

Мир науки. Педагогика и психология / World of Science. Pedagogy and psychology <https://mir-nauki.com>

2020, №4, Том 8 / 2020, No 4, Vol 8 <https://mir-nauki.com/issue-4-2020.html>

URL статьи: <https://mir-nauki.com/PDF/08PSMN420.pdf>

DOI: 10.15862/08PSMN420 (<http://dx.doi.org/10.15862/08PSMN420>)

Ссылка для цитирования этой статьи:

Чиждкова М.Б. Структурно-содержательные особенности отношения к здоровью у студентов медицинского университета разных лет обучения // Мир науки. Педагогика и психология, 2020 №4, <https://mir-nauki.com/PDF/08PSMN420.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ.
DOI: 10.15862/08PSMN420

For citation:

Chizhkova M.B. (2020). Med students of various study years structural substantive peculiarities of health behavior. *World of Science. Pedagogy and psychology*, [online] 4(8). Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/08PSMN420.pdf> (in Russian). DOI: 10.15862/08PSMN420

УДК 159.9.07:378:371.71

ГРНТИ 15.21.45

Чиждкова Марина Борисовна¹

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Оренбург, Россия
Доцент кафедры «Обучающий симуляционный центр»
Кандидат психологических наук, доцент
E-mail: chiztim@list.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2881-8413>

РИНЦ: https://elibrary.ru/author_profile.asp?id=591454

Структурно-содержательные особенности отношения к здоровью у студентов медицинского университета разных лет обучения

Аннотация. В статье рассматриваются особенности структуры и содержательного наполнения отношения к здоровью у студентов медицинского университета 1-го, 3-го и 6-го курсов. Применение многокомпонентного опросника «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской, математико-статистическая обработка эмпирических данных и их интерпретация подтвердили гипотезу о структурно-содержательных различиях изучаемого феномена у студентов-медиков разных лет обучения, но опровергли предположение о ведущей роли в структуре отношения ценностно-мотивационного компонента, играющего связующую роль между знаниями и поведением личности в области здоровья. Специфика структуры отношения к здоровью на каждом их курсов определяется формулой «Знаю-Не переживаю. Знаю-Делаю» (первокурсники); «Знаю-Переживаю-Делаю» (третьекурсники) и «Знаю-Не переживаю. Знаю-Делаю. Переживаю-Не делаю» (шестекурсники). Ценностно-мотивационный компонент оказывает на структуру отношения к здоровью косвенное влияние посредством отдельных блок-вопросов других компонентов: на 1-ом курсе – когнитивного и поведенческого; на 3-ем – когнитивного и эмоционального; на 6-ом – эмоционального и поведенческого. Содержательное наполнение компонентов отношения определяется у первокурсников ориентацией на жизненный опыт, у третьекурсников – постепенным вытеснением жизненных знаний и способов поведения приобретаемыми

¹ <https://vk.com/id186838941>.

специальными знаниями и умениями, у выпускников – общей «профессионализацией» отношения к здоровью и опорой на сформированные в результате обучения компетенции в основных видах деятельности врача. Общая для всех студентов-медиков структура отношения к здоровью имеет ярко выраженный «знаниевый» характер при ведущей роли когнитивного компонента в сочетании с положительными эмоциями и отдельными действиями самосохранительного поведения. Ценностно-мотивационный компонент в общей структуре отношения, представленный изолированно от имеющихся знаний, переживаемых чувств и реализуемого поведения, подтверждает имеющиеся в научной литературе выводы о том, что для молодежи здоровье и здоровый образ жизни – это возможная, а не желательная модель поведения, при которой ценность здоровья всеми активно декларируется, но реализуется лишь у незначительной части студентов.

Ключевые слова: студент; медицинский вуз; здоровье; отношение к здоровью; когнитивный компонент; эмоциональный компонент; поведенческий компонент; ценностно-мотивационный компонент

Введение

Студенчество – наиболее образованная и социально-статусная часть молодежной социально-демографической категории населения, ближе всего стоящая к интеллигенции и являющаяся экономическим, научным, творческим, социальным и культурным резервом общества в целом. Поэтому говоря о проблеме здоровья молодого поколения россиян, по большому счету, имеется в виду здоровье всей нации.

Проблема здоровья и здорового образа жизни студентов не нова и сохраняет свою актуальность с момента возникновения и развития высшего образования в нашей стране. Еще в конце XIX – начале XX вв. исследователями отмечались удручающие условия жизни обучающихся, «бывшие по здоровью в самый корень»: скудный стол, сидячая, исключительно умственная деятельность, отсутствие физических упражнений и «вольного общественного воздуха», хроническая материальная нужда, наемные жилища с отсутствием элементарных санитарно-гигиенических норм, плохая одежда, психологические перегрузки и др. В результате столь прискорбного существования недостатки в состоянии здоровья в конце прошлого века испытывали от 33 до 50 % студентов различных высших учебных заведений [1]. Ущерб здоровью учащейся молодежи наносило и неумеренное употребление спиртных напитков и табакокурение. Согласно наблюдениям доктора Д.Б. Никольского, с 1904 по 1910 гг. регулярно употребляли алкоголь 58–74 % респондентов, а к табакокурению были приобщены 37–66 % студентов, причем со школьного возраста [цит. по: 2, с. 18].

Несмотря на социально-экономический прогресс, значительное улучшение условий жизни человека и колоссальные достижения в медицине, физическое и психологическое благополучие студентов даже спустя 100 лет вызывает серьезные опасения. Неблагоприятное воздействие социально-гигиенических и экологических факторов, большой объем учебной нагрузки, нарушения режима труда, отдыха, сна и питания, недостаточный объем общей физической нагрузки и отсутствие регулярных занятий спортом приводят к перенапряжению физической и психической сферы юношей и девушек, переутомлению, дезадаптации в образовательной среде вуза, снижению успеваемости и ухудшению здоровья в целом (М. Абдикадыр с соавт., 2019; О.Б. Березина с соавт., 2016; Д.Д. Дальский, Т.Ф. Скоблева, 2016; О.А. Дьякович с соавт., 2015; М.Е. Евсевьева с соавт., 2018; Е.А. Кантемирова с соавт., 2015; Э.В. Макарова, 2016; Е.А. Сетко с соавт., 2019; Е.А. Юматов с соавт., 2017; M.P. Loayza et al., 2001; L.A. Nogueira-Martins et al., 2004; M. Nojomi et al., 2009; S.E. Mazzeo, 2008 и др.).

Изучение аспектов здоровья студентов-медиков представляет еще большую актуальность, обусловленную спецификой содержания подготовки будущих специалистов данного профиля. По «тернистой дороге» от выпускника школы до молодого врача студенты проходят путь от общих предметов (химия, физика, математика, философия, история и т. п.), через специализированные (нормальная и патологическая анатомия человека, гистология, нормальная и патологическая физиология, фармакология и др.) к высокоспециализированным (терапия, хирургия, гинекология и т. п.) дисциплинам с их различными специализациями [3, с. 111]. Таким образом, студенты-медики уже с первого курса «изучают и видят то, чего не видят и не знают, о чем не задумываются студенты других – немедицинских вузов» [4, с. 23], с самого первого дня проникают в суть понятий «здоровье/болезнь», познают не только характер воздействия различных патогенных факторов (в т. ч. вредных привычек) на организм человека, но и способы профилактики и коррекции нарушений состояния здоровья человека. Тем не менее, теоретическая осведомленность и инструментальное владение основами оздоровительных программ не являются для будущих врачей как надежной защитой от всевозможных заболеваний, так, собственно, и гарантом собственного разумного здорового поведения.

С начала XXI в., как показывают многолетние наблюдения, у студентов медицинских вузов отмечается значительный рост заболеваний органов зрения, опорно-двигательного аппарата, мочевыделительной и сердечно-сосудистой систем, головного мозга [5–7]. За 5–6 лет обучения в медицинском вузе здоровье студентов объективно ухудшается и к моменту окончания только 20 % выпускников считаются практически здоровыми [8; 9].

