

DOI 10.22394/1818-4049-2020-91-2-118-138

УДК 613.7

**Е. К. Федорищева****И. А. Гареева****К. В. Косилов**

## **Поведенческие стратегии в отношении здоровья у студентов медицинских направлений (социологический анализ)**

*Целью данной работы явилось изучение взаимосвязи между поведенческими стратегиями в отношении здоровья и его объективным состоянием у студентов медицинских специальностей в свете актуальных социологических представлений о моделях здоровьесберегающего поведения. Эмпирическая часть исследования была проведена на базе Дальневосточного федерального и Тихоокеанского государственного медицинского университетов с использованием анкетирования и анализа медицинской документации. Объем выборки составил 827 студентов медицинского профиля обоих полов. Было установлено, что студенты в целом оценивают соответствие своих поведенческих стереотипов здоровьесберегающей модели в 2,7 балла по пятибалльной шкале, при определении поведенческих стратегий в качестве образца для подражания принимают поведение друзей и преподавателей университета. В процессе работы был подтвержден высокий уровень хронической заболеваемости студентов, однако согласно полученным данным, лишь несколько поведенческих стереотипов имеют корреляцию с уровнем заболеваемости средней степени: привычка к рациональному питанию, приверженность основным гигиеническим правилам, соблюдение режима сна и бодрствования. Проведенный анализ позволил высказать предположение о том, что процесс научения новым социальным практикам и формирование поведенческих стратегий в отношении здоровья и здоровьесбережения у студентов медицинских направлений сопровождается высоким уровнем подражательности значимым другим, что подтверждает важную роль копирования индивидом поведенческих установок в процессе адаптации к новым средовым условиям. Одновременно авторы не находят убедительных подтверждений представлениям о приоритетности запланированного поведения, субъективной ожидаемой полезности, мотивации защиты, что может быть связано со слабой склонностью к самоанализу и самооценке у молодых респондентов, обучающихся в медицинских университетах. Полученные данные, на взгляд авторов, также позволяют сделать предварительный вывод о том, что структурно-функциональный подход эффективен при изучении и интерпретации функциональных взаимосвязей между поведенческими установками студентов и средовыми институциональными факторами.*

**Ключевые слова:** *студенты медицинских специальностей, образовательное пространство, здоровьесберегающее поведение, структурно-функциональный подход, социальные процессы.*

---

**Екатерина Кирилловна Федорищева** – ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, Тихоокеанский государственный медицинский университет Минздрава России (690002, Россия, г. Владивосток, просп. Острякова, д. 2). *E-mail:* [katrina.kosilova@yandex.ru](mailto:katrina.kosilova@yandex.ru)

**Ирина Анатольевна Гареева** – д-р социол. наук, доцент, профессор кафедры социальной работы и психологии, Тихоокеанский государственный университет (680035, Россия, г. Хабаровск, улица Тихоокеанская, 136). *E-mail:* [gar\\_ia@mail.ru](mailto:gar_ia@mail.ru)

**Кирилл Владимирович Косилов** – д-р мед. наук, профессор кафедры социальных наук школы искусств и гуманитарных наук, Дальневосточный федеральный университет (690091, Россия, г. Владивосток, ул. Суханова, 8). *E-mail:* [oton2000@mail.ru](mailto:oton2000@mail.ru)

**Введение.** Проблемы инсоциализации студентов медицинских направлений в образовательном пространстве университета в настоящее время занимают значительное место в структуре исследовательского интереса социально-медицинского экспертного сообщества. Это обусловлено острой потребностью лечебно-профилактических учреждений Дальнего Востока России в пополнении молодыми по возрасту, но профессионально зрелыми, высококвалифицированными специалистами, а значит необходимостью повышения эффективности образовательного процесса в соответствующих высших учебных заведениях. Решение этих вопросов, очевидно, может быть связано не только с дальнейшим реформированием системы здравоохранения, устранением имеющихся диспропорций, но и повышением качества подготовки молодых специалистов, повышением уровня компетентности кадрового состава, что во многом связано с реализацией национального проекта «Здравоохранение» [ Улумбекова, Калашникова, 2019. С. 17–20; Улумбекова, Прохоренко, Калашникова, Гинойн, 2019. С. 19–30; Улумбекова, 2017. С. 8–22].

