практически здоровыми и 172 - больными, среди 1000 студентов техникумов соответственно 411, 337 и 252 и среди 1000 студентов вузов 381 здоровы, 377 практически здоровы и 242 больны.

Распространение патологических состояний среди молодежи имеет ряд закономерностей, связанных с функциональным состоянием организма, осо­бенностями образа жизни, а также организацией медицинской помощи. Среди лиц в возрасте 15 - 19 лет наиболее часто распространены болезни нервной системы в органов чувств, пищеварения в дыхания. Углубленный анализ пе­речисленных классов болезней по нозологическим формам показывает, что в возрасте 15 - 19 лет наиболее часто встречаются аномалии рефракции, паро­донтоз, кариес в другие болезни зубов, болезни опорного аппарата, гипертро­фия миндалин и хронический тонзиллит. Значительную долю в структуре со­ставляют неврозы, нетоксический зоб и тиреотоксикоз, гипертоническая бо­лезнь, воспалительные заболевания почек.

При сравнении заболеваемости по полу отмечаются значительные ко­лебания: у мужчин наиболее часто отмечаются язвенная болезнь желудка в двенадцатиперстной кишки, хронические бронхит и пневмония, инфекция по­чек, сахарный диабет, гипертоническая болезнь; у женщин - нетоксический зоб, тиреотоксикоз, дисфункция яичников, авитаминозы и другие расстрой­ства питания, гипертрофия миндалин, хронический тонзиллит.

Среди болезней мочеполовой системы у женщин значительную долю составляют хронические цервициты и другие заболевания шейки натки, ост­рые я хронические сальпингиты и оофориты, патология беременности.

В среднем в течение трудоспособного возраста каждый мужчина пе­реносит 34,9 заболевания, а каждая женщина - 36,3. Из них в возрасте 15 - 29 лет у каждого мужчины возникает 8,1 заболевания, у каждой женщины - 9,6 [Бедный М. С, 1985]. Из общего числа заболеваний в 15 - 29-летнем возрасте 25,9% у мужчин и 29,2% у женщин составляют острые респираторные заболе­вания. Доля практически здоровых лиц в возрасте 15 - 19 лет среди мужчин составляет 52% среди женщин-47,6% а в 55 - 59 лет соответственно 3,5 и 1,0% [Харькова Т. Л., 1986], что еще раз наглядно доказывает тезис о необхо­димости начала первичной профилактика большинства заболеваний в воз­можно более молодом возрасте.

Значительную роль в сдерживании клинических проявлений большин­ства заболеваний играют мощные компенсаторные и адаптивные механизмы молодого организма. Они не дают перейти факторам риска границу «здоровье — болезнь». Но как только это воздействие начинает превышать пороговые значения, возникают признаки заболевания.

Факторы риска ряда хронических заболеваний начинают формировать­ся в детском и подростковом возрасте и к 20 - 29 годам их распространен­ность резко возрастает. В этом возрасте артериальная гипертония имеется уже у 5,6% мужчин а 1,1% женщин, избыточная масса тела - у 6% мужчин и 1,1% женщин, нарушения липидного спектра крови - у 114% мужчин а 8,3% женщин, курение - у 65,2% мужчин и 21,2% женщин [Константинова О. С, 1984].

Здесь следует особо подчеркнуть, что здоровье человека в значитель­ной мере зависит от него самого. Здоровье- это та вершина, на которую дол­жен подняться сам [Брехман И. И., 1982]. Все социально-экономические пре­образования, усилия по совершенствованию медицинской помощи практиче­ски будут сведены на нет при неправильном отношении молодежи к своему здоровью.

Среди молодежи распространено ложное представление о том, что бо­лезни приходят в староста, когда активная жизнь уже позади. Роль молодых людей в поддержании и укреплении собственного здоровья сегодня мини­мальна, тем более что никаких расходов в связи с болезнью нести не прихо­дится. То обстоятельство, что государство полностью берет на себя все расхо­ды по восстановлению потерянного здоровья и его сохранению, рождает иж­дивенческую позицию. Формируется совершенно необоснованная уверенность в том, что здоровье гарантировано само по себе молодым возрастом, что лю­бые запредельные нагрузки, грубые нарушения питания, режима дня, недоста­точная физическая активность, стрессы и другие факторы риска «по плечу» молодому организму, что он справится со всеми выпавшими на его долю ис­пытаниями. Однако это далеко не так, и сегодня у молодежи все чаще и чаще отмечаются заболевания, которые раньше были уделом лиц более старшего возраста. Сама мысль о том, что здоровье не растрачивается, остается незыб­лемым, рождает абсолютно неправомочную самоуспокоенность и наносит вред здоровью молодежи.

Появился даже специальный термин - медицинская активность, озна­чающий отношение к собственному здоровью и здоровью окружающих. Ю. П. Лисицын (1998) дает следующее определение: «Под медицинской активно­стью, являющейся одним из элементов образа жизни, понимается отношение к своему здоровью и здоровью других людей, выполнение медицинских пред­писаний и назначений, посещение лечебно-профилактических учреждений и др.».

Медицинская активность как один из важнейших элементов образа жизни пряно влияет на состояние здоровья человека. При оценке воздействия на здоровье 30 различных факторов было установлено, что среди них домини­руют субъективные: отношение человека к медицинской помощи, к своему здоровью и здоровью окружающих людей.

Исследования последних лет, к сожалению, заставляют убедиться в том, что медицинская активность населения, молодежи в частности, остается крайне низкой. Причем низка она как у здоровых, так и у больных людей. Проявляется низкая медицинская активность по-разному. Например, в нежелании населения принимать участие в профилактических осмотрах. Между тем смертность среди отказавшихся от участия в медицинском обследовании на выявление ишемической болезни сердца ближе всего к таковой в группе высокого риска, что дает основание отказ от обследования расценивать как фактор риска ишемической болезни сердца [Янушкевичус 3. И., Баубинене А. В., 1980).

Безразличное или негативное отношение молодежи к профилактике болезней формируется, с одной стороны, вследствие однотипности и стан­дартности профилактических рекомендаций. С другой стороны, оно обуслов­лено явным непониманием всех грозных последствий и осложнений, возни­кающих как следствие развившегося заболевания. Например, в большинстве случаев начальная стадия ожирения самим человеком не расценивается как заболевание, осложняющееся в дальнейшем серьезными нарушениями здоро­вья. За медицинской помощью обращается всего лишь 5,5% таких больных. 18,5% больных инфарктом миокарда переносят его острую стадию «на ногах», даже не подозревая, насколько они серьезно больны [Янушкевичус 3. И., Бау­бинене А. В., 1980].

Для того чтобы отвечать современным требованиям и быть готовым к изменениям условий производства (как материального, так и духовного), мало обладать лишь высоким уровнем образования и культуры, глубокими профес­сиональными знаниями и навыками, необходимо иметь еще и крепкое здоро­вье. Без него недостижимо все остальное, поэтому здоровье должно стать для молодежи одним из приоритетов в шкале социальных ценностей.

О том, насколько реальное положение дел далеко от идеального, гово­рят результаты социологических исследований. Вот как, например, распреде­ляются ценностные ориентации рабочей молодежи: 1 - успехи в работе; 2 - хорошие отношения в коллективе; 3 - уважение со стороны товарищей; 4 - избрание в руководящие органы; 5 - высокий материальный уровень жизни; 6 - умение приносить людям пользу; 7 - высокие нравственные качества, уровень культуры; 8 - дружба с интересными людьми; 9 - успехи в творче­стве; 10 - независимость от других; 11 - хорошая семья.

Факт остается фактом - о здоровье никто не вспомнил. И только среди причин, препятствующих полному использованию возможностей досуга, на 7-е место было поставлено плохое здоровье [Алексеева В. А., 1985].

Ценностные ориентации являются компонентом не только сознания, но и поведения. От того, какие целевые установки человек реализует в своем по­ведении, зависит его образ жизни.

Научно-технический прогресс, дальнейшее ускорение социально-экономического развития нашего государства предъявляют к здоровью моло­дежи повышенные требования. Нужны более интенсивные меры по его вос­становлению, сохранению и укреплению. Учитывая, что у истоков возникно­вения многих заболеваний лежат факторы риска, связанные с образом жизни человека и управляемые им (т. е. поддающиеся целенаправленным изменени­ям), необходимо сделать важнейший вывод: мы можем воздействовать на свое здоровье, сохранять и укреплять его путем формирования соответствующего образа жизни. Мы должны вести борьбу за здоровье здоровых, за здоровый образ жизни всей молодежи.

### 1.3. Основы здорового образа жизни

Охрана собственного здоровья - это непосредственная обязанность ка­ждого, он не вправе перекладывать ее на окружающих. Ведь нередко бывает и так, что человек неправильным образом жизни, вредными привычками, гипо­динамией, перееданием уже к 20 - 30 годам доводит себя до катастрофического состояния и лишь тогда вспоминает о медицине.

Какой бы совершенной ни была медицина, она не может избавить каж­дого от всех болезней. Человек - сам творец своего здоровья, за которое надо бороться. С раннего возраста необходимо вести активный образ жизни, зака­ливаться, заниматься физкультурой и спортом, соблюдать правила личной ги­гиены, - словом, добиваться разумными путями подлинной гармонии здоро­вья.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) - это образ жизни, основанный на прин­ципах нравственности, рационально организованный, активный, трудовой, за­каливающий и, в то же время, защищающий от неблагоприятных воздействий окружающей среды, позволяющий до глубокой старости сохранять нравствен­ное, психическое и физическое здоровье.

Целостность человеческой личности проявляется, прежде всего, во взаимосвязи и взаимодействии психических и физических сил организма. Гармония психофизических сил организма повышает резервы здоровья, созда­ет условия для творческого самовыражения в различных областях нашей жиз­ни. Активный и здоровый человек надолго сохраняет молодость, продолжая созидательную деятельность, не позволяя "душе лениться". Академик Н. М. Амосов предлагает ввести новый медицинский термин "количество здоровья" для обозначения меры резервов организма.

Скажем, у человека в спокойном состоянии через легкие проходит 5-9 литров воздуха в минуту. Некоторые высокотренированные спортсмены могут произвольно в течение 10-11 минут ежеминутно пропускать через свои легкие 150 литров воздуха, т.е. с превышением нормы в 30 раз. Это и есть резерв ор­ганизма.