В чем причина подобных явлений? На наш взгляд, ответ на данный вопрос следует искать не столько в ряду эндогенных, сколько в плоскости экзогенных факторов, регулируемых человеческим социумом и самой личностью. Более того, здоровье студентов-медиков характеризуется и определенным возрастным измерением, задающим свои оценочные критерии, соответствующие характерной для этого возраста морфофункциональной организации и выполняемой социальной роли (М.Г. Иванова, А.Г. Портнова, 2006; Т.Н. Семенкова с соавт., 2011). И если на ранних этапах онтогенеза здоровье является условием процесса развития, то в дальнейшем оно становится неотъемлемым атрибутом самосознания студента, отражающим целостность и зрелость его личности. При таком подходе ключевое значение приобретает индивидуальная ответственность субъекта за свое благополучие, детерминируемая отношением к своему здоровью и здоровому образу жизни.

Как предмет научного исследования категория «отношение к здоровью» появилась в научной литературе в 1980 году в работе Д.Н. Лоранского с соавторами. В настоящее время данное понятие встречается в социологических, философских и экономических исследованиях, но наибольшее распространение и признание оно получило в психологической науке и, в частности, в такой её отрасли, как «психология здоровья».

Отношение к здоровью, опирающееся на концепцию психологии отношений А.Ф. Лазурского, С.П. Франко и В.Н. Мясищева, понимается как система индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определяющими оценку индивидом своего физического и психического состояния, как один из элементов самосохранительного поведения, заключающегося в степени осведомленности (компетентности) в области здоровья, включение здоровья в высшую иерархию ценностей индивидумов, а также наличие адекватной степени самооценки [10, с. 10; 11, с. 9–10].

Отношение студентов вуза к своему здоровью – системное, личностное, динамично-развивающееся новообразование, система жизненных проявлений, которая способствует гармонизации индивидуальности личности с условиями жизнедеятельности,

взаимосвязь личности с объектами и явлениями действительности, сохраняющими или разрушающими здоровье человека [10, с. 11].

Состоявшийся 15–16 мая 2019 г. в Ростове-на-Дону Всероссийский круглый стол «Здоровый образ жизни как социальная ценность и гражданская обязанность студенческой молодежи вузов», посвященный обсуждению проблем развития высшего образования в контексте целевых ориентиров на высокий уровень профессиональной, гражданской и социальной активности, здоровья и социального благополучия молодого поколения, констатировал изменчивый характер ценности здоровья, противоречивость социально-ориентированного и досугового (часто декларативного) характера следования здоровому образу жизни у молодежи. В частности, на материалах исследований Юга России было показано, что почти у 40 % студентов выявляется равнодушие к своему здоровью с элементами саморазрушительных практик, а 41 % опрошенных в течение года частично или полностью отказались от лечения или диагностики в медицинских организациях из-за отсутствия финансовой возможности оплатить услуги [12, с. 164–165].

По-видимому, что налицо возникшее на рубеже XX–XXI вв. ценностно-идеологическое противоречие, трансформировавшее отношение молодежи к здоровью, способам его поддержания и укрепления. Если в Советском Союзе здоровый образ жизни признавался способом вовлечения человека в активную общественную и экономическую деятельность, как форма самоорганизации в целях реализации государственных и общественных интересов, то на постсоветском пространстве здоровье, «переведённое» в плоскость рыночных отношений, стало восприниматься молодым поколением либо как нечто инструментальное, способствующее повышению собственной конкурентноспособности, либо как предпосылка или составляющая часть других, более значимых, ценностей (семья, рождение детей, труд, любовь, признание и т. д.). В результате этого, в структуре отношения студентов к своему здоровью наметился разрыв между заявляемым признанием значимости здоровья на ценностно-когнитивном уровне и реализуемыми действиями на поведенческом уровне. Имея сформированные представления и стереотипы о ценности здорового образа жизни, студенты, тем не менее, демонстрируют потребительскую позицию в отношении собственного здоровья, сопровождаемую утратой культуры самосохранения и инициативы в вопросах медицинской активности, нежеланием выполнять врачебные предписания и назначения, посещать лечебно-профилактические учреждения, принимать участие в профилактических осмотрах и т. п. [10; 13–20 и др.].

Конечно, можно попытаться «оправдать» указанные факты мощными компенсаторными и адаптивными ресурсами молодого организма, не дающими факторам риска ни малейшего шанса спровоцировать возникновение заболевания, а также ложным представлением о том, что здоровье гарантировано молодостью, а болезни приходят в старости, когда активная жизнь уже позади. Подобного рода иллюзии, подкрепляемые практически 100 % заботой государства по сохранению здоровья своих граждан, порождают у студенчества иждивенчество в понимании и инертность в проявлении собственной активной роли для поддержания и укрепления своего здоровья. Если при этом принять во внимание, что в момент «вступления» обучающихся в статус полноправных врачей, на их плечи ляжет ответственность не только за себя, но и за своих пациентов, с определенной долей уверенности можно утверждать, что неадекватность отношения медицинских работников к собственному здоровью может негативным образом сказываться и на взаимодействии с больными, и на процессуально-результативном аспектах лечебного процесса как такового.

Организация и методы исследования

Высказанные выше положения послужили отправной точкой для проведения собственного экспериментального исследования, посвященного изучению отношения к здоровью у студентов лечебного факультета ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ (далее ОрГМУ). Выборку сравнительного исследования составили обучающиеся трех курсов: 1-го – 73 человека, средний возраст 18,1 года; 3-го – 78 человек, средний возраст 20,5 лет; 6-го – 72 человека, средний возраст 23,4 года. Данная работа продолжает цикл наших исследований по проблеме здоровья и здорового образа жизни у студентов медицинского университета, результаты которых нашли свое отражение в ряде публикаций [21–23].

В качестве диагностического инструментария был использован многокомпонентный опросник «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской [24]. Методика позволяет оценить сформированность у студентов-медиков четырех компонентов отношения к здоровью: когнитивного (КК), эмоционального (ЭК), поведенческого (ПК) и ценностно-мотивационного (ЦМК). КК раскрывает степень осведомленности и компетентности человека в сфере здоровья, знание основных факторов риска и антириска, понимание роли здоровья в обеспечении активной и продолжительной жизни. ЭК отражает эмоции, чувства и переживания человека, связанные с состоянием здоровья или его изменением, а также особенности функционирования психологических защит. ПК характеризует степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни, а также преобладающие копинг-стратегии в ситуациях, связанных с ухудшением здоровья. ЦМК показывает высокую значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей (особенно терминальных) студентов, степень сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья.

Опросник состоит из 10 блоков. Каждый блок представляет собой таблицу-набор вопросов, содержащих от 5 до 10 оценочных суждений, форма ответов на которые представлена в виде 7-балльной шкалы измерений. Студентам необходимо было оценить каждое из предложенных утверждений в соответствии со степенью выраженности в них качества, заложенного шкалой: 1 балл – совершенно неважно (никогда); 2 балла – не важно (практически никогда); 3 балла – скорее не важно, чем важно (редко); 4 балла – не могут сказать; 5 баллов – скорее важно, чем не важно (иногда); 6 баллов – очень важно (часто); 7 баллов – безусловно важно (всегда).

На первом этапе обработки и интерпретации был изучен каждый компонент отношения к здоровью отдельно у студентов 1-го, 3-го и 6-го курсов. Для этого использовались подсчет среднего арифметического (M) для каждого компонента отношения, а также многофункциональный критерий углового преобразования ф-Фишера, предоставивший дополнительную информацию о качественном своеобразии мнения юношей и девушек о своем здоровье. На втором этапе обработки был применен коэффициент ранговой корреляции г-Спирмена, позволивший выявить взаимосвязи между блоками-вопросами и итоговыми значениями компонентов внутри целостного отношения к здоровью и выделить структуру предмета исследования у испытуемых на разных этапах обучения в ОрГМУ².