Понятийный аппарат темы исследования включает ряд близких, смежных, но не идентичных конструктов, значение которых следовало бы, на наш взгляд, оговорить заранее. Социальное поведение в профессиональной литературе последнего времени определяется, чаще всего, как совокупность общественных поведенческих процессов, взаимосвязанных с реализацией социальных и физиологических потребностей и формирующихся как ответная реакция на воздействие средовых факторов. Субъект социального поведения – это индивид или группа лиц, реагирующая на стимулы социальной или физической природы в зависимости от уровня социализации. Различия в поведении индивидов, объединенных в социальную группу, зависят как от врожденных биологических инстинктов каждого ее члена, так и приобретенных в процессе индивидуальной социализации качеств, а также определяется комплексом факторов социального взаимодействия внутри сообщества. В свою очередь, под

поведенческой стратегией принято подразумевать совокупность принятых индивидом или социальной группой норм, стереотипов и принципов, определяющих основные, базовые элементы поведения и деятельности в целом. Считается, что поведенческая стратегия включает в себя целеполагание, следование определенным принципам и стереотипам при принятии поведенческих решений и реализации определенных действий, коррекцию основных представлений о нормальном, социально-приемлемом поведенческом рисунке с учетом этических и социально-психологических особенностей определенного коммуникативного пространства. Поведенческая тактика, в отличие от стратегии, подразумевает конкретные способы поведения человека или социальной группы, реализуемые в определенных текущих условиях для достижения поставленной промежуточной цели. К поведенческим стереотипам (или шаблонам) в отношении здоровья принято относить устойчивые формы реализации поведенческих актов, «стандартные» действия, типичные формы реагирования на внешние или внутренние факторы, связанные с физическим или психологическим статусом индивида. Распространяясь в микро- или макросоциальной среде через копирование поведения, подражание значимым другим, такие формы становятся поведенческим «мейнстримом», базовым алгоритмом реагирования социальной группы на различные внешние стимулы. Наконец, под моделью поведения наиболее часто принято понимать более широкое, обобщающее понятие, теоретический конструкт, описывающий социальные взаимосвязи, закономерности их возникновения и реализации. Мотивационные модели в социологии и психологии здоровья (модели континуума) создавались, как правило, для определения предикторов асоциального поведения, связанного с негативным воздействием на коллективное или индивидуальное здоровье, однако в настоящее время активно используются при попытках теоретического обоснования инструментов влияния на формирование здоровьесберегающего поведения.

Образовательное пространство ме-

дицинского университета имеет существенные особенности, связанные с необходимостью серьезных материальных вложений, большой продолжительностью процесса обучения, высокой интенсивностью нагрузок на когнитивную сферу, необходимостью многочасового каждодневного пребывания в специализированных университетских аудиториях, оборудованных лабораторным, диагностическим, мультимедийным инвентарём, симуляторами физиологических процессов, патологоанатомическими макро- и микропрепаратами и т. д. [Алексеенко, Дробот, 2014. С. 41–44; Трапезникова, Савкин, 2015. С. 104–107; Здоровье студентов..., 2012. С. 252–257]. Качество медицинского образования коррелирует с социально-бытовыми, материальными условиями, уровнем администрирования, технической оснащённостью образовательного пространства, психологическим комфортом в микро- и макросоциальной среде и множеством иных переменных [Донченко, 2015. С. 111–115]. Однако одним из наиболее значимых факторов, детерминирующих успешность образовательного процесса, по мнению экспертного сообщества, является уровень здоровья студентов, который, в свою очередь, во многом зависит от реализуемых поведенческих стереотипов. В имеющейся литературе преобладает мнение о том, что крайне высокий уровень заболеваемости в студенческой среде обусловлен не только неблагоприятными средовыми факторами, но во многом является следствием реализации негативных поведенческих моделей студента, скопированных и усвоенных уже в процессе обучения, при взаимодействии со значимыми другими в образовательном пространстве университета [Киенко, 2015; Бакаев, Болотин, 2013; Журавель, 2017. С. 241–244]. Между тем негативные поведенческие привычки имеют от 40 до 72% студентов, наиболее часто упоминаются курение, употребление напитков, содержащих кофеин в высоких дозах, алкоголя, прием психотропных препаратов, седативных средств, анксиолитиков и т.д. [Бруснева, Клименко, 2012. С. 82–86; Джураева, 2014. С. 155–160; Гареева, Соболевская, 2016. С. 127–130].