Возьмем сердце. И его мощность подсчитать. Есть минутные объемы сердца: количество крови в литрах, выбрасываемое в одну минуту. Предполо­жим, что в покое оно дает 4 литра в минуту, при самой энергичной физиче­ской работе - 20 литров. Значит, резерв равен 5 (20:4).

Точно также есть скрытые резервы почек, печени. Выявляются они с помощью различных нагрузочных проб. Здоровье - это количество резервов в организме, это максимальная производительность органов при сохранении ка­чественных пределов их функция.

Систему функциональных резервов организма можно разбить на под­системы:

1. Биохимические резервы (реакции обмена).
2. Физиологические резервы (на уровне клеток, органов, систем органов).
3. Психические резервы.

Возьмем, к примеру, физиологические резервы на клеточном уровне.

Прием пищи должен состоять из смешанных продуктов, являющимися источниками белков, жиров и углеводов, витаминов и минеральных веществ. Только в этом случае удается достичь сбалансированного соотношения пище­вых веществ и незаменимых факторов питания, обеспечить не только высокий уровень переваривания и всасывания пищевых веществ, но и их транспорти­ровку к тканям и клеткам, полное их усвоение на уровне клетки.

Рациональное питание обеспечивает правильный рост и формирование организма, способствует сохранению здоровья, высокой работоспособности и продлению жизни.

Лицам, страдающим хроническими заболеваниями, нужно соблюдать диету.

Немаловажное значение оказывает на здоровье и состояние окружаю­щей среды. Вмешательство человека в регулирование природных процессов не всегда приносит желаемые положительные результаты. Нарушение хотя бы одного из природных компонентов приводит в силу существующих между ними взаимосвязей к перестройке сложившейся структуры природно-территориальных компонентов. Загрязнение поверхности суши, гидросферы, атмосферы и Мирового океана, в свою очередь, сказывается на состоянии здо­ровья людей, эффект «озоновой дыры» влияет на образование злокачествен­ных опухолей, загрязнение атмосферы на состояние дыхательных путей, а за­грязнение вод - на пищеварение, резко ухудшается общее состояние здоровья человечества, снижает продолжительность жизни. Однако, здоровье, получен­ное от природы, только на 5% зависит от родителей, а на 50% - от условий, нас окружающих.

Кроме того, необходимо учитывать еще объективный фактор воздейст­вия на здоровье - наследственность. Это присущее всем организмам свойство повторять в ряду поколений одинаковые признаки и особенности развития, способность передавать от одного поколения к другому материальные струк­туры клетки, содержащие программы развития из них новых особей.

Влияют на наше здоровье и биологические ритмы. Одной из важней­ших особенностей процессов, протекающих в живом организме, является их ритмический характер.

В настоящее время установлено, что свыше трехсот процессов, проте­кающих в организме человека, подчинены суточному ритму.

Оптимальный двигательный режим - важнейшее условие здорового об­раза жизни. Его основу составляют систематические занятия физическими уп­ражнениями и спортом, эффективно решающие задачи укрепления здоровья и развития физических способностей молодежи, сохранения здоровья и двига­тельных навыков, усиления профилактики неблагоприятных возрастных из­менений. При этом физическая культура и спорт выступают как важнейшее средство воспитания.

Полезно ходить по лестнице, не пользуясь лифтом. По утверждению американских врачей каждая ступенька дарит человеку 4 секунды жизни. 70 ступенек сжигают 28 калорий.

Основными качествами, характеризующими физическое развитие че­ловека, являются сила, быстрота, ловкость, гибкость и выносливость. Совершенствование каждого из этих качеств способствует и укреплению здоро­вья, но далеко не в одинаковой мере. Можно стать очень быстрым, тренируясь в беге на короткие дистанции. Наконец, очень неплохо стать ловким и гибким, применяя гимнастические и акробатические упражнения, Однако при всем этом не удается сформировать достаточную устойчивость к болезнетворным воздействиям.

Для эффективного оздоровления и профилактики болезней необходимо тренировать и совершенствовать в первую очередь самое ценное качество - выносливость в сочетании с закаливанием и другими компонентами здорового образа жизни, что обеспечит растущему организму надежный щит против многих болезней.

В России закаливание издавна было массовым. Примером могут слу­жить деревенские бани с парными и снежными ваннами. Однако в наши дни большинство людей ничего не делают для закаливания, как самих себя, так и своих детей. Более того, многие родители из опасения простудить ребенка уже с первых дней месяцев его жизни начинают заниматься пассивной зашитой от простуды: укутывают его, закрывают форточки и т.д. Такая "забота" о детях не создает условий для хорошей адаптации к меняющейся температуре среды. Напротив, она содействует ослаблению их здоровья, что приводит к возникно­вению простудных заболеваний. Поэтому проблема поиска и разработки эф­фективных методов закаливания остается одной из важнейших. А ведь польза закаливания с раннего возраста доказана громадным практическим опытом и опирается несолидное научное обоснование.

Способ достижения гармонии человека один - систематическое вы­полнение физических упражнений. Кроме того, экспериментально доказано, что регулярные занятия физкультурой, которые рационально входят в режим труда и отдыха, способствуют не только укреплению здоровья, но и сущест­венно повышают эффективность производственной деятельности. Однако не все двигательные действия, выполняемые в быту и процессе работы, являют­ся физическими упражнениями. Ими могут быть только движения, специально подбираемые для воздействия на различные органы и системы, развития физических качеств, коррекции дефектов телосложения.

При выполнении физических упражнений организм человека реагирует на заданную нагрузку ответными реакциями. Активизируется деятельность всех органов и систем, в результате чего расходуются энергетические ресурсы, повышается подвижность нервных процессов, укрепляются мышечная и костно-связочная системы. Таким образом, улучшается физическая подготовлен­ность занимающихся и в результате этого достигается такое состояние организма, когда нагрузки переносятся легко, а бывшие ранее недоступными ре­зультаты в разных видах физических упражнений становятся нормой. У вас всегда хорошее самочувствие, желание заниматься, приподнятое настроение и хороший сон. При правильных и регулярных занятиях физическими упражне­ниями тренированность улучшается из года в год, а вы будете в хорошей фор­ме на протяжении длительного времени.

Изменения физиологических функций вызываются и другими факто­рами внешней среды и зависят от времени года, содержания в продуктах пита­ния витаминов и минеральных солей. Совокупность всех этих факторов (раз­дражителей разной эффективности) оказывает либо стимулирующее, либо уг­нетающее воздействие на самочувствие человека и протекание жизненно важ­ных процессов в его организме. Естественно, что человеку следует приспосаб­ливаться к явлениям природы и ритму их колебаний. Психофизические уп­ражнения и закаливание организма помогают человеку уменьшить зависи­мость от метеоусловий и перепадов погоды, способствуют его гармоническо­му единению с природой.

Для нормального функционирования мозга нужны не только кислород и питание, но и информация от органов чувств. Особенно стимулирует психи­ку новизна впечатлений, вызывающая положительные эмоции. Под влиянием красоты природы человек успокаивается, а это помогает ему отвлечься от обыденных мелочей. Уравновешенный, он приобретает способность смотреть вокруг себя словно сквозь увеличительное стекло. Обиды, спешка, нервозность, столь частые в нашей жизни, растворяются в великом спокойствии природы и ее бескрайних просторах.

Очень важно отметить благоприятное состояние воздушной среды при мышечной деятельности, в том числе и при занятиях физическими упражне­ниями, так как при этом увеличивается легочная вентиляция, теплообразова­ние и т. д. В спортивной практике санитарно-гигиенические исследования воздуха позволяют своевременно принять необходимые меры, обеспечиваю­щие максимальные условия для занимающихся физической культурой и спор­том.

Следует помнить, что поступление в помещение нужного количества чистого воздуха и удаление воздуха, загрязненного продуктами жизнедея­тельности важно и необходимо.

Занятия физическими упражнениями стимулирует обмен веществ, уве­личивается сила, подвижность и уравновешенность нервных процессов. В свя­зи с этим возрастает гигиеническое значение физических упражнений, если они проводятся на открытом воздухе. В этих условиях повышается их общий оздоровительный эффект, они оказывают закаливающее действие, особенно, если занятия проводятся при низких температурах воздуха. При этом улучша­ются такие показатели физического развития, как экскурсия грудной клетки, жизненная ёмкость легких. При проведении занятий в условиях холода совер­шенствуется теплорегуляционная функция, понижается чувствительность к холоду, уменьшается возможность возникновения простудных заболеваний; Помимо благоприятного воздействия холодного воздуха на здоровье отмеча­ется повышение эффективности тренировок, что объясняется большой интен­сивностью и плотностью занятий физическими упражнениями. Физические нагрузки должны нормироваться с учетом возрастных особенностей, метеоро­логических факторов.

Важный элемент здорового образа жизни - личная гигиена. Он включа­ет в себя рациональный суточный режим, уход за телом, гигиену одежды и обуви. Особое значение имеет и режим дня. При правильном и строгом его соблюдении вырабатывается четкий ритм функционирования организма. А это, в свою очередь, создает наилучшие условия для работы и восстановления. Неодинаковые условия жизни, труда и быта, индивидуальные различия людей не позволяют рекомендовать один вариант суточного режима для всех. Однако его основные положения должны соблюдаться всеми: выполнение различных видов деятельности в строго определенное время, правильное че­редование работы и отдыха, регулярное питание. Особое внимание нужно уделять сну - основному и ничем не заменимому виду отдыха. Постоянное не­досыпание опасно тем, что может вызвать истощение нервной системы, ос­лабление защитных сил организма, снижение работоспособности, ухудшение самочувствия.

### 1.4. Основные принципы распределения студентов и учащихся на медицинские группы по физической культуре

В учебных заведениях для обязательных занятия на уроках по физиче­ской культуре и внеклассных спортивных занятий всех учащихся и студентов в зависимости от состояния здоровья и физического развития распределяют на три группы: основную, подготовительную и специальную.