Основная цель работы состоит в стремлении получить новые эмпирические данные о структурно-содержательных особенностях отношения к здоровью у студентов медицинских вузов разных лет обучения и, тем самым, дополнить и расширить научное понимание феномена

² При указании уровня статистической значимости критерия ф-Фишера и г-Спирмена использовались символы: * – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$; *** – $p \leq 0,001$. Уровень статистической тенденции указывался полностью.

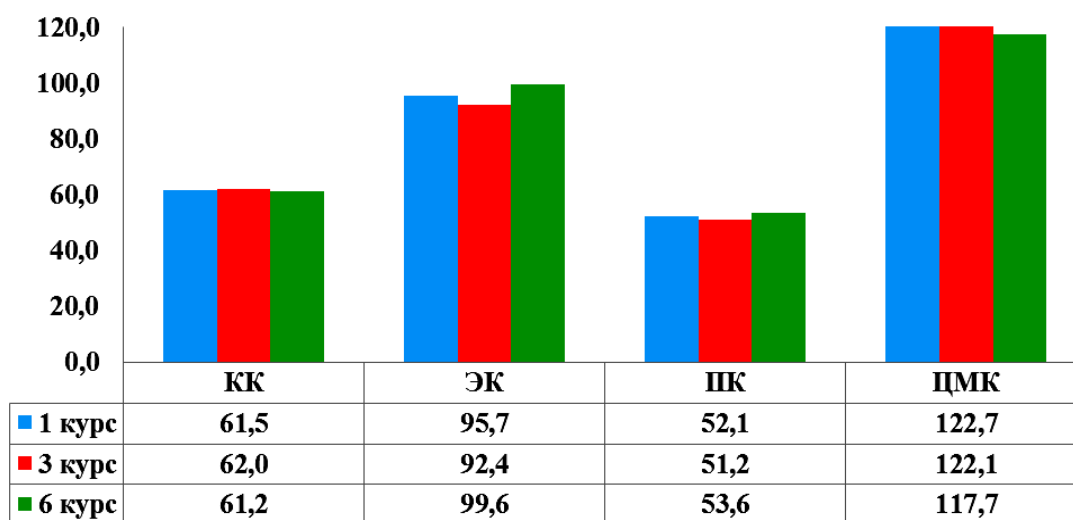
«отношение к здоровью» студентов-медиков, его количественных и качественных характеристик в различные периоды профессионального становления будущего врача.

Приступая к проведению экспериментальной работы, мы исходили из **двух предположений**. Во-первых, учитывая динамичный характер отношения к здоровью (Р.М. Давлетшина, 2013), можно полагать, что на 1-ом, 3-ем и 6-ом курсах обучения оно будет структурно-содержательно различаться, иметь количественную и качественную специфику. Во-вторых, опираясь на теоретические представления о значимости ценностно-мотивационного компонента в общей структуре отношения и его связующей роли между когнитивным и поведенческими компонентами, благодаря чему содержание понятий «здоровье» и «здоровый образ жизни» реализуется в поведении [25, с. 218], правомерно, на наш взгляд, говорить о том, что независимо от года обучения ведущую роль в отношении к здоровью у студентов ОрГМУ будет занимать именно ценностно-мотивационный компонент, структурно «увязывающий» (возможно в разных комбинациях) вокруг себя другие составляющие.

Результаты

Результаты первого этапа обработки данных (в средних баллах) по каждому из компонентов отношения к здоровью представлены на рисунке 1.

Как показывает гистограмма, наибольшие различия в средних значениях фиксируются по ЭК отношения к здоровью. КК и ПК демонстрируют относительную стабильность своего проявления, хотя и отличаются разнонаправленными тенденциями изменения: когнитивный – рост-снижение; поведенческий – снижение-рост. ЦМК показывает примерно одинаковые показатели на 1-ом и 3-ем курсах, превышающие в своем выражении среднее значение на 6-ом курсе. Остановимся на каждом компоненте отдельно.



Примеч.: КК – когнитивный компонент; ЭК – эмоциональный компонент; ПК – поведенческий компонент; ЦМК – ценностно-мотивационный компонент

Рисунок 1. Гистограмма средних значений компонентов отношения к здоровью у студентов 1-го, 3-го и 6-го курсов лечебного факультета ОрГМУ (составлено автором)

Когнитивный компонент включает в себя блок-вопросы об источниках информации, влияющих на информированность респондентов в области здоровья (4), и факторах, оказывающих влияние на здоровье человека (5). Как показывает анализ, приоритет в получении

сведений о здоровье и здоровом образе жизни студенты всех курсов отдают врачам (82,9 %) ³ и научно-популярным книгам (64,0 %). По поводу СМИ, совета друзей-знакомых и газет мнения испытуемых несколько различаются. Шестикурсники достоверно чаще первокурсников ($\varphi = 1,866^*$) и третьекурсников ($\varphi = 2,031^*$) отмечают, что газеты и журналы как источники информации не важны. Аналогичным образом обстоит дело и с пониманием роли СМИ и совета друзей-знакомых. По группе ответов «Не важно» студенты 6-го курса значительно превосходят юношей и девушек 1-го курса в оценке СМИ ($\varphi = 1,757^*$), а испытуемых 3-го курса в оценке друзей-знакомых ($\varphi = 1,750^*$). На уровне статистической тенденции можно констатировать меньшую значимость для выпускников друзей-знакомых в сравнении с 1-ым ($\varphi = 1,438, p \leq 0,1$) и СМИ в сравнении с 3-им ($\varphi = 1,487, p \leq 0,1$) курсами. Следует также отметить, что на 3-ем курсе достоверно больше, чем в двух других группах, обучающихся, затрудняющихся оценить вклад друзей-знакомых в формирование знаний и представлений человека о своем здоровье ($\varphi = 3,180^{***}$ в ср. с 1-ым и $\varphi = 2,601^{**}$ – с 6-ым).

Выявленные особенности, на наш взгляд, связаны с курсом обучения. Опрошенные выпускники, превосходящие перво- и третьекурсников по уровню сформированности медицинских знаний и умений, владения научной и методической литературой, более профессионально подходят к ранжированию предложенных факторов, отдавая отчет в том, что никакой даже самый преданный друг, равно как и самая «продвинутая» теле- и радиопередача, газетная или журнальная статья не смогут дать квалифицированный ответ на имеющиеся у человека вопросы относительно своего здоровья и/или болезни. Первокурсники только приступили к освоению профессии врача и опираются, в большей степени, на свой жизненный опыт. Видимо поэтому среди них так высок процент значимости друзей-знакомых (49,3 %). Третьекурсники, находящиеся на «экваторе» становления будущего врача, уже смогли обогатить свой жизненный опыт специальными научными представлениями, в силу чего начинают сомневаться в полезности близких, хотя и не разуверились в силе влияния СМИ, газет и журналов.

Включенные в методику факторы здоровья/нездоровья (качество медицинского обслуживания, экологическая обстановка, профессиональная деятельность, особенности питания, вредные привычки, образ жизни, а также недостаточная забота о своем здоровье) являются хорошо знакомыми, и все они, по мнению будущих врачей, являются важными в перечне детерминант, изменяющих физическое и психологическое самочувствие человека: согласие с этим выразили от 76,7 % до 94,5 % респондентов. Значимые различия между испытуемыми исследуемых групп по данному вопросу КК отсутствуют.

Эмоциональный компонент состоит из двух блок-вопросов, направленных на изучение переживаний студентов в ситуации, когда у них все благополучно со здоровьем (6), и когда они узнают о том, что их здоровье ухудшилось (7). Проведенная обработка показала, что из положительных эмоций респондентам присущи спокойствие (93,3 %), удовольствие (90,7 %), счастье (84,3 %) и радость (78,2 %). При отсутствии симптомов болезни у студентов также достаточно часто возникают чувство полной безопасности, свободы, уверенности в себе и внутреннего удовлетворения. Если у юношей и девушек появляются недомогания, то они, как правило, расстраиваются (60,8 %) и испытывают озабоченность (67,0 %). Менее всего при возникновении заболеваний будущие врачи склонны к переживаниям стыда (75,2 %) и вины (53,7 %). По мнению большинства опрошенных (60,3 %), собственное здоровье не может восприниматься безразлично и обязательно вызывает те или иные переживания. В силу этого 57,5 % испытуемых отмечают, что не могут оставаться спокойными при плохом самочувствии, хотя и стараются не поддаваться страхам, нервозности и раздражительности.