Однако достаточно часто в специальной литературе под негативными поведенческими стереотипами подразумеваются только перечисленные выше «вредные привычки», в то время как понятие здоровьесберегающего поведения и в целом поведения в отношении здоровья гораздо шире. Под здоровьесберегающим поведением (ЗСП) в социологии здоровья в настоящее время подразумеваются осознанные интеллектуальные действия, направленные на формирование поведенческих решений, а также реализация этих решений на практике [Аварханов, 2017. С. 258–264; Ивахненко, 2010. С. 30–33; Журавлева, Иванова, Ивахненко, 2012. С. 113–129]. Анализ текущей научной литературы по социологии здоровья и общественному здоровью позволяет констатировать отсутствие единого подхода как к нормативной базе, подбору инструментария, так и теоретическому осмыслению проблем поведенческих стереотипов в отношении здоровья, их влияния на уровень заболеваемости и эффективности образовательного пространства в целом. Оценка ЗСП часто ограничивается изолированным изучением физических качеств, формальных показателей физических нагрузок, наличия/отсутствия упомянутых выше негативных привычек, соблюдением рационального режима питания, сна и отдыха, и ряда других параметров. Некоторые исследователи включают в номенклатуру несколько переменных, однако не разграничивают собственно поведенческие стереотипы и факторы, с ними коррелирующие, но не тождественные [Алексеенко, Дробот, 2014. С. 41–44; Бруснева, Клименко, 2012. С. 82–86; Джураева, 2014. С. 155–160]. К примеру, наличие в кампусе условий для полноценного рационального питания по умолчанию считается безусловно положительным средовым фактором, без учета особенностей организации учебного процесса (расписания) и реальных возможностей студентов воспользоваться этими условиями, реализовать на практике потенциальную возможность [Борисова, Белокурова, Лопатин, 2014. С. 21–26].

Таким образом, для исследований динамики социальных процессов, опре-

деляющих эффективность и рациональность поведенческих стратегий в отношении здоровья, в настоящее время характерны разновекторность теоретических подходов, достаточно низкий уровень унификации инструментария, весьма узкий спектр изучаемых параметров и достаточно часто характерно отсутствие интерпретации полученных результатов в контексте теоретических концептов и моделей поведения в отношении здоровья.

Выделяя определенный блок переменных, связанных, к примеру, с социально-бытовыми условиями, материальным статусом или физическим состоянием студентов, многие авторы сопоставляют их уровень с результатами обучения и на этом основании делают выводы о той или иной степени их прямого влияния на конечный результат. При этом не принимается в расчет взаимовлияние этих переменных, изменение их интенсивности в процессе обучения, снижение или повышение восприимчивости к ним студентов на разных этапах пребывания в университете. В большинстве доступных работ делается акцент на определении сравнительно легко измеряемых позиций, в то время как многие потенциально существенные, но нелинейно определяемые переменные, такие как поведенческие стереотипы в отношении здоровья, выпадают из поля зрения ряда экспертов. Между тем изучение типичных поведенческих шаблонов, их сопоставление с текущим состоянием здоровья и осмысление с позиций текущих представлений о моделях поведенческих стратегий, на наш взгляд, позволило бы во многом приблизиться к более четкому пониманию всего сложного комплекса социальных процессов, определяющих в конечном итоге успешность обучения в образовательном пространстве медицинского университета [Болотин, Миронова, Лукина, Ярчиковская, 2016. С. 18–20; Карпенко, 2012. С. 61–63].