К основной медицинской группе относят учащихся и студентов без от­клонений в состоянии здоровья и физическом развитии, а также с незначи­тельными отклонениями, но не отстающих от своих сверстников в физической подготовленности. Учащимся и студентам этой группы разрешают занятия в полном объеме по учебной программе физического воспитания, подготовке и сдаче норм соответствующего комплекса БГТО и ГТО, тренировки и соревно­вания в каком-либо виде спорта. При этом надо учитывать противопоказания к отдельным видам спорта. Например, при нарушениях осанки и не прогресси­рующих функциональных сколиозах (1 степень) не следует заниматься вело­спортом, боксом и греблей; при перфорации барабанной перепонка противо­показаны водные виды спорта, при близорукости нельзя заниматься веломото-спортом, боксом, прыжками в воду и на лыжах с трамплина, горнолыжным спортом и тяжелой атлетикой, при ожирении не рекомендуются прыжки в длину и высоту, спринтерский бег, акробатика, спортивная и художественная гимнастика.

К подготовительной медицинской группе относят учащихся и студен­тов, имеющих отклонения в состоянии здоровья или физическом развитии без выраженных функциональных нарушений, но не имеющих достаточной физи­ческой подготовленности для выполнения программы физического воспита­ния в обусловленные сроки, являющимися противопоказанием к участию в спортивных соревнованиях. Учащиеся и студенты этой группы посещают уро­ки по физической культуре в соответствии с учебным расписанием вместе с учащимися и студентами основной группы, но физическая нагрузка при выполнении интенсивных физических упражнений (бег, прыжки и др.) для них снижается. Сроки сдачи учебных нормативов и нормативов соответствующей ступени комплекса БГТО или ГТО удлиняют. Они не участвуют в спортивных соревнованиях. С ними проводят дополнительные физкультурные занятия по общеукрепляющей методике и другие оздоровительные и лечебные мероприя­тия. При улучшении общего состояния и физической подготовленности уча­щихся и студентов после дополнительного медицинского обследования пере­водят в основную группу.

К специальной медицинской группе относят учащихся и студентов со значительными отклонениями постоянного или временного характера в со­стоянии здоровья или физическом развитии, являющимися противопоказани­ем к занятиям физической культурой по учебной программе, но не препятст­вующими посещению школы и выполнению общеобразовательной програм­мы. Физкультурные занятия с учащимися и студентами специальной группы проводят во внеурочное время по особому расписанию в соответствии со спе­циальными программами, учитывающими характер и степень отклонений в состоянии здоровья и физическом развитии, или они посещают занятия лечеб­ной гимнастикой в медицинских учреждениях. По мере улучшения здоровья и физической подготовленности их можно переводить в подготовительную, а затем в основную группу. После перенесенных острых заболеваний и травм необходимо временное полное освобождение от физкультурных занятий, ко­торые следует заменить лечебной гимнастикой. Сроки возобновления физ­культурных занятий зависят от тяжести заболевания, решаются строго инди­видуально и колеблются от одной недели до нескольких месяцев.

### 1.5. Состояние здоровья студентов, обучающихся в медицинских

### учебных заведениях

Важнейшей составной частью социальной и экономической стратегии государства является подготовка высококвалифицированных кадров для различных отраслей народного хозяйства. Успешное решение данной проблемы во многом зависит от состояния здоровья и работоспособности студенческой молодежи.

В настоящее время, по данным ВОЗ, молодые люди составляют 30% населения земного шара - 1 млрд. 445 млн. человек.

Единая точка зрения в классификации возрастов отсутствует, хотя не вызывает сомнения тот факт, что в разных возрастных группах факторы, влияющие на уровень здоровья, оказывают различное воздействие. Каждая возрастная группа отличается «персональными» характеристиками, определяемыми социальной ролью ее представителей. Исходя из общности социальных факторов, к категории молодежи большинство исследователей относит людей в возрасте от 16 до 29 лет. [3]

Понятие молодежи как самостоятельной группы населения связано, прежде всего, с достигнутой на рассматриваемый исторический момент ее социально-экономической зрелостью, а также совокупностью личностных особенностей и отличительный черт. Специфика группы заключается в том, что именно в этот период закладывается фундамент идейно-политических, трудовых, нравственных позиций, а также здоровья.

Вместе с тем для социально-демографической группы, относимой к молодежи, характерно максимальное число важнейших переходов из одной социальной среды в другую, обозначаемых психологами как дезорганизация ближайшей социальной среды. К таким переходам относятся окончание школы, поступление в учебные заведения, начало производственно-трудовой деятельности. В течение этого периода происходит формирование семьи, рождение детей, что также требует качественной перестройки всего уклада и ритма жизни. Контингент молодежи неоднороден - это учащиеся школ, училищ, молодые рабочие, работники образования, культуры, сферы обслуживания, медицинских учреждений. Каждая из этих групп имеет специфические черты и особенности, которые требуют дифференцированного подхода при определении форм и методов сохранения и укрепления здоровья. [10]

С точки зрения демографической ситуации, складывающейся сегодня, следует отметить, что на протяжении ближайших 2-3 десятилетий происходит непрерывное уменьшение доли молодых в возрастной группе населения. Иными словами, процесс демографического старения будет продолжаться, а темпы прироста общей численности населения падать.

Молодежь — будущее страны, но она несет ответственность и перед настоящим. Её отдача обществу в условиях ускорения социально-экономического развития страны нужна уже сейчас. И только здоровая, физически крепкая молодежь в состоянии справиться с возложенными на нее задачами.

Научно-технический прогресс приводит к изменению условий и ускорению темпов труда и жизни, существенно и быстро меняет окружающую человека среду. Ускоряющимися темпами развивается экономика, наука, медицина, техника. Рост городов, стремительно возникающая автоматизация и механизация производственных процессов, снижение физической и повышение нервно-психической нагрузки, развитие средств транспорта и связи, информационный бум - всё это вместе взятое создаёт новую экологическую, психологическую и социальную среду, в которой живет современный человек.

Эта среда непосредственно влияет, с одной стороны, на здоровье молодежи, возникновение и распространение в её среде различных заболеваний и, с другой стороны - на возможности их профилактики и лечения. Таким образом, объективные изменения в характере труда и жизнедеятельности людей повышают уровень требований к поддержанию, сохранению и укреплению здоровья. [5]

Отечественную систему образования и воспитания можно сегодня в целом охарактеризовать как кризисную. Из сферы политики и экономики кризис перешёл в область культуры, образования и воспитания. Успех обучения и воспитания во многом обусловлен функциональными и адаптивными возможностями организма, уровнем физической и умственной работоспособности, состоянием здоровья обучающихся.

Анализ состояния здоровья некоторых социальных групп молодёжи показывает, что из 1000 учащихся ПТУ и школьников 601 являются здоровыми, 227 - практически здоровыми и 172 - больными, среди студентов техникумов соответственно 411, 337 и 252 и среди студентов вузов 381 здоровы, 377 практически здоровы и 242 больны.

Распространение патологических состояний среди молодежи имеет ряд закономерностей, связанных с функциональным состоянием организма, особенностями образа жизни, а также организацией медицинской помощи. Среди лиц в возрасте 15-19 лет наиболее часто распространены болезни нервной системы и органов чувств, пищеварения и дыхания. Углубленный анализ перечисленных классов болезней по нозологическим формам показывает, что в возрасте 15-19 лет наиболее часто встречаются аномалии рефракции, пародонтоз, кариес и другие болезни зубов, болезни опорного аппарата, гипертрофия миндалин и хронический тонзиллит. Значительную долю в структуре составляют неврозы, нетоксический зоб и тиреотоксикоз, гипертоническая болезнь, воспалительные заболевания почек. [16]

В настоящее время, абитуриенты, поступающие в средние учебные  
заведения «тестируются» на вступительных экзаменах только интеллектуально, без учёта состояния здоровья и физического развития. В такой ситуации физическая подготовленность личности нивелируется, в результате чего набор студентов неоднороден по состоянию здоровья. Поэтому чрезвычайно важно является совершенствование диспансерного наблюдения с применением различных форм скрининга, разработкой научно- обоснованных прогнозов, ранней диагностики состояния предболезни и определение адаптационных возможностей организма.

Студенческая молодежь выделяется как особая профессиональная группа. Информационные и эмоциональные перегрузки, которым они подвергаются на фоне ухудшения социальных условий и снижения долей физической активности в распорядке дня, приводят к срыву адаптационных процессов, а за этим и к возникновению различных изменений в состоянии здоровья. Поэтому в свете проблемы мониторинга здоровья, прогнозирования его состояния, остается насущным вопрос о стандартизации его показателей, о количественной оценке адаптивных возможностей организма, о выявлении факторов, влияющих на формирование здоровья. [10]

Высокий уровень заболеваемость, склонность к хронизации ряда болезней, обилие факторов, негативно влияющих на состояние здоровья студентов в современных неблагоприятных условиях, обусловливают необходимость совершенствования системы профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий на всех этапах медицинского обслуживания студенчества (здравпункт, студенческая поликлиника, стационар) с учётом различий в уровнях здоровья, условиях обучения, образе и условиях жизни юношей и девушек.

Анализ литературы по проблеме охраны здоровья студентов позволил установить, что в настоящее время не выработано единого методического подхода к вопросам организации медицинского обслуживания студенчества. Утвержденное Минздравом «Положение о городской поликлинике, оказывающей помощь студентам высших и средних специальных учебных заведений» (1985 г.), к сожалению, не акцентирует внимания на структуре прикрепленных контингентов, что ведет к вольному комплектованию их при организации таких ЛПУ.

Таким образом, на сегодняшний день нет единого организационного подхода к структуре студенческих здравпунктов, поликлиник и больниц. Как показывает практика, такие ЛПУ создаются по принципу и подобию территориальных, обслуживающих взрослое население. Вследствие того, что не в полной мере учитывается возрастная специфика рассматриваемого контингента, лечебно-профилактические и оздоровительные мероприятия, проводимые данными учреждениями в отношении студентов, не всегда достигают поставленных целей. [14]

В настоящее время выделяют несколько причин неблагоприятной динамики состояния здоровья студентов. К ним относят факторы (рис 2), которые определяют влияние образовательной среды учебного заведения на здоровье студентов, потому что:

1)70,0% времени бодрствования студенты проводят в образовательном учреждении;

2) эти влияния длительны, систематичны и непрерывны. ХХ24ЪХ

# Учащийся

# **Учащийся**

Рис. 2 Факторы, определяющие влияние образовательной среды, на здоровье студентов

Анализ результатов медицинских осмотров, проведенных до поступления в ВУЗ, показывает, что в среднем у каждого будущего студента было 1,6 заболеваний, зарегистрированных в детские и школьные годы. В структуре указанной патологии ведущую роль играют болезни органов дыхания, на которые приходится половина от общего количества зарегистрированных при профилактических осмотрах заболеваний. Второе ранговое место занимают инфекционные болезни, которыми в школьном возрасте переболел каждый восьмой студент. Далее идут болезни органов пищеварения, глаз и придаточного аппарата, а также травмы. Что касается заболеваемости студентов в периоде обучения, то её уровень является сравнительно низким. Так, заболеваемость по обращаемости студентов на 1 - 3-х курсах составляет 295,0 случаев на 1000 человек. В её структуре основное место отведено также болезням органов дыхания. На этом фоне отмечается постепенное увеличение частоты заболеваний органов пищеварения, мочеполовой системы, болезней крови и эндокринной системы.