³ Здесь и далее в скобках среднее значение в % по всем трем курсам исследуемой выборки.

Сравнительный анализ показал, что в сопоставлении с первокурсниками, на 3-ем курсе значимо меньше тех, кто испытывает в ситуациях благополучия уверенность в себе ($\varphi = 1,786^*$), но больше тех, кто редко чувствует радость ($\varphi = 1,713^*$) и внутреннее удовлетворение ($\varphi = 2,449^{**}$). Диффузным становится и отношение к своему здоровью при его негативном протекании. В частности, растет количество третькурсников, затрудняющихся оценить свои страхи ($\varphi = 1,700^*$), раздражительность ($\varphi = 1,940^*$) и подавленность ($\varphi = 1,878^*$). Однако наиболее разительные отличия проявляются у выпускников ОрГМУ. На фоне юношей и девушек начального периода обучения выпускники демонстрируют более высокие показатели безразличия к своему здоровью в ситуациях его благополучия ($\varphi = 3,539^{***}$), а также расстройства ($\varphi = 2,209^*$), стыда ($\varphi = 1,986^*$), нервозности и тревоги ($\varphi = 1,775^*$) в случаях его ухудшения. В сравнении с третькурсниками, если со здоровьем все хорошо, обучающиеся 6-го года достоверно чаще характеризуются свободой ($\varphi = 1,731^*$) и уверенностью в себе ($\varphi = 1,731^*$), доходящими до чрезмерного безразличия ($\varphi = 3,666^{***}$) и тенденции к утрате любых эмоциональных переживаний в подобного рода жизненных ситуациях ($\varphi = 1,566, p \leq 0,1$). Обнаруживая у себя признаки снижения здоровья, студенты 6-го курса начинают стыдиться ($\varphi = 1,927^*$), винить себя ($\varphi = 1,774^*$), расстраиваться ($\varphi = 2,686^{**}$), раздражаться ($\varphi = 2,093^*$), нервничать ($\varphi = 1,897^*$) и страшиться за будущее ($\varphi = 2,239^*$).

Полагаем, этими различиями и определяются скачкообразные изменения среднего значения ЭК (рис. 1). Снижение балла от 1-го к 3-му курсу обусловлено сменой более позитивного эмоционального фона здоровья первокурсников на неопределенный у третькурсников. Рост балла от 3-го к 6-му курсу связан не столько с усилением эмоций спокойствия, свободы и уверенности, сколько с расширением палитры отрицательных переживаний, в том числе и безразличия в ситуациях благополучия, значимо чаще возникающих у студентов-выпускников при снижении их качества жизни. Видимо, ЭК также подвержен влиянию курса обучения: багаж знаний и профессиональных умений шестикурсников, с одной стороны, дает основание лишней раз не волноваться по поводу периодически возникающих недомоганий («Я знаю, что это, оно не опасно, зачем паниковать?»). С другой стороны, он же служит и «укором совести», если вдруг что-то идет не так, и состояние здоровья начинает ухудшаться («Я же знал, что это, почему я ничего не предпринял?»).

Поведенческий компонент включает в себя также два блок-вопроса: «Делаете ли вы что-нибудь для поддержания здоровья и насколько регулярно?» (8) и «Если вы чувствуете недомогание, то?» (10). Обработка данного компонента показала, что при поддержании своего здоровья испытуемые отдают предпочтение наблюдению за своим весом (50,6 %) и избеганию вредных привычек (59,6 %). Менее всего студентами практикуются забота о режиме дня (52,4 %), закаливание (72,0 %), занятия спортом (55,0 %) и посещение врача с профилактической целью (61,3 %). Со статистической значимостью мы можем констатировать преобладание шестикурсников, старающихся заботиться о режиме труда и отдыха ($\varphi = 1,962^*$ по ср. с 1-ым курсом и $\varphi = 2,435^{**}$ – с 3-им), следить за своим весом ($\varphi = 1,956^*$ и $\varphi = 3,488^{***}$), закаливаться ($\varphi = 1,739^*$ и $\varphi = 1,976^*$) и посещать будущих коллег по вопросам здоровья ($\varphi = 3,124^{***}$ и $\varphi = 1,903^*$). Третькурсники достоверно уступают юношам и девушкам других курсов в стремлении придерживаться диеты ($\varphi = 3,309^{***}$ по ср. с 1-ым курсом и $\varphi = 4,235^{***}$ – с 6-ым) и отличаются от первокурсников, тенденцией к нежеланию следить за своим весом ($\varphi = 1,504, p \leq 0,1$) и посещать спортивные секции ($\varphi = 1,510, p \leq 0,1$). При возникновении проблем со здоровьем опрошенные, в большинстве своем, самостоятельно принимают меры (68,6 %) или обращаются за советом к друзьям, родственникам, знакомым (46,8 %). Первую стратегию чаще используют выпускники ($\varphi = 1,818^*$ по ср. с 1-ым курсом и $\varphi = 2,392^{**}$ – с 3-им), последнюю – первокурсники ($\varphi = 2,376^{**}$ по ср. с 3-им курсом и

$\varphi = 2,082^*$ – с 6-им), что в целом согласуется с характером КК и ЭК и общей «профессионализацией» отношения к здоровью у студентов 6-го курса.

Как свидетельствует рисунок 1, ПК характеризуется аналогичным с ЭК характером «движения» среднего балла (хотя и более сглаженным): снижение от 1-го к 3-му курсу и рост от 3-го к 6-му. Однако, в данном компоненте изменения обусловлены усилением позитивных тенденций у студентов-выпускников. Несмотря на то, что респонденты 6-го курса значимо чаще не обращают на недомогание внимания ($\varphi = 1,721^*$ по ср. 1-ым курсом и $\varphi = 3,231^{***}$ – с 3-им) и предпочитают сами себе оказывать медицинскую помощь, среди них с большей частотой применения встречаются разнообразные варианты поведенческой активности в ситуации неблагополучия со здоровьем, в том числе и посещение врачей. На основании этого даже самолечение, на наш взгляд, можно рассматривать как применение теории на практике и реализацию одного из ведущих принципов избранной профессии – уметь оказать помощь другим и самому себе.

Ценностно-мотивационный компонент представлен тремя блок-вопросами: 1 – оценка студентами важности различных сфер жизни человека; 2 – оценка важности факторов, способствующих достижению человеком успеха в жизни; 9 – оценка причин, мешающих человеку регулярно заботиться о своем здоровье. Анализ полученных данных показал, что в 1 и 2 вопросах более 2/3 респондентов всех трех курсов (от 66,7 % до 94,9 %) оказались практически единодушны в понимании высокой важности указанных сфер жизнедеятельности и факторов успеха. Сравнение курсов попарно статистических различий в оценке факторов не выявило, тогда как по 1 вопросу обнаружены отдельные интересные моменты. Первый касается ценности «счастливая семейная жизнь», демонстрирующей тенденцию к снижению своей значимости на 3-ем и 6-ом курсе в сравнении с первокурсниками ($\varphi = 1,387$ и $\varphi = 1,571$, $p \leq 0,1$). Второй момент раскрывает достоверное снижение на 6-ом курсе ценностей «материальное обеспечение» ($\varphi = 1,793^*$ в ср. с 1-им и $\varphi = 2,588^{**}$ – с 3-им) и «наличие верных друзей» ($\varphi = 2,426^{**}$ и $\varphi = 1,897^*$). Наряду с этим, шестой курс значимо превосходит третькурсников ($\varphi = 1,713^*$) и на уровне статистической тенденции первокурсников ($\varphi = 1,571$, $p \leq 0,1$) в оценке неважности ценности «признание окружающих». Трудно однозначно ответить на вопрос, с чем связаны выявленные особенности: с ростом нравственной зрелости и пониманием, что «не все меряется деньгами», или с индивидуализацией внутреннего мира выпускников, более пристальным вниманием к своему «Я» и самореализации, нежели к социальному окружению, в том числе и к семье? Ответ на данный вопрос не входит в задачи настоящего исследования, однако мы полагаем, что без привлечения дополнительных теоретико-эмпирических данных, в том числе учитывающих влияние социума и СМИ на современную молодежь, однозначно ответить на данный вопрос нельзя.