Особое место в исследовании заболеваемости занимают взаимосвязи между занятиями спортом, состоянием здоровья и успеваемостью студентов. Полученные данные свидетельствуют о том, что большинство из них (две трети) достаточно здоровы для того, чтобы посещать основные группы занятий физкультурой. Тем не менее каждый третий студент является носителем хронического заболевания, позволяющего ему посещать только группу ЛФК. Согласно полученным данным, 64,7% обследованных студентов вообще не занимаются спортом.

Исследование особенностей образа жизни показало, что курят 28,4% опрошенных студентов, а злоупотребляют спиртными напитками - 36%. Тревожность этой, информации повышается при сравнении с другими компонентами здорового образа жизни: занимаются физическими упражнениями, делают зарядку только 20,5% опрошенных, посещают спортивные секции - 6,8%, занимаются бегом, трусцой - 2,5%, стараются соблюдать режим дня — 17,8%, следят за своим питанием — 14,5%, регулярно консультируются с врачом - 8,3%. Согласно результатам исследования, причина наличия вредных привычек студентов - стрессы, вызванные перегруженностью учебных программ, неустроенность быта и досуга, отсутствием нормальных механизмов релаксации, крайне необходимых при такой интенсивной работе, какой является усвоение современных учебных программ.

Здоровье человека - сложный феномен, изменяющийся под влиянием большого количества взаимосвязанных факторов, действие многих из которых до сих пор недостаточно оценено количественно. Обобщение результатов исследований, проведенных другими авторами, позволяет выделить 6 основных факторов, способных оказать неблагоприятное воздействие на уровень и динамику заболеваний студентов: это перенесенные раннее заболевания; бытовые условия; место жительства; физическое развитие; курение; употребление алкоголя. [20]

### ГЛАВА II. Материалы и методы исследования

Цель исследования – изучить состояние здоровья, выявить влияние социально-гигиенических факторов и образа жизни студентов ИГМА.

Задачи:

1. изучить заболеваемость по обращаемости, по данным медосмотров;
2. проанализировать изменения состояния здоровья студентов с I по VI курс.
3. изучить медицинскую активность студентов и некоторые факторы образа жизни.

Вопрос об определении необходимого числа наблюдений при проведении выборочного статистического исследования имеет важное значение. От правильного решения этого вопроса зависит итог исследования в целом, а также сроки его проведения, потребности в силах и средствах для его осуществления. Решение этого вопроса – непременная составная часть организационного плана исследования.

Объект исследования – студенты Ижевской государственной медицинской академии, все параллели с 1-го по 6 курс, n = 481.

Методы исследования:

1. выкопировка данных из первичной отчетной документации («медицинская карта студента»);
2. социологический опрос осуществлялся по анкетам (приложение 1).
3. статистическая обработка материала:

* расчет относительных, интенсивных, экстенсивных показателей, средних величин;
* вычисление средней ошибки относительной величины по формуле:

где p – величина показателя, для которого определяется m%, а q= 100-p, n – число наблюдений.

Вычисление оценки достоверности разности показателей осуществлялось по критерию Стьюдента:

1. Сравнительный метод.

Исследование проводилось по материалам за 3 года с 2003 – 2005 гг. в процессе отбора данных использовались как сплошное, так и выборочное исследования.

Отбор респондентов для опроса по анкете проводился путем случайной выборки.

### Глава III. Заболеваемость и медицинская активность и некоторые факторы образа жизни студентов ИГМА

### 3.1. Анализ заболеваемости населения Удмуртской Республики

Заболеваемость населения является одним из основных показателей общественного здоровья. Ежегодно в нашей республике регистрируется более 2,5 млн. случаев заболеваний населения острыми и хроническими заболеваниями, из которых около 1,5 млн. с впервые установленным диагнозом. В динамике за последние три года уровень общей заболеваемости на 14,6%, а первичной – на 5,3%.

Уровень общей заболеваемости, по данным обращаемости населения в лечебно-профилактические учреждения в 2004 году стал несколько ниже, чем в 2003, и составил 1841,2 на 1000 населения.

Динамика уровня общей заболеваемости населения Удмуртской Республики представлена в таблице 1.

Таблица 1

Заболеваемость населения Удмуртской Республики

за 2003 – 2004 гг. (на 1000 населения)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Всего | | в том числе | | | | | |
| Дети | | Подростки | | Взрослые | |
| 2003 г. | 2004 г. | 2003 г. | 2004 г. | 2003 г. | 2004 г. | 2003 г. | 2004 г. |
| Общая заболеваемость | 1856,6 | 1841,2 | 2737,8 | 2717,4 | 2226,7 | 2169,1 | 1609,4 | 1612,8 |
| В т.ч. с диагнозом, установленным впервые в жизни | 969,4 | 940,7 | 2141,1 | 2135,3 | 1382,4 | 1326,4 | 650,3 | 634,1 |
| Общая заболеваемость по России | 1411,3 | н.с. | 2084,4 | н.с. | 1733,9 | н.с. | 1252,3 | н.с. |

Общая заболеваемость в целом по республике в 2004 году по сравнению с 2003 годом изменилась незначительно – уменьшилась на 0,7%. Заболеваемость детей, подростов и взрослых – соответственно на 0,7%, 2,6% и 0,2%.

Структура общей и первичной заболеваемости по Удмуртской Республике представлена в таблице 2.

Таблица 2

Общая и первичная заболеваемость по Удмуртской Республике по классам болезней (на 1000 населения)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2002 год | | 2003 год | | 2004 год | |
| Общая заболеваемость | Первичная заболеваемость | Общая заболеваемость | Первичная заболеваемость | Общая заболеваемость | Первичная заболеваемость |
| Инфекционные и паразитарные болезни | 4,8 | 6,4 | 4,9 | 6,5 | 4,2 | 6,0 |
| Новообразования | 2,0 | 0,9 | 1,9 | 0,9 | 2,1 | 1,0 |
| Болезни эндокринной системы | 1,9 | 0,6 | 1,8 | 0,6 | 1,9 | 0,7 |
| Болезни крови и кроветворных органов | 0,6 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,6 | 0,5 |
| Психические расстройства | 3,6 | 0,9 | 3,4 | 0,8 | 3,5 | 0,7 |
| Болезни нервной системы | 4,0 | 2,1 | 3,6 | 1,9 | 3,5 | 1,9 |
| Болезни глаз | 7,7 | 3,6 | 7,7 | 3,3 | 7,8 | 3,2 |
| Болезни уха | 2,9 | 3,3 | 2,7 | 2,9 | 3,0 | 3,3 |
| Болезни системы кровообращения | 8,4 | 1,6 | 9,2 | 1,8 | 10,0 | 2,0 |
| Болезни органов дыхания | 28,1 | 43,5 | 28,5 | 44,3 | 26,8 | 43,4 |
| Болезни органов пищеварения | 6,3 | 3,3 | 6,4 | 3,2 | 6,4 | 3,2 |
| Болезни мочеполовой системы | 7,1 | 5,4 | 6,8 | 4,6 | 7,4 | 4,9 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Болезни кожи и подкожной клетчатки | 4,6 | 6,7 | 5,0 | 7,2 | 5,3 | 8,1 |
| Болезни косно-мышечной системы | 7,5 | 3,3 | 7,4 | 3,2 | 7,7 | 3,2 |
| Травмы и отравления | 6,5 | 11,9 | 6,4 | 12,0 | 6,2 | 11,9 |

Анализируя показатели данной таблицы, мы видим, что ведущее место по Удмуртской Республике занимают заболевания органов дыхания, заболевания глаз и системы кровообращения и частота случаев этой патологии отчетливо нарастает.

### 3.2. Заболеваемость студентов ИГМА по данным обращаемости

Результаты, полученные в итоге выкопировки данных из амбулаторной карты студента представлены в таблице 3.

Таблица 3

Заболеваемость студентов ИГМА

по данным обращаемости (на 1000 студентов)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Классы болезней | 2003 год | | 2004 год | | 2005 год | |
| Абс. | p+m | Абс. | p+m | Абс. | p+m |
| Болезни эндокринной системы | 12 |  | 13 |  | 15 |  |
| Болезни крови и кроветворных органов | 1 |  | 2 |  | 1 |  |
| Болезни нервной системы | 21 |  | 25 |  | 31 |  |
| Болезни глаза | 15 |  | 13 |  | 15 |  |
| Болезни органов дыхания | 298 |  | 319 |  | 354 |  |
| Болезни органов пищеварения | 271 |  | 265 |  | 275 |  |
| Болезни ССС | 16 |  | 19 |  | 21 |  |
| Болезни мочеполовой системы | 29 |  | 35 |  | 36 |  |
| Болезни кожи и подкожной клетчатки | 10 |  | 9 |  | 11 |  |
| Болезни костно-мышечной системы | 13 |  | 11 |  | 14 |  |
| ЛОР-заболевания | 35 |  | 49 |  | 45 |  |
| Инфекционные заболевания | 3 |  | 2 |  | 25 |  |
| Травмы и отравления | 9 |  | 11 |  | 12 |  |
| Всего | 733 |  | 773 |  | 855 |  |

Уровень заболеваемости по данным обращаемости имеет тенденцию к росту. Приведенные данные за последние три года свидетельствуют о том, что на первом месте стоят заболевания органов дыхания (41,4%), на втором месте – заболевания органов пищеварения (34,8%), на третьем месте – заболевания мочеполовой системы и ЛОР-заболевания (\_\_). Увеличилось число обращений по инфекционным заболеваниям в виду вспышки в 2005 году краснухи. Также увеличивается частота обращений неврологических заболеваний и заболеваний сердечно-сосудистой системы. Таким образом, здоровье наших студентов находится в очень плачевном состоянии.

Рассмотрим более подробно структуру заболеваний студентов 1 – 6 курсов ИГМА за 2005 год (табл.4). Как видно из приведенной таблицы обращаемость студентов старших курсов выше, т.е. можно сделать вывод, что к 6-му курсу состояние их здоровья ухудшается.

# Таблица 4

Структура заболеваний студентов ИГМА за 2005 год (на 100 осмотренных)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 курс | | 2 курс | | 3 курс | | 4 курс | | 5 курс | | 6 курс | |
| Абс. | p+m (%) | Абс. | p+m (%) | Абс. | p+m (%) | Абс. | p+m (%) | Абс. | p+m (%) | Абс. | p+m (%) |
| Болезни эндокринной системы | 0 | 0 | 2 | 1,6+1,1 | 3 | 2,3+1,3 | 3 | 2,1+1,2 | 4 | 2,5+1,2 | 3 | 1,9+1,1 |
| Болезни крови и кроветворных органов | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,8+0,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Болезни нервной системы | 2 | 1,5+1,0 | 4 | 3,2+1,6 | 3 | 2,3+1,3 | 7 | 4,8+1,8 | 6 | 3,8+1,5 | 9 | 5,6+1,8 |
| Болезни глаза | 2 | 1,5+1,0 | 1 | 0,8+0,8 | 1 | 0,8+0,8 | 4 | 2,7+1,3 | 3 | 1,9+1,1 | 4 | 2,5+1,2 |
| Болезни органов дыхания | 49 | 36,6+4,2 | 54 | 42,8+4,4 | 61 | 46,9+4,4 | 65 | 44,5+4,1 | 60 | 37,7+3,8 | 65 | 40,6+3,9 |
| Болезни органов пищеварения | 36 | 26,9+3,8 | 41 | 32,5+4,2 | 40 | 30,8+4,0 | 47 | 32,2+3,9 | 62 | 39,0+3,9 | 49 | 30,6+3,6 |
| Болезни ССС | 6 | 4,5+1,8 | 3 | 2,9+1,5 | 2 | 1,5+1,1 | 3 | 2,1+1,2 | 4 | 2,5+1,2 | 3 | 1,9+1,1 |
| Болезни мочеполовой системы | 6 | 4,5+1,8 | 5 | 4,0+1,7 | 7 | 5,4+2,0 | 6 | 4,1+1,6 | 6 | 3,8+1,5 | 6 | 3,8+1,5 |
| Болезни кожи и подкожной клетчатки | 2 | 1,5+1,0 | 1 | 0,8+0,8 | 2 | 1,5+1,1 | 2 | 1,4+1,0 | 0 | 0 | 4 | 2,5+1,2 |
| Болезни костно-мышечной системы | 3 | 2,2+1,3 | 1 | 0,8+0,8 | 1 | 0,8+0,8 | 4 | 2,7+1,3 | 2 | 1,3+0,9 | 3 | 1,9+1,1 |
| ЛОР-заболевания | 6 | 4,5+1,8 | 7 | 5,6+2,0 | 7 | 5,4+2,0 | 4 | 2,7+1,3 | 10 | 6,3+1,9 | 11 | 6,9+2,0 |
| Инфекционные заболевания | 18 | 13,4+2,9 | 3 | 2,9+1,5 | 1 | 0,8+0,8 | 0 | 0 | 1 | 0,6+0,6 | 2 | 1,3+0,9 |
| Травмы и отравления | 4 | 3,0+1,5 | 4 | 3,2+1,6 | 1 | 0,8+0,8 | 1 | 0,7+0,7 | 1 | 0,6+0,6 | 1 | 0,6+0,6 |
| В с е г о | 134 | 100 | 126 |  | 130 |  | 146 |  | 159 |  | 160 |  |

### 3.2. Анализ заболеваемости по данным медицинских осмотров

В Ижевской государственной медицинской академии обучается 2221 студент, из них на лечебном факультете 1328 студентов, педиатрическом факультете – 508 студентов, стоматологическом – 385 студентов. Из общего числа сельские студенты составили 25%.

Очень важно своевременно выявить учащихся, имеющих отклонения в состоянии здоровья, которые еще не носят необратимый характер, но снижают физическую активность, работоспособность, задерживают развитие организма. Раннее обнаружение патологических состояний, систематическое наблюдение за студентами, имеющими отклонения в состоянии здоровья, осуществляется ежегодно на профилактических осмотрах и в течение года закрепленным за студентами специалистом. Приведенные данные в таблице 5 характеризуют структуру заболеваний студентов ИГМА.

Таблица 5

Распределение выявленных заболеваний среди студентов ИГМА (на 100 осмотренных)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Классы болезней | 2003 год | | | 2004 год | | | 2005 год | | |
| всего | абс. | p+m (%) | всего | абс. | p+m (%) | Всего | абс. | p+m (%) |
| Болезни эндокринной системы | 2127 | 135 | 6,3+0,5 | 2148 | 84 | 3,9+0,4 | 2221 | 114 | 5,1+0,5 |
| Болезни нервной системы | 2127 | 108 | 5,1+0,5 | 2148 | 100 | 4,6+0,4 | 2221 | 115 | 5,2+0,5 |
| Болезни глаза | 2127 | 574 | 27,0+0,1 | 2148 | 598 | 27,8+0,1 | 2221 | 603 | 27,1+0,9 |
| Терапевтические болезни | 2127 | 1802 | 84,7+0,8 | 2148 | 1090 | 50,7+1,1 | 2221 | 1446 | 65,1+1,0 |
| Болезни мочеполовой системы | 2127 | 414 | 19,5+0,8 | 2148 | 462 | 21,5+0,9 | 2221 | 438 | 19,7+0,8 |
| Болезни кожи и подкожной клетчатки | 2127 | 54 | 2,5+0,3 | 2148 | 114 | 5,3+0,5 | 2221 | 91 | 4,1+0,4 |
| Болезни костно-мышечной системы | 2127 | 294 | 18,5+0,8 | 2148 | 306 | 14,2+0,7 | 2221 | 355 | 16,0+0,8 |

Ведущее место у студентов среди заболеваний занимает терапевтическая патология – это, в основном, заболевания органов дыхания, органов пищеварения и заболевания органов системы кровообращения. На втором месте – болезни глаз, на третьем месте – болезни мочеполовой системы.

Данные актов медицинских осмотров студентов за последние два года (2003, 2004) обнаруживают рост хронических заболеваний среди студентов, что видно на диаграмме.

Преобладающими в структуре заболеваний являются заболевания пищеварительной системы (28%), на втором месте – заболевания мочеполовой системы (16,2%), на третьем месте – заболевания дыхательной системы (13,5%)

Для оценки здоровья молодежи есть четыре критерия: наличие или отсутствие хронических заболеваний, уровень функционирования основных систем организма, степень сопротивляемости неблагоприятным воздействиям, уровень физического развития и степень его гармоничности.

Сегодня большой процент молодежи имеет отклонения в состоянии здоровья. Это острые респираторные вирусные инфекции, ангины, хронический тонзилит, аллергические заболевания, нарушения зрения, функций опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечные заболевания, невриты, болезни сердечно-сосудистой системы и т.п.

Выделяют следующие группы здоровья:

Группа I – здоровые, не имеющие хронических заболеваний, соответствующим возрасту физическим развитием. Редко болеют;

Группа II – здоровые, с морфофункциональными отклонениями, без хронически заболеваний, но имеющие отклонения в физическом развитии;

Группа III – больные хроническими заболеваниями в стадии компенсации, редко болеют острыми заболеваниями, хорошо себя чувствуют, имеют высокую работоспособность;

Группа IV – больные с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации, часто болеющие, со сниженной работоспособностью;

Группа V – больные с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации. Обычно с такой патологией больные находятся в специальных лечебных учреждениях.

Для первой группы здоровья учебная, трудовая и спортивная деятельность организуется без каких-либо ограничений в соответствии с программами.

Учащиеся второй группы здоровья нуждаются в повышенном внимании со стороны врачей, как группа риска. С ними необходимо проводить закаливание, занятия физкультурой, диетотерапию, соблюдать рациональный режим дня.

Учащиеся третьей, четвертой и пятой групп здоровья должны находиться под постоянным наблюдением врачей. Их двигательный режим ограничен, удлиняется продолжительность ночного отдыха и сна. К сожалению, учебный процесс не может дать такой возможности нашим студентам.

### 3.3. Медицинская активность и некоторые стороны образа жизни

### студентов ИГМА

По определению Всемирной организации здравоохранения «Здоровье – это состояние физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Поэтому далее мы изучили влияние данных факторов на состояние здоровья студентов, использовав холистический подход к здоровью студентов на основе пяти основных компонентов: физическое здоровье (питание, сон-отдых, наличие заболеваний, отношение к сексу), духовное здоровье (самореализация, планы на будущее), социальное здоровье, интеллектуальное здоровье (образование, досуг), эмоциональное здоровье.

### 3.3.1. Физическое здоровье студентов и медицинская активность

Распределение респондентов по возрастным группам таково: до 18 лет – 14 человек включительно, 18-20 лет – 227 человек, 21-25 лет – 175 человек, старше 25 лет – 21 человек (таблица 6). Из них юношей – 197, девушек – 240.

Таблица 6

Распределение респондентов по возрастным группам

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Всего | | | |
| Юноши | | Девушки | |
| абс. | p+m (%) | абс. | p+m (%) |
| До 18 лет | 4 | 2,0+1,0 | 10 | 4,2+1,3 |
| 18 – 20 лет | 170 | 86,3+2,4 | 57 | 23,8+2,7 |
| 21 – 25 лет | 17 | 8,6+2,0 | 158 | 65,8+3,1 |
| Старше 25 лет | 6 | 3,0+1,2 | 15 | 6,2+1,6 |
| Всего | 197 | 100 | 240 | 100 |

При субъективной оценке состояния своего здоровья считают себя практически здоровыми 22,0+3,6% юношей-студентов и 14,9+1,9% девушек, часто болеют (более двух раз в год) – 17,4+3,3% и 21,1+2,2% соответственно, редко болеют (менее двух раз в год) – 43,2+4,3% и 35,7+2,6% соответственно. Имеют хронические заболевания 17,4+3,3% и 28,4+2,4% соответственно (таблица 7). Из них состоит на диспансерном учете 50,0+12,5% и 54,3+4,9% соответственно.