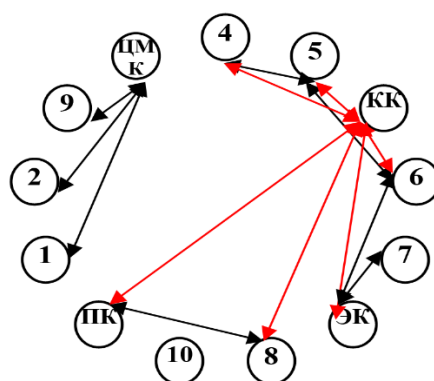
Данные 9 блок-вопроса показывают, что на фоне признания безусловной важности ценности «здоровье» (90,0 %), в реальной жизни будущие врачи не столь последовательны в заботе о своем благополучии. В качестве основных причин такого поведения называются недостаток времени (65,3 %) и воли (39,6 %); выполнение других важных дел (50,5 %); необходимость больших материальных затрат (46,1 %) и отсутствие соответствующих условий (32,0 %); неактуальность регулярной заботы в силу ощущения полноты сил и здоровья (32,8 %). Крайне редко (71,2 %) юноши и девушки оказываются в ситуациях, когда не знают, что следует делать для поддержания здорового образа жизни. При этом первокурсники значимо уступают третькурсникам и шестикурсникам в оценке финансовой составляющей ($\varphi = 1,792^*$ и $\varphi = 2,094^*$). Обучающиеся 3-го года, в сравнении с выпускниками, в большей степени жалуются на нехватку времени ($\varphi = 2,435^{**}$) и наличие других неотложных проблем ($\varphi = 1,609^*$). Студенты, завершающие обучение, достоверно чаще указывают на недостаток компании ($\varphi = 1,673^*$ в ср. с 1-ым курсом и $\varphi = 1,744^*$ – с 3-им) и соответствующих условий

($\phi = 2,191^*$ и $\phi = 1,793^*$), а также на отсутствие желания в чем-либо себя ограничивать ($\phi = 1,763^*$ в ср. с 1-ым курсом).

На втором этапе исследования мы обратились к изучению структуры отношения к здоровью у испытуемых. Проведенный на каждом из курсов корреляционный анализ позволил выявить совокупность корреляционных связей, которые впоследствии были подвергнуты сопоставительному анализу и определению общих для всех групп обучающихся мер совместной изменчивости (рис. 2).

Как видно на рисунке 2, наибольшее количество взаимосвязей имеет общий показатель КК, раскрывающий преимущественно «знаниевый» характер отношения к здоровью у студентов ОрГМУ. Его положительная изменчивость с выделенными переменными сохраняется в структуре отношения к здоровью у всех опрошенных, независимо от года обучения. Более того, компетентность будущих врачей в области здоровья в совокупности разнообразной информации об основных факторах риска/антириска, в отличие от других компонентов, оказалась наиболее целостной, что подтверждается связями 4 и 5 вопросов между собой, а также каждого из них с итоговым значением компонента.

Осведомленность обучающихся оказывает прямо пропорциональное влияние на переживаемые эмоции в отношении собственного здоровья. При этом более «увязанным» выступает 6 вопрос, отражающий эмоциональный фон в ситуации отсутствия болезней и детерминируемый как общим уровнем владения информацией, так и понимаем роли и места разнообразных факторов в общей картине здоровья. Составляющие ЭК между собой не коррелируют, хотя и вносят каждый свой вклад в общую «копилку» переживаний и чувств, связанных со здоровьем. Скорее всего, спектр переживаний испытуемых в ситуациях здоровья/нездоровья настолько индивидуален и вариативен в зависимости от причины и характера благополучия/неблагополучия, что не поддается унификации и жесткому установлению зависимостей.



Примеч. 1: цифрами обозначены блок-вопросы компонентов отношения к здоровью; КК – когнитивный компонент; ЭК – эмоциональный компонент; ПК – поведенческий компонент; ЦМК – ценностно-мотивационный компонент

Примеч. 2: красным цветом выделена переменная, имеющая наибольшее количество взаимосвязей

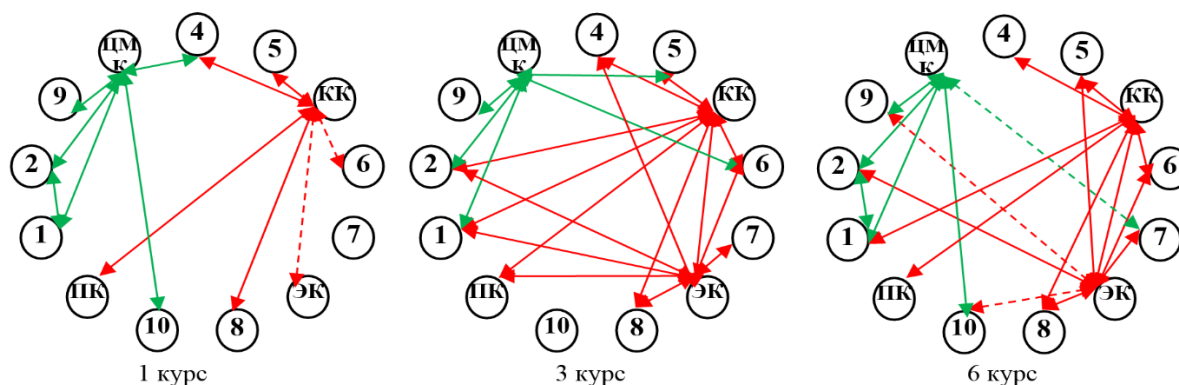
Рисунок 2. Корреляционная плеяда общих взаимосвязей блок-вопросов и итоговых значений компонентов отношения к здоровью у студентов 1-го, 3-го и 6-го курсов ОрГМУ (составлено автором)

В ПК соответствие поступков юношей и девушек требованиям здорового образа жизни опирается на имеющиеся о нем знания (КК) и реальные меры по его поддержанию (8 вопрос). К сожалению, приверженность респондентов здоровому образу жизни не включает в себя действия, совершаемые в случае ухудшения здоровья, о чем свидетельствует «выпадение» 10 вопроса из системы корреляционных связей в целом, а не только ПК. Видимо, забота о здоровье

при снижении его показателей – это поведение, которое возникает в крайних ситуациях и имеет мало общего со здоровым образом жизни как таковым. Можно также предположить, что в представлениях студентов обращение к врачу, к друзьям, самолечение или т. п. – это способы поведения, относящиеся в болезни, а не здоровью, потому и не входящие в здоровое поведение. Определенную настороженность вызывает и отсутствие взаимосвязи ПК и ЭК, раскрывающее наличие двух параллельных систем реагирования: «Знаю-Делаю» и «Знаю-Переживаю». Логичнее полагать, что более эффективной была бы система «Знаю-Переживаю-Делаю», при которой очевидна побудительная и регулирующая роль эмоций в самосохранительном поведении будущих врачей. Однако у обследованных нами студентов в структуре отношения к здоровью данная взаимосвязь не обнаружена.