Таблица 7

Субъективная оценка здоровья студентов

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Всего | | | |
| Юноши | | Девушки | |
| абс. | p+m (%) | абс. | p+m (%) |
| Практически здоров(а) | 29 | 22,0+3,6 | 51 | 14,9+1,9 |
| Редко болею (менее 2 раз в год) | 57 | 43,2+4,3 | 122 | 35,7+2,6 |
| Часто болею (более 2 раз в год) | 23 | 17,4+3,3 | 72 | 21,1+2,2 |
| Имею хронические заболевания | 23 | 17,4+3,3 | 97 | 28,4+2,4 |
| Всего | 132 | 100 | 342 | 100 |

Свои знания по вопросам здорового образа жизни респонденты оценивают на «хорошо» - 62% студентов, «удовлетворительно» - 34,7%, «неудовлетворительно» - 3,3%.

Придерживаются принципов здорового образа жизни необходимым считают 71,7% студентов, частично – 24,3%, не считают необходимым – 4%.

Наиболее значимым для человека является отношение к собственному здоровью. 8,9% юношей и 23,8% девушек задумываются о своем здоровье, считают себя здоровыми 7,8% и 14% соответственно, занимаются спортом 6,8% и 10,4% соответственно, воздерживаются от вредных привычек 6,1% и 18,7% соответственно.

Такие факторы как рациональное питание, закаливание, соблюдение режима дня, регулярные занятия своим здоровьем респонденты считают менее важными для себя

Основным фактором, мешающим заниматься своим здоровьем, является у студентов недостаток времени, у юношей – 34,0+3,2%, у девушек - 35,3+1,7%. У студентов-юношей преобладает отсутствие условий – 20,6+2,7%, материальные затруднения – 18,8+2,6% и лень – 14,7+2,4%. Девушки выделяют такие факторы, как материальные затруднения – 19,1+1,4%, лень – 17,5+1,3% (таблица 8).

Таблица 8

Факторы, мешающие заниматься своим здоровьем

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Всего | | | |
| Юноши | | Девушки | |
| абс. | p+m (%) | абс. | p+m (%) |
| Отсутствие интереса | 9 | 4,1+1,3 | 16 | 2,0+0,5 |
| Отсутствие условий | 45 | 20,6+2,7 | 133 | 16,4+1,3 |
| Недостаток времени | 74 | 34,0+3,2 | 287 | 35,3+1,7 |
| Лень | 32 | 14,7+2,4 | 142 | 17,5+1,3 |
| Материальные затруднения | 41 | 18,8+2,6 | 155 | 19,1+1,4 |
| Отсутствие силы воли | 16 | 7,3+1,8 | 75 | 9,2+1,0 |
| Недостаток знаний о здоровом образе жизни | 1 | 0,5+0,5 | 5 | 0,6+0,3 |
| Всего | 218 | 100 | 813 | 100 |

За медицинской помощью при заболеваниях обращаются к врачу 25,6+3,7% юношей и 30,2+2,1% девушек. В случае болезни занимаются самолечением 38,7+4,2% и 34,4+2,2% соответственно.

Что касается отношения респондентов к сексу, то 83,8+3,7% юношей и 64,3+2,6% девушек на вопрос «Живете ли Вы половой жизнью?» дали положительный ответ. Из них имеют несколько половых партнеров 28,9+5,0% и 10,5+4,3% соответственно. Следует отметить, что большой процент студентов предохраняются от нежелательной беременности и венерических заболеваний – 72,6+4,9% юношей и 86,9+2,3% девушек.

### РАЦИОНАЛЬНЫЙ РЕЖИМ ТРУДА И ОТДЫХА

Общеизвестно, что на состояние здоровья также влияют и социально-экономические факторы, и их доля влияния составляет 60%.

Социально-экономические факторы общества преломляются в жизни отдельного человека или групп населения в виде условий его или их условий труда, быта, отдыха, питания, уровня образования и культуры, уровня оказания медицинской помощи, уровня безопасности, социальной защищенности и т.д. В свою очередь, условия труда, быта, отдыха, питания индивида, опосредованные уровнем его образования и культуры, в совокупности - образ жизни данного индивида, вбирающего в себя как типичные черты данного слоя общества в целом, так и индивидуальные особенности, свойственные только этому человеку. Совокупное влияние факторов, составляющих образ жизни, достигает 49-53%. Отсюда понятно, почему сегодня во всем мире уделяется такое пристальное внимание изучению образа жизни и его оптимизации. Ведь это рычаг, при правильном, умелом использовании которого можно достаточно эффективно влиять как на состояние здоровья самого индивида, так и общества в целом.

Рациональный режим труда и отдыха – необходимый элемент здорового образа жизни. При правильном и строгом соблюдении режима вырабатывается четкий и необходимый ритм функционирования организма, что создает оптимальные условия для работы и отдыха и тем самым способствует укреплению здоровья, улучшению работоспособности и повышению производительности труда.

Как же располагают своим временем наши студенты?

Большую часть свободного времени студенты предпочитают встречаться с друзьями – 22,4+2,7% юношей и 20,7+1,3% девушек, спать - 17,1+2,4% и 19,9+1,2% соответственно (таблица 9 ).

Таблица 9

Организация досуга респондентов

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Всего | | | |
| Юноши | | Девушки | |
| абс. | p+m (%) | абс. | p+m (%) |
| Читать книги | 33 | 13,5+2,2 | 124 | 12,0+1,0 |
| Смотреть телевизор | 34 | 13,9+2,2 | 159 | 15,3+1,1 |
| Встречаться с друзьями | 55 | 22,4+2,7 | 215 | 20,7+1,3 |
| Ходить в театры и кино | 29 | 11,8+2,1 | 148 | 14,3+1,1 |
| Спать | 42 | 17,1+2,4 | 206 | 19,9+1,2 |
| Развлекаться | 29 | 11,8+2,1 | 162 | 15,6+1,1 |
| Другое | 23 | 9,4+1,9 | 23 | 2,2+0,4 |
| Всего | 245 | 100 | 1037 | 100 |

Актуальным социальным фактором являются жилищные условия (табл.10). 56,5+5,1% студентов проживают с родителями. Из проживающих в общежитии и на съемных квартирах 70,0% не были удовлетворены жилищно-бытовыми условиями (общежития уже старые и оно не соответствуют современным требованиям). 30% удовлетворены временными жилищно-бытовыми условиями.

Таблица 10

Характеристика жилищных условий респонлентов

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Всего | | | |
| Юноши | | Девушки | |
| абс. | p+m (%) | абс. | p+m (%) |
| С родителями | 52 |  |  |  |
| В общежитии |  |  |  |  |
| На съемной квартире |  |  |  |  |
| Отдельная квартира |  |  |  |  |
| Всего |  | 100 |  | 100 |

Отношения с родителями студенты оценивают как прекрасные – 33,6%, ровные – 58,9%, конфликтные – 4,1% и никакие – 2,1%.

### РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Следующей составляющей здорового образа жизни является рациональное питание. Когда о нем идет речь, следует помнить о двух основных законах, нарушение которых опасно для здоровья.

Первый закон – равновесие получаемой и расходуемой энергии. Если организм получает энергии больше, чем расходует, то есть если он получает пищи больше, чем это необходимо для нормального развития, для работы и хорошего самочувствия человека, то он полнеет и, наоборот, если он получает энергии меньше, чем расходует, у него наблюдается дефицит веса. Сейчас среди молодежи встречаются и те, и другие.

Второй закон – соответствие химического состава рациона физиологическим потребностям организма в пищевых веществах. Питание должно быть разнообразным и обеспечивать потребность организма в белках, жирах, углеводах, витаминах, минеральных веществах, пищевых волокнах. Многие из этих веществ незаменимы, поскольку не образуются в организме, поступают только с пищей. Отсутствие хотя бы одного из них, например, витамина С, привод к заболеванию и даже смерти. Как же питаются студенты ИГМА? При изучении режима питания учащихся обнаружилось, что среди обследуемых 46,5+5,0% юношей и 46,3+2,7% девушек принимают пищу три раза в день, четыре раза в день - 26,7+4,4% и 17,9+2,1% соответственно, два раза – 21,8+4,1% и 30,7+2,% соответственно и один раз – 4,9+2,1% и 5,1+1,2% соответственно.

Из числа опрошенных завтракают по утрам 70,0+4,6 юношей и 81,6+2,1 девушек.

Условия принятия пищи студентами в обеденный перерыв:

в буфете обедают 32,3+3,9 юношей и 53,7+2,8 девушек; в столовой –33,8+4,0 юношей и 19,7+2,2 девушек; приносят обед с собой 2,1+1,2 юношей, 7,8+1,5 девушек, другое – юноши – 31,7+3,9, девушки – 18,7+2,2.

При кажущемся благополучии опрос показал, что многие студенты, особенно юноши, принимают пищу беспорядочно. Бывают длительные перерывы в еде с последующей массивной пищевой нагрузкой в вечернее время (таблица 11).

Таблица 11

Время принятия ужина респондентов

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Время ужина | Всего | | | |
| Юноши | | Девушки | |
| абс. | p+m (%) | абс. | p+m (%) |
| 18 – 19 часов | 39 | 37,1+4,7 | 223 | 67,8+2,6 |
| 20 – 21 час | 45 | 42,8+4,8 | 94 | 28,6+2,5 |
| Позднее 21 часа | 21 | 20,0+3,9 | 12 | 3,6+1,0 |
| Всего | 105 | 100 | 329 | 100 |

Не менее важным в здоровом образе жизни является длительность ночного сна. От его продолжительности вплотную зависит дневная активность, работоспособность, умственная деятельность студентов. По результатам проведенного анкетирования было установлено, что у 63,1+4,8% юношей и 82,5+2,2% девушек ночной сон составляет менее 7 часов, 8 часов – у 33,0+4,6% и 13,4+2,0% соответственно. Лишь незначительный процент опрошенных студентов спят более 8 часов – 5,9+1,9% и 4,1+1,2% соответственно.

### Занятия физкультурой и спортом

#### Одним из важных аспектов здорового образа жизни являются занятия физической культурой и спортом.

#### Значение мышечной деятельности в биологии и физиологии человека настолько велико, что ее совершенно справедливо расценивают, как главенствующий признак жизни.

#### Гиподинамия – сниженная физическая активность – одна из важнейших причин возникновения и развития большинства заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата и т.д.

#### Будущий потенциал нашей страны во всех сферах человеческой деятельности во многом зависит от проводимых сегодня среди молодежи мероприятий, направленных на повышение ее физической активности и работоспособности, закаливание, усиление сопротивляемости организма к различным вредным воздействиям окружающей среды как в обычных, так и в экстремальных условиях.

#### Как же обстоят дела с занятиями физкультурой и спортом среди студентов ИГМА? Из числа опрошенных респондентов не занимались утренней гигиенической гимнастикой 52,3+4,1% юношей и 50,1+2,1% девушек. Занимались - 14,1+2,8% и 10,3+4,6% соответственно. Ходят на занятия физкультурой 49,7+4,1% юношей и 55,5+2,4% девушек, посещают спортивные секции 36,3+3,9% и 34,2+2,3% соответственно.

#### Все студенты, занимающиеся по государственным программам, на основе данных о состоянии их здоровья, физического развития и физической подготовленности делятся на три группы: основная, подготовительная и специальная.

#### К основной группе относят учащихся без отклонений в состоянии здоровья, а также имеющих незначительные отклонения при достаточном физическом развитии.

#### К подготовительной группе относят учащихся без отклонений в состоянии здоровья, а также с незначительными отклонениями при недостаточном физическом развитии.

#### К специальной медицинской группе относятся учащиеся с отклонениями в состоянии здоровья постоянного или временного характера, требующие ограниченных физических нагрузок.

#### Учащиеся основной и подготовительной групп посещают занятия физической культуры, сдают нормативы (для подготовительной группы нормативы снижены).

#### Согласно проведенному анкетированию распределение респондентов по физкультурным группам представлено в таблице 12.

#### Таблица 12

#### Распределение студентов по физкультурной группе

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Всего | | | |
| Юноши | | Девушки | |
| абс. | p+m (%) | абс. | p+m (%) |
| Основная группа | 77 | 77,0+4,2 | 105 | 38,1+2,9 |
| Подготовительная группа | 12 | 12,0+3,2 | 69 | 25,0+2,6 |
| Специальная группа | 10 | 10,0+3,0 | 99 | 35,9+2,9 |
| Освобождены от занятий | 1 | 1,0+1,0 | 3 | 1,1+0,6 |
| Всего | 100 | 100 | 276 | 100 |

#### В работах многих ученых за рубежом и в нашей стране было убедительно доказано, что у людей с недостаточно развитой мускулатурой, слабых в физическом отношении в пять раз чаще, чем у лиц тренированных и имевших развитую мускулатуру тела, встречались случаи психических срывов, тяжелых неврозов, резкого снижения трудоспособности. Таким образом, регулярные занятия физической культурой и спортом являются тем универсальным средством, которое может помочь каждому противостоять напряженному ритму жизни, нервно-психическим перегрузкам, в том числе при умственном труде.

#### Установлена прямая зависимость между успеваемостью студентов и их физическим развитием: те, кто имели пропорционально развитую мускулатуру за счет регулярных тренировок, гораздо лучше учились, больше успевали сделать на занятиях, скорее выполняли домашние задания, меньше уставали на занятиях и быстрее восстанавливали способность усваивать новый материал. С чем это связано?

#### Известно, что только около 10% нервных клеток коры головного мозга участвуют в процессах умственной деятельности человека. Остальные нейроны отвечают за работу других органов, в том числе управляют работой мышц. С периферии, т.е. от всех органов и систем, особенно от мышц и всего опорно-двигательного аппарата, в кору головного мозга поступает множество импульсов, значение которых исключительно велико для обеспечения процессов, связанных с мышлением и устойчивой аналитической деятельностью мозга. Если головной мозг лишить этой периферической импульсации, то вскоре все процессы, обеспечивающие мыслительную деятельность, затухают, кора головного мозга как бы отключается, и человек просто засыпает.

#### Следовательно, движение, вообще любое мышечное напряжение – необходимое условие для успешной плодотворной и, что самое главное, продолжительной и устойчивой работы мозга.

#### Утомление, которое испытывает каждый после напряженного трудового дня, связано, прежде всего, с усталостью коры головного мозга в результате снижения потока импульсов с периферии, понижения уровня глюкозы и кислорода в крови, накопления в организме остаточных продуктов обмена веществ – метаболических шлаков.

#### Самый верный и эффективный путь к высокой работоспособности, творческой активности, физическому совершенству, красоте и долголетию – высокая физическая активность.

### ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

Серьезной проблемой современности являются вредные привычки, которые наносят ущерб здоровью. Значимым звеном здорового образа жизни является искоренение вредных привычек (алкоголь, курение, наркотики). Эти разрушители здоровья являются причиной многих заболеваний, резко сокращают продолжительность жизни, снижают работоспособность, пагубно отражаются на здоровье.

Курение неоднократно характеризовалось как «один из факторов, представляющих наибольшую опасность для здоровья в настоящее время», а также как одна из основных причин случаев смерти, которые можно было бы предотвратить. Данные, полученные исследователями, свидетельствуют о том, что чем раньше человек начинает курить, тем больше вероятность развития у него таких опасных для жизни заболеваний, как хронический бронхит, эмфизема легких, сердечно-сосудистые заболевания т рак легкого.

Анализ ответов респондентов показал (табл.13): не курят – 52,5+5,0% юношей и 81,7+2,1% девушек. Курят 1-5 лет – 20,2+4,0% юношей и 6,3+1,3% девушек, нерегулярно курят 7,1+2,6% и 9,0+1,6% соответственно.

Таблица 13

Курение среди респондентов

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Всего | | | |
| Юноши | | Девушки | |
| абс. | p+m (%) | абс. | p+m (%) |
| Не курю | 52 | 52,5+5,0 | 273 | 81,7+2,1 |
| Курю менее 1 года | 2 | 2,0+1,4 | 2 | 0,6+0,4 |
| Курю 1 – 5 лет | 20 | 20,2+4,0 | 21 | 6,3+1,3 |
| Курю 6 – 10 лет | 16 | 16,2+3,7 | 6 | 1,8+0,7 |
| Курю более 10 лет | 2 | 2,0+1,4 | 2 | 0,6+0,4 |
| Курю нерегулярно | 7 | 7,1+2,6 | 30 | 9,0+1,6 |
| Всего | 99 | 100 | 334 | 100 |

Из числа курящих юношей выкуривают менее полпачки 30,4+6,8%, девушек – 80,3+5,1%, одну пачку – 34,8+7,0% и 1,6+1,6% соответственно. Основная масса юношей начала курить после 15 лет – 73,9+6,5%, девушек – 58,7+6,2%. Одинаковое количество юношей начало курить в возрасте до 15 лет и после 20 лет – 13,0+5,0%. 12,7+4,2% девушек начали курить в возрасте до 15 лет, 28,6+6,0% - после 20 лет. Стаж курения у некоторых достиг уже более пяти лет. Юноши более часто курят, что является статистически достоверным (t=2, p<0,05).

Не менее опасна алкоголизация молодежи, нарастающая весьма высокими темпами. Причин для этого явления вполне достаточно: это неумение занять себя в свободное время, отсутствие клубов по интересам, частые праздники, поиск путей самоутверждения в обществе и подражание взрослым.

Эпизодически употребляют спиртные напитки 42,3+4,7% юношей, 41,7+2,7% девушек. Один раз в месяц – 19,8+3,8% и 10,9+1,7% соответственно, не употребляют 20,7+3,8% и 38,6+2,7% соответственно. Впервые попробовали спиртные напитки в возрасте после 15 лет 74,4+4,8% юношей и 69,2+2,9% девушек, до 10 лет – 3,7+2,1% и 2+0,9% соответственно. Юноши наиболее часто употребляют алкоголь, что статистически достоверно (t=3,2, p<0,001).

Проблему преодоления алкоголизации общества в целом и молодежи в частности, необходимо ставить на одно из первых мест в масштабе государства.

Из числа опрошенных не употребляют наркотические средства 98,0+1,4% юношей и 98,2+0,7% девушек. Изредка – 2,0+1,4% и 1,2+0,6% соответственно. В числе регулярно принимающих наркотики юношей не оказалось, девушек – 0,6+0,4%.

Основной причиной вредных привычек студенты считают стрессы, вызванные перегруженностью учебных программ (таблица 14).

Таблица 14

Причины вредных привычек

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Всего | | | |
| Юноши | | Девушки | |
| абс. | p+m (%) | абс. | p+m (%) |
| Стрессы, вызванные перегруженностью учебных программ | 52 | 52,0+5,0 | 134 | 49,4+3,0 |
| Неустроенность быта и досуга | 11 | 11,0+3,1 | 27 | 10,0+1,8 |
| Отсутствие нормальных механизмов релаксации | 22 | 22,0+4,1 | 47 | 17,3+2,3 |
| Интерес | 11 | 11,0+3,1 | 47 | 17,3+2,3 |
| Семейные традиции | 4 | 4,0+2,0 | 16 | 5,9+1,4 |
| Всего | 100 | 100 | 271 | 100 |

### СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Жизнь всех людей, независимо от их возраста, определяется условиями того общества, в котором они живут. Развитие людей, их социальное положение, характер их повседневной жизни, их стремления, возможности и здоровье – также зависят от природы общества, в котором они живут.

Возможно, молодые люди хотели бы изменить этот мир, в котором им приходится жить, однако, их собственная жизнь во многом уже предопределена и контролируется их социальным окружением.

Специальность медицинского работника по призванию выбрали 57,0+4,9 % юношей, 53,1+2,7% девушек, прочие – 24,0+4,3% и 22,6+2,3% соответственно.

Планы на будущее имеют 97,0+1,7% юношей и 94,3+1,3% девушек, не имеют планов - 1,0+1,0% и 3,9+1,1% соответственно, живут одни днем – 2,0+1,4% и 1,8+0,7% студентов соответственно.

Одна из проблем, которая вызывает большую озабоченность у студентов, - это безработица. Несмотря на то, что усовершенствование систем среднего и высшего образования привело к повышению уровня профессиональной подготовки молодых людей, их возможности найти работу весьма ограничены. Тем не менее 81,8+3,9% юношей-студентов и 83,2+2,0% девушек считают, что найдут работу по специальности, не уверены в этом – 7,1+2,6% и 11,4+3,0% соответственно, будут менять профессию – 8,1+2,7% и 2,1+0,8% соответственно, не хотят быть медицинским работником – 3,0+1,7% и 3,3+1,0% соответственно.