Наиболее значимую для настоящего исследования информацию предоставляет ЦМК, характеризующийся обособленным расположением и оторванностью от других переменных. Отсутствие мер совместной изменчивости с любым другим блок-вопросом и/или общими показателями отвергает одну из выдвинутых гипотез о его лидирующей и координирующей роли в структуре отношения к здоровью. Складывается впечатление, что данный компонент, определяющий место здоровья в системе индивидуальных ценностей будущих врачей, существует сам по себе, безотносительно имеющихся знаний, переживаемых чувств и реализуемого поведения. Понимая значимость здоровья, его роль в успешности человека и даже осознавая собственные причины недостаточной заботы о нем, респонденты, тем не менее, не переносят такого рода рефлексивное знание в сферу мотивации по сохранению здорового образа жизни. Все это, на наш взгляд, подтверждает имеющиеся в научной литературе выводы исследователей о том, что для молодежи здоровый образ жизни – возможная, а не желательная модель поведения [16, с. 31], при которой ценность здоровья всеми активно декларируется, но реализуется лишь у незначительной части студентов [11, с. 18].

Обращение к структуре отношения к здоровью на каждом из курсов позволило выявить её специфические особенности в зависимости от этапа обучения в ОрГМУ. В каждой группе обследованных было установлено достаточно большое количество мер совместной изменчивости (24, 26 и 35 соответственно). При интерпретации особое внимание было уделено, прежде всего, системообразующим показателям, а также ЦМК. Оба аспекта анализа обусловлены выдвинутыми в исследовании гипотезами (рис. 3).



Примеч. 1: цифрами обозначены блок-вопросы компонентов отношения к здоровью; КК – когнитивный компонент; ЭК – эмоциональный компонент; ПК – поведенческий компонент; ЦМК – ценностно-мотивационный компонент

Примеч. 2: красным цветом выделены переменные, имеющие наибольшее количество взаимосвязей; зеленым цветом – взаимосвязи ЦМК

Примеч. 3: ———— – прямая положительная связь; - - - - - – обратная отрицательная связь

Рисунок 3. Корреляционные плеяды взаимосвязей ведущих показателей в структуре отношения к здоровью у студентов 1-го, 3-го и 6-го курсов ОрГМУ (составлено автором)

Как видно из рисунка 3, в структуре отношения к здоровью у первокурсников ведущим является КК, «притягивающий» к себе общие показатели ЭК ($r = -0,286^*$), ПК ($r = 0,262^*$), свои составляющие (4 и 5 вопрос, $r = 0,668^{***}$ и $r = 0,878^{***}$), а также переживаемые эмоции в ситуациях благополучия со здоровьем ($r = -0,290^*$). Обратные пропорциональные взаимосвязи с показателями ЭК свидетельствуют о том, что широта знаний человека о своем здоровье снижает тревогу и беспокойство, но побуждает к совершению необходимых для поддержания ЗОЖ действий (прямая связь с ПК). Следовательно, формулой структуры отношения к здоровью студентов 1-го курса является: «Знаю-Не переживаю. Знаю-Делаю».

ЦМК бывших школьников представляет собой, прежде всего, комбинацию оценок жизненных сфер и инструментальных ценностей. 9 вопрос, хотя и занимает свое место в системе ценностей, но с другими элементами компонента, как и в единой для всей выборки структуре, взаимосвязей не имеет (рис.2). ЦМК оказывает определенное влияние на целостное отношение к здоровью у первокурсников. С одной стороны, посредством 10 вопроса, демонстрирующего зависимость способов поведения студентов при ухудшении здоровья от его места в системе ценностей ($r = 0,240^*$) и, с другой, косвенно, через различные источники информированности человека в области собственного здоровья (4 вопрос, $r = 0,245^*$).

В структуре отношения к здоровью третьекурсников выделяется две ведущие переменные, имеющие наибольшее количество взаимосвязей: КК и ЭК. Как и у первокурсников, в данной категории испытуемых сохраняются связи КК со своими составляющими (4 и 5 вопрос, $r = 0,776^{***}$ и $r = 0,851^{***}$), с 6 ($r = 0,357^{**}$) и 8 вопросами ($r = 0,317^{**}$), итоговыми значениями ЭК ($r = 0,297^{**}$) и ПК ($r = 0,379^{***}$). При этом имеются и весьма существенные отличия. Во-первых, связь с ЭК и 6 вопросом меняет свой знак с отрицательного на положительный, раскрывая иной характер включения эмоций в структуру отношения. Если у студентов 1-го курса, знания о здоровье и определяющих факторах притупляли эмоции и чувства, то у юношей и девушек 3-го курса, наоборот, прямо пропорционально повышают: чем больше студент знает, тем более выражены его переживания как в ситуациях благополучия, так и неблагополучия. Во-вторых, наряду с корреляциями с ЭК и ПК, КК обретает взаимосвязь с 1 и 2 блок-вопросами ЦМК ($r = 0,434^{***}$ и $r = 0,425^{***}$), тем самым обогащая компетентность будущих врачей в области здоровья пониманием высокой значимости здоровья и тех качеств, которыми для этого должен обладать человек. В-третьих, весомую роль начинает играть ЭК, подкрепляющий обращение респондентов к различного рода источникам для получения знаний о здоровье (4 вопрос, $r = 0,275^*$), приверженность здоровому образу жизни и регулярность заботы о нем (8 вопрос и ПК, $r = 0,247^*$, $r = 0,279^*$), а также место здоровья в иерархии терминальных и инструментальных ценностей личности (1 и 2 вопрос, $r = 0,251^*$, $r = 0,228^*$).

ЦМК, при сохранении взаимосвязей итогового значения с 1,2 и 9 вопросами, утрачивает внутреннюю взаимосвязь 1 и 2 вопросов и внешнюю – с 10 и 4 вопросами. Наряду с этим, появляется прямо пропорциональная зависимость с 5 ($r = 0,323^{**}$) и 6 вопросами ($r = 0,263^*$). Следовательно, если у первокурсников ЦМК проникал в структуру отношения к здоровью через КК и ПК, то у третьекурсников – через КК и ЭК: мотивация в области здорового образа жизни определяется знанием факторов, на него влияющих, и теми чувствами, которые закрепляются и становятся привычными для человека в ситуации благополучия со здоровьем. Таким образом, формулой структуры отношения к здоровью студентов 3-го курса является: «Знаю-Переживаю-Делаю».

В структуре отношения к здоровью выпускников, аналогично 1-му и 3-му курсам, сохраняются связи КК со своими составляющими (4 и 5 вопрос, $r = 0,772^{***}$ и $r = 0,866^{***}$), итоговыми значениями ЭК ($r = 0,311^{**}$) и ПК ($r = 0,244^*$), а также с 6 ($r = 0,389^{**}$), 8 ($r = 0,278^*$) и 1 вопросами ($r = 0,353^{**}$). ЭК, как и у третьекурсников, включает в себя эмоции в ситуациях

благополучия и неблагополучия со здоровьем (6 и 7 вопросы, $r = 0,712^{***}$ и $r = 0,839^{***}$). ЭК и КК, по-прежнему, играют лидирующую роль, однако взаимообусловленность переживаний становится иной. Тогда как с осведомленностью о здоровье ЭК продолжает определяться прямо пропорционально (5 вопрос и КК, $r = 0,311^{**}$ и $r = 0,282^*$), то с поведением в ситуациях его ухудшения изменчивость дифференцируется: переживания стимулируют регулярность действий для заботы о здоровье (8 вопрос, $r = 0,277^*$), но снижают реализацию адекватных активных мер человека по преодолению болезненных симптомов при недомогании (10 вопрос, $r = -0,246^*$). Дополнительным подтверждением служит и отрицательная связь ЭК с 9 вопросом ($r = -0,369^{**}$). Если на 3-ем курсе эмоциональные состояния по поводу здоровья были положительно связаны с источниками, влияющими на компетентность человека в этой области (4 вопрос), то на 6-ом курсе в приоритете оказываются факторы, воздействующие на здоровье (5 вопрос, $r = 0,311^{**}$). В отличие от респондентов-третьекурсников, в структуре отношения здоровья выпускников утрачивается взаимосвязь КК и ЭК с 2 вопросом и, тем самым, осведомленность студентов по вопросам здоровья начинает связываться преимущественно с его оценкой как значимой ценности человека, без учета здоровья как значимого фактора достижения успеха в жизнедеятельности. К сожалению, у шестикурсников, как и у первокурсников, отсутствует и весьма существенная с точки зрения структуры соизменчивость ЭК и ПК, четко представленная лишь на 3-ем году обучения. Все это дает основание сформулировать следующую формулу структуры отношения к здоровью студентов 6-го курса: «Знаю-Не переживаю. Знаю-Делаю. Переживаю-Не делаю».

ЦМК, как видно на рисунке 3, похож на рисунок 1-го курса: вновь обнаруживается совместная изменчивость 1 и 2 вопроса ($r = 0,366^{**}$), а также ЦМК и 10 вопроса ($r = 0,249^*$). Отличительным признаком ЦМК шестикурсников является утрата прямой взаимосвязи с 4 вопросом (в ср. с 1-ым курсом), 5 и 6 вопросами (в ср. с 3-им курсом), но появление обратной зависимости с 7 вопросом ($r = -0,238^*$). При наличии положительных моментов данных корреляций – роль ценности здоровья в поведении по сохранению здоровья и нивелированию негативных переживаний при ухудшении физического и психологического состояния – настораживает разрушение ценностно-когнитивного единства. Здоровье как важнейшая ценность и здоровье как совокупность знаний о нем становятся у выпускников независимыми составляющими в структуре отношения к здоровью, а само включение ЦМК в данную структуру осуществляется благодаря ПК и ЭК: мотивация к сохранению здорового образа жизни – это, прежде всего, минимум эмоций и максимум действий в ситуациях возникновения болезненных симптомов и недомоганий.

Выводы

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

1. Здоровье студентов – особая сфера внимания государства и общества. Потребность рынка труда в медицинских работниках, обладающих высоким уровнем профессиональной компетентности и работоспособности, предъявляет повышенные требования к уровню индивидуальной ответственности специалиста за состояние собственного здоровья, его отношению к своему физическому и психологическому благополучию.

2. Из выдвинутых в начале экспериментальной работы гипотез нашло свое подтверждение лишь первое предположение. Полученные результаты показывают, что на 1-ом, 3-ем и 6-ом курсах обучения структура и содержание отношения к здоровью различаются. При этом отличия носят больше качественный, нежели количественный характер.

У первокурсников структура отношения к здоровью определяется формулой: «Знаю-Не переживаю. Знаю-Делаю». Системообразующим центром структуры выступает

когнитивный компонент, снижающий тревогу и побуждающий студентов к совершению необходимых для поддержания здорового образа жизни действий. Содержательное наполнение компонентов отношения к здоровью раскрывает опору на жизненный опыт студентов (высокая ценность хороших друзей и родственников, их значимость как источников информации о здоровье, преимущественное обращение именно к ним при возникновении проблем со здоровьем и др.).

У третьекурсников структура отношения к здоровью определяется формулой: «Знаю-Переживаю-Делаю». Системообразующими центрами структуры выступают когнитивный и эмоциональный компоненты, положительно связанные с поведенческим компонентом и создающие, тем самым, единую систему знаний, переживаний и действий испытуемых в области собственного здоровья. Содержательное наполнение компонентов отношения к здоровью демонстрирует своеобразный «промежуточный» этап профессионального становления будущего врача, когда предшествующий жизненный опыт начинает вытесняться медицинскими знаниями и умениями, создавая диффузность в оценках компонентов и их составляющих (сомнения в полезности близких, но сохранение доверия СМИ, газетам и журналам как источникам информации, высокое внимание к своему здоровью при жалобах на отсутствие денег и времени для его сохранения и др.).

У шестикурсников структура отношения к здоровью определяется формулой: «Знаю-Не переживаю. Знаю-Делаю. Переживаю-Не делаю». Системообразующими центрами структуры выступают когнитивный и эмоциональный компоненты, однако роль последнего становится дифференцированной: переживания стимулируют регулярность заботы о здоровье, но нарушают адекватность поведения при его ухудшении. Содержательное наполнение компонентов характеризует общую «профессионализацию» отношения и опору выпускников на специальные знания и умения (приоритет врачей как источников информации о здоровье и помощников в ситуациях недомогания, расширение спектра действий по сохранению своего благополучия, усиление эмоциональных реакций при возникновении болезненных симптомов и др.).

Ценностно-мотивационный компонент в структуре отношения к здоровью будущих врачей, независимо от года обучения, лидирующей и координирующей роли не играет. Его содержание представлено, прежде всего, высокими оценками значимости основных сфер жизнедеятельности человека и тех факторов, которые необходимы для достижения успеха, без должной рефлексии причин, снижающих высокую ценность здоровья и необходимость его укрепления. Включение ЦМК в общую структуру осуществляется косвенно, посредством отдельных блок-вопросов других компонентов: на 1-ом курсе – КК и ПК; на 3-ем – КК и ЭК; на 6-ом – ЭК и ПК.

3. Общая для респондентов структура отношения к здоровью отражает его «знаниевый» характер, при котором сохраняющаяся на каждом курсе целостность когнитивного компонента сочетается с переживаниями положительных эмоций в ситуациях благополучия со здоровьем и отдельными поведенческими мерами по его поддержанию. Эмоциональный и поведенческий компоненты в структуре отношения к здоровью не взаимосвязаны, что свидетельствует об отсутствии побудительной и регулирующей роли эмоций в самосохранительном поведении будущих врачей. Ценностно-мотивационный компонент, занимающий обособленное положение в структуре отношения, демонстрирует специфичность мотивации студентов-медиков по сохранению здорового образа жизни, состоящую в «разрыве» между пониманием значимости здоровья и реальным её воплощением в повседневной жизнедеятельности.

Выявленные в исследовании структурно-содержательные особенности отношения к здоровью у студентов-медиков разных лет обучения позволяют определить дальнейшие

перспективные направления изучения заявленной проблемы: динамика и факторы трансформации структуры отношения к здоровью, в том числе, практическая подготовка на базе лечебно-профилактических учреждений как фактор формирования отношения к здоровью, отношение к здоровью во взаимосвязи с качеством жизни, индивидуальными, личностными, регуляторными свойствами студентов и др. Особое внимание должно быть уделено целенаправленной и последовательной психологической работе по формированию отношения к здоровью на всем протяжении обучения студентов в медицинском вузе, позволяющей создать серьезную систему своевременной профилактики и коррекции нарушения здорового образа жизни у будущих специалистов системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов, А.Е. Мир российского студенчества. Конец XIX – начало XX века / А.Е. Иванов. – М.: Новый хронограф, 2010. – 360 с.
2. Лощаков, А.М. Психолого-педагогические основания формирования культуры здоровья студентов классического университета / А.М. Лощаков, Т.В. Карасева. – Иваново: ПресСто, 2018. – 256 с.
3. Попов, В.И. Оценка психологического здоровья студентов медицинского вуза / В.И. Попов, Д.В. Судаков, О.В. Судаков // Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы: монография: в 5 т. / под ред. Н.Ф. Герасименко, П.В. Глыбочко, И.Э. Есауленко, О.Ю. Милушкиной, В.И. Попова, В.И. Стародубова, В.А. Тутельяна. – М.: Издательство «Научная книга», 2019. – 248 с. – С. 110–126. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_42472513_71310250.pdf (дата обращения: 02.06.2020).
4. Судаков, Д.В. Вредные привычки в жизни студентов медицинского вуза / Д.В. Судаков, Е.В. Белов, А.Н. Шевцов, Е.С. Пospelова // Центральный научный вестник. – 2018. – Том 3. №23(64). – С. 23–25. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_36541333_44233071.pdf (дата обращения: 02.06.2020).
5. Веневцева, Ю.Л. Многолетняя динамика состояния здоровья, физической активности и качества питания студентов разных курсов медицинского института / Ю.Л. Веневцева, Н.Н. Царев, Л.В. Путилин, П.Ю. Прохоров // Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы: монография: в 5 т. / под ред. Н.Ф. Герасименко, П.В. Глыбочко, И.Э. Есауленко, О.Ю. Милушкиной, В.И. Попова, В.И. Стародубова, В.А. Тутельяна. – М.: Издательство «Научная книга», 2019. – 248 с. – С. 68–86. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_42472513_71310250.pdf (дата обращения: 02.06.2020).
6. Нефедова, Е.В. Профилактика профессиональных заболеваний опорно-двигательного аппарата у студентов-стоматологов / Е.В. Нефедова, О.А. Азарова, Е.А. Азарова // Медико-биологические и педагогические основы адаптации, спортивной деятельности и здорового образа жизни: сборник научных статей VII Всероссийской заочной научно-практической конференции с международным участием / [под. ред. Г.В. Бугаева, И.Е. Поповой]. – Воронеж: Издательско-полиграфический центр «Научная книга», 2018. – 582 с. – С. 404–407. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_35073047_53571450.pdf (дата обращения: 02.06.2020).