Нельзя забывать, что в личностном плане эмоциональное воздействие невозможности найти работу глубоко и имеет далеко идущие последствия, а часто оно привод человека к отчаянию. Среди безработных молодых людей часты случаи психических расстройств, из которых примерно три четверти приходится на долю депрессии.

Основными причинами нежелания работать медицинским работником студенты считают низкую заработную плату – 38,9+5,1% юношей и 37,4+3,1% девушек, неуважение к профессии со стороны общества и государства – 32,2+4,9% и 26,9+2,9% соответственно, риск профессиональных заболеваний – 16,7+3,9 и 24,8+2,8% соответственно, скользящий график работы с ночными сменами – 6,7+2,6% и 8,0+1,8% соответственно, тяжелый физический труд – 5,6+2,4% и 2,9+1,1% соответственно.

## Среди студентов осведомлены о риске профессиональных заболеваний во время работы медицинскими работниками – 68,4+4,8% респондентов, имеют поверхностные знания – 31,6+4,8% по этому вопросу.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

## В современных условиях увеличивается социальная значимость высшего образования, обеспечивающего профессиональный уровень подготовки молодежи по индивидуальным возможностям и запросам. Учебные заведения особой формой и содержанием учебно-воспитательного процесса должны помогать студентам в самовоспитании, самоопределении, нравственном самосовершенствовании, освоении социального опыта.

## Хорошее здоровье необходимо студентам как ресурс душевных и физических сил для будущей работы по сохранению здоровья населения. Кроме того, перспективы развития системы здравоохранения и социальной сферы в целом требуют усиления работы по формированию общемедицинской и профессиональной культуры медицинского работника, воспитания устойчивой мотивации на ведение здорового образа жизни, чтобы в своей будущей профессиональной деятельности выпускники личным примером и собственным убеждением могли воздействовать на здоровье общества, несли принципы ЗОЖ в массы, стали активными борцами за оздоровление окружающей среды.

## В целях совершенствования работы по укреплению здоровья студентов и улучшению их физического развития необходимо исходить из признания того, что только совокупные действия таких условий воспитания, как здоровьесберегающего образовательного пространства, влияние личности воспитателя и его деятельности, эффективная организация социального развития, личностное и социально-ролевое общение, активная творческая деятельность воспитуемых может дать положительный воспитательный эффект и способствовать сохранению физического, нравственного и духовного здоровья. Усилия преподавателей медицинских учебных заведений должны быть направлены на подготовку компетентных, современных медработников, которые умеют правильно взаимодействовать с пациентами, их семьями и коллегами по работе.

## Здоровье человека на 50% зависит от образа жизни (характера питания, стрессов, условий жизни, учебы и профессиональной деятельности), поэтому изменения (улучшение) здоровья зависит от желания и умения выработать разумное поведение в соответствии с условиями существования. Учиться управлять своим здоровьем необходимо с момента рождения, а успех этой учебы зависит, кроме врачей, от знаний и умений родителей и учителей. Таким образом, на первое место необходимо выдвинуть формирование, сохранение и укрепление здоровья молодежи, и, в первую очередь, самими студентами.

### ВЫВОДЫ

1. Среди опрошенных респондентов было выявлено 25,3+3,2% студентов, имеющих хронические заболевания. Из них 53,7+4,5% состоят на диспансерном учете. При этом, как показывают полученные данные, число студентов, страдающих хроническими заболеваниями, стремительно растет – с 17,4% в 2003 году до 28,4% в 2004 году.
2. Из факторов, мешающих заниматься своим здоровьем, студенты отметили недостаток времени – 35,0+1,5%, материальные затруднения – 19,0+1,2%, отсутствие условий – 17,3+1,2%, и лень – 16,9+1,2%.
3. Задумываются о своем здоровье 17,0+0,8% опрошенных студентов, считают себя здоровыми 11,2+0,7%, занимаются спортом 8,7+0,6%, воздерживаются от вредных привычек 13,0+0,7%.
4. Анализ ответов респондентов показал: не курят – 52,5+5,0% юношей и 81,7+2,1% девушек. Курят 1-5 лет – 20,2+4,0% юношей и 6,3+1,3% девушек, нерегулярно курят 7,1+2,6% и 9,0+1,6% соответственно. Юноши курят более часто, что является статистически достоверным. Эпизодически употребляют спиртные напитки 42,3+4,7% юношей, 41,7+2,7% девушек. Один раз в месяц – 19,8+3,8% и 10,9+1,7% соответственно, не употребляют 20,7+3,8% и 38,6+2,7% соответственно. Юноши более часто употребляют алкоголь, что статистически достоверно. Основной причиной вредных привычек студенты считают стрессы, вызванные перегруженностью учебных программ.
5. Свободного времени у учащихся недостаточно. Большую часть свободного времени студенты предпочитают встречаться с друзьями – 21,1+1,1%, спать – 19,3+1,1%, т.е. досуг молодых людей не обеспечивает восстановление затраченных сил после учебной деятельности. Для оптимального восстановления сил молодежи необходимы занятия физкультурой и спортом, а из опрошенных студентов лишь 11,3+1,3% занимаются утренней гимнастикой. Ходят на занятия физкультурой 54,0+2,1% студентов, посещают спортивные секции 34,7+2,0%.
6. Питание студентов однообразное и беспорядочное. Бывают длительные перерывы в еде с последующей массивной пищевой нагрузкой в вечернее время.
7. Что касается репродуктивного здоровья студентов, то 68,7+2,2% живут половой жизнью, причем большинство из них имеют постоянного полового партнера – 84,4+2,1%. Из живущих половой жизнью 82,9+2,2% применяют методы контрацепции.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Аветисян, Л.Р. Изучения влияния повышенной учебной нагрузки на состояние здоровья учащихся / Л.Р.Аветисян, С.Г.Кочарова // Гигиена и санитария. – 2001. – №6. – С.48 – 49.
2. Анисимов, Л.Н. Профилактика пьянства, алкоголизма и наркомании / Л.Н. Анисимов // Юридическая литература. – М., 1998. – С. 176.
3. Белов, В.Б. Уровень образования и самооценки здоровья населения / В.Б.Белов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины М.: Медицина. – 2003. – №1. – С. 14 – 19.
4. Ботникова, Е.А. Комплексная оценка состояния здоровья школьников в процессе непрерывного наблюдения: автореф. дис. … канд. мед. наук / Е.А.Ботникова. – Ижевск, 2002.
5. Ваганова, Л.И. Динамика состояния здоровья и образа жизни студен­ческой молодежи г. Челябинска / Л.И. Ваганова // Учащаяся моло­дежь России: прошлое, настоящее, будущее: сб. науч. ст. – Челя­бинск, 2000. – С 178 – 180.
6. Ваганова, Л.И. Медико-социальная характеристика студентов-подростков, новые подходы к совершенствованию организации медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.И. Ваганова. – Уфа, 2003.
7. Вишняков, Н.И. Профилактика и диспансеризация студентов в современных условиях / Н.И. Вишняков, Л.В. Кочорова, Н.Ю. Колесникова, Ж.С. Деркун // Общественное здоровье, управление здравоохранением и подготовка кадров. Материалы всероссийской научной конференции. – М., 2007. – С. 142 – 144.
8. Горбач, Н.А. Перспективы использования метода оценки качества жизни в формировании здоровья студентов вузов / Н.А.Горбач, А.В.Жарова, М.А.Лисняк // Здравоохранение Российской Федерации. М. – 2007, №2 – С. 43 – 46.
9. Гринина, О.В. Динамика социально-гигиенического статуса студенческой семьи / О.В. Гринина, Е.И. Русанова // Здоровье студентов: сб. тезисов междунар. науч.-практ. конф. – М.: Изд-во РУДН, 1999. – С. 138 – 141.
10. Денисова, Д.В. Воздействие новых информационных технологий на здоровье студентов.: автореф. дисс. … канд. мед. наук / Денисова Д.В. – СПб, 2001. – 152 с.
11. Еремкин, А.И. Концепция здоровьесберегающих технологий в университете: Учебно-методическое пособие / А.И. Еремкин, С.И. Егорев, В.В. Костыгина, И.В. Матвеева. – Пенза: ПГУАС, 2006. – 32 с.
12. Ивахненко, Г.А. Особенности самосохранительного поведения московских студентов: социологический анализ / Г.А.Ивахненко // Социология медицины. М. – 2007, №2, – С. 56 – 58.
13. Игнатова, Т.Н. Изучение здоровья студентов многопрофильного вуза и анализ факторов его определяющих / Т.Н. Игнатова, Д.Г. Деря­бин, А.В. Котляров // Здоровье и образование в XXI веке: науч. тр. 4-й междунар. науч.-практ. конф. – М., 2003. – С 268 – 269.
14. Камаев, И.А. Динамика заболеваемости и особенности медицинского обслуживания студентов / И.А.Камаев, О.Л.Васильева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. №1. С.26 – 29.
15. Камаев, И.А. Медико-организационные аспекты врачебной консультации абитуриентов высших учебных заведений / И.А.Камаев, О.Л. Васильева // Здравоохранение Российской Федерации. 2001. №4. С.35.
16. Кучеренко, В.З. Отношение студенческой молодежи к созданию семьи во время обучения в зависимости от медико-социальных факторов, условия и образа жизни / В.З.Кучеренко, И.В.Розенфельд // Проблемы управления здравоохранением – М., 2004. № 3 (16) – С. 47 – 50.
17. Лисицын, Ю.П. Концепция факторов риска и образа жизни / Ю.П. Лисицын // Здравоохранение РФ. – 1998. – №4. – С. 49 – 52.
18. Лисицын, Ю.П. О концепции стратегии охраны здоровья / Ю.П.Лисицын // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 2. – С. 10.
19. Макарова, Т.Н. Образование и здоровье / Т.Н.Макарова // Материал Всеросс. научн.-практ. конф. – Пермь, 2002. – С.231 – 232.
20. Максимова, T.М Состояние здоровья и ценностные ориентации современной молодёжи / T.М. Максимова // Здравоохранение РФ – 2002. – №2. – С. 40 – 43.
21. Медик, В.А. Современные подходы к изучению заболеваемости населения / В.А.Медик // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины М.: Медицина. – 2004, №1. – С. 6 – 9.
22. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (клинические описания и указания к диагностике) / ВОЗ. – СПб.: АДИС, 1994. – Т. 1,2.