7. Отаралы, С.Ж. Исследование динамики уровня здоровья и структуры заболеваемости студентов КазНУ им аль-Фараби за период с 2009 по 2018 годы / С.Ж. Отаралы, А.С. Жуманова, Н.О. Байзакова, И.И. Круговых, А. Аликей // Теория и методика физической культуры. – 2019. – №3(57). – С. 54–60. URL: <http://tmfk.kz/wp-content/uploads/2017/06/%D2%9A%D2%B1%D0%BB%D0%B1%D0%B0%D0%B5%D0%B2-%D0%90.pdf> (дата обращения: 02.06.2020).
8. Меерманова, И.Б., Состояние здоровья студентов, обучающихся в высших учебных заведениях / И.Б. Меерманова, Ш.С. Койгельдинова, С.А. Ибраев // Международный журнал прикладных и экспериментальных исследований. – 2017. – №2 (часть 2). – С. 193–197. URL: <https://applied-research.ru/pdf/2017/2-2/11244.pdf> (дата обращения: 01.06.2020).
9. Шагина И.Р. Влияние учебного процесса на здоровье студентов / И.Р. Шагина // Астраханский медицинский журнал. – 2010. – №2. – С. 126–131. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_14866308_96857583.pdf (дата обращения: 02.06.2020).
10. Давлетшина, Р.М. Психолого-педагогические детерминанты формирования отношения студентов вуза к своему здоровью в образовательном процессе: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Р.М. Давлетшина. – Екатеринбург, 2013. – 24 с.
11. Завьялов, А.Е. Формирование здорового образа жизни молодежи в современной России: автореф. дис. ... канд. социол. наук / А.Е. Завьялов. – М., 2013. – 21 с.
12. Филоненко, В.И., Образ жизни и отношение к здоровью российских студентов / В.И. Филоненко, А.С. Магранов, Т.С. Киенко // Социологические исследования. – 2019. – №8. – С. 164–166. DOI: 10.31857/S013216250006181-2. URL: <http://socis.isras.ru/files/File/2019/8/Filonenko.pdf> (дата обращения: 02.06.2020).
13. Алексеенко, С.Н. Система обучения в области профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни в медицинском вузе: автореф. дис. ... докт. мед. наук / С.Н. Алексеенко. – М., 2013. – 47 с.
14. Войт, Л.Н. Анализ здоровья и элементов образа жизни студентов медицинского вуза по данным социологического исследования / Л.Н. Войт, О.А. Чередниченко // Амурский медицинский журнал. – 2017. – №1(17). – С. 61–63. DOI: 10.22448/amj.2017.17.61-63. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_29233981_47377908.pdf (дата обращения: 26.12.2018).
15. Говязина, Т.Н. Оценка основных поведенческих рисков в отношении здоровья студентов медицинского университета / Т.Н. Говязина, Ю.А. Уточкина // Анализ риска здоровью. – 2017. – №1. – С. 84–90. DOI: 10.21668/health.risk/2017.1.09. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_28862051_25085275.pdf (дата обращения: 26.12.2018).
16. Логачева, Е.А. Здоровый образ жизни студенческой молодежи среднего российского города: автореф. дис. ... канд. социол. наук / Е.А. Логачева. – Ростов-н/Дону, 2014. – 36 с.
17. Фадеева, Т.В. Здоровье в системе факторов адаптационного поведения студенческой молодежи в социальном пространстве вуза: автореф. ... канд. социол. наук / Т.В. Фадеева. – Пенза, 2014. – 27 с.

18. Фертикова, Т.Е. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности студентов вузов г. Воронежа / Т.Е. Фертикова, А.А. Рогачев, А.Н. Артемов // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2017. – Т. 25, №1. – С. 56–61.
19. Cohen, M. Physicians health themselves: lifestyle education for medical student / M. Cohen // Complement. Ther. Med. – 1999. – №7. – P. 199–205.
20. Mi, Y.H. Current asthma and respiratory symptoms among pupils in Shanghai, China: influence of building ventilation, nitrogen dioxide, ozone, and formaldehyde in classrooms / Y.H. Mi, D. Norback, J. Tao, Y.L. Mi, M. Ferm // Indoor Air. – 2006. – Vol. 16. – №6. – P. 454–464.
21. Чижкова, М.Б. Особенности здоровья студентов-первокурсников с различным уровнем тревожности на начальном этапе обучения в медицинском университете / М.Б. Чижкова // Мир науки. Педагогика и психология. – 2019 – №5. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/41PSMN519.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ.
22. Чижкова, М.Б. Особенности нарушения здорового поведения у студентов медицинского университета разных лет обучения / М.Б. Чижкова // Мир науки. Педагогика и психология. – 2020. – №1. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/23PSMN120.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ.
23. Чижкова, М.Б. Формирование отношения к здоровью у студентов медицинского университета: теория и практика: Монография / М.Б. Чижкова, М.А. Больных. – М.: Издательство «Перо», 2000. – 175 с.
24. Опросник «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской / Психологическая лаборатория. URL: http://xn----7sbbaeiowbgqig8abjbc7acdh6a9czc6mla.xn--p1ai/downloads.php?cat_id (дата обращения: 15.01.2015).
25. Березовская, Р.А. Отношение к здоровью / Р.А. Березовская // Здоровая личность / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2013. – 400 с. – С. 214–244.

Chizhkova Marina Borisovna

Orenburg state medical university, Orenburg, Russia

E-mail: chiztim@list.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2881-8413>

РИИЦ: https://elibrary.ru/author_profile.asp?id=591454

Med students of various study years structural substantive peculiarities of health behavior

Abstract. This paper presents the structure and descriptive content attitude peculiarities health behavior among 1st, 3rd, and 6th-year med students. With the use of the complex questionnaire "Health behavior" by R.A. Berezovskaya as well as the empirical data interpretation and mathematical-statistical processing hypothesis about structural substantive differences of an interrogated phenomenon among med students of various study years were confirmed. But the assumption about the leading part in the structure of the axiological-motivational component relationship was confounded. This component plays a bonding part between knowledge and personality health behavior. For each study year, specific health behavior features are determined by the formula: I know – I don't worry. I know – I do (for 1st study year); I know – I worry – I do (for 3rd study year); I know – I don't worry. I know – I do. I worry – I don't do (for 6th study year). The axiological-motivational component has an indirect effect on the health behavior structure through other components separate block-questions: 1st year – cognitive and behavioral; 3rd – cognitive and emotional; 6th – emotional and behavioral. The substantive components' content of health behavior is observed for 1st-year students with the life experience taken to account, for 3rd-year students – by the gradual life knowledge and behavior modes displacement with acquired special knowledge and skills, for 6th-year students – by the general "professionalization" of health behavior and reliance on the competencies formed in the learning process in the core doctor assets. The general structure of health behavior for all med students has a pronounced "knowledgeable" nature with the leading part of the cognitive component in combination with positive emotions and individual actions of self-preserving behavior. The axiological-motivational component in the general structure of the attitude, presented in isolation from the available knowledge, experienced feelings, and executed behavior, confirms the conclusions in the scientific literature that for young people health and a healthy lifestyle is a possibility rather than a desirable model of behavior in which the value of health is actively declared by all, but is realized only by a small part of students.

Keywords: student; medical school; health; health behavior; the cognitive component; the emotional component; behavioral component; axiological-motivational component