В ранее проведенных исследованиях нами была предпринята попытка изучения значимости широкого спектра факторов, детерминирующих поведение в отношении здоровья, а также собственно поведенческих стереотипов, ассоции-

рованных с отношением к здоровью. Мы определили ряд поведенческих шаблонов, наиболее сильно коррелирующих с факторами риска для психоэмоционального состояния студентов, профессионального выгорания, успешности обучения в целом [Федорищева, 2019. С. 97–116; Кузнецов, Косилов, Байрамов, Косилова (Федорищева), Ющенко, Смирнов, 2019. С. 76–92]. Однако нерассмотренным остался вопрос о возможной корреляции наиболее сильных поведенческих стереотипов с объективным состоянием здоровья студентов медицинских специальностей, а также анализ социальных процессов, которые влияют на формирование тех или иных поведенческих шаблонов в отношении здоровья в рамках теоретических моделей здоровьесформирующего поведения. Между тем сама теоретическая база для понимания этих явлений, на наш взгляд, нуждается в дальнейшем совершенствовании: данные теоретического анализа особенностей поведения студентов в отношении здоровья, его взаимосвязи с другими факторами, в том числе объективным состоянием здоровья, в контексте имеющихся моделей поведения в отношении здоровья довольно слабо представлены в текущей литературе [Билувус, Минасян, 2008. С. 68–79; Лепихина, Карпович, 2014. С. 400–403].

**Методологические подходы.** Одним из потенциально наиболее продуктивных и рациональных подходов к исследованию особенностей социально приемлемого, девиантного и пограничного поведения студентов вероятно является его оценка с точки зрения современных интерпретаций теории научения, восходящих к трудам Э. Торндайка, позже – Пинкера, Л. Выготского, А. Бандуры, и их многочисленных последователей [Бандура, 2000; Мертон, 1992. С. 118–124; Пинкер, 2016]. В ряде работ научение новым поведенческим стереотипам при резком изменении условий жизнедеятельности, в частности, при поступлении в университет, рассматривается как естественная приспособительная реакция, адаптация к новым средовым факторам в широком смысле этого понятия [Ковалёв, 1997. С. 150–179; Хабермас, 2004. С. 303–312]. В

процессе такой адаптации происходит «соприкосновение» сформированных поведенческих установок, привычных способов реагирования на те или иные внешние раздражители с новыми средовыми факторами, включая вновь обретенных значимых других, возникновение новых социальных связей и коммуникативных возможностей. По какому пути пойдет это научение и какие формы примет адаптация – преимущественно конструктивные или негативные – зависит от множества обстоятельств.

Структурно-функциональный подход, обогащенный и дополненный современными концепциями, также является привлекательной основой изучения приспособительных поведенческих шаблонов студентов. Методология функционализма имеет глубоко проработанное и доказанное многоуровневое обоснование. Эмпирический, конкретно-научный и обобщающий, философский уровни функционализма дают возможность проследить важнейшие закономерности и ключевые взаимосвязи в социальных процессах, происходящих в микро- и макросообществах, определить значимость влияния конкретных социальных структур и институтов на динамику адаптации индивидов к средовым условиям.

**Модели поведения в отношении здоровья.** Наиболее проработанными в настоящее время теоретическими конструктами, описывающими поведение в отношении здоровья, являются модели «убеждений о здоровье» и «информации – мотивации – навыков», теории запланированного поведения, субъективной ожидаемой полезности, мотивации защиты, а также социально-когнитивная теория [Рассказова, Иванова, 2015. С. 105–130].

Первая из упомянутых моделей предполагает наличие шести факторов, непосредственно влияющих на здоровьесберегающее или здоровьеразрушающее поведение: воспринимаемая уязвимость, «тяжесть», выгода, препятствия, мотивация и стимулы к совершению определенных действий. Авторы модели предполагают, что комбинация различного по уровню воздействия этих переменных в конечном счете приводит к формированию той или иной поведенческой стратегии. Несмотря на ряд критических

замечаний, связанных, прежде всего, с некоторой критериальной неопределенностью факторов, модель достаточно эффективно описывает влияние потенциальных угроз и выгод на поведенческий рисунок конкретного индивида, однако вопросы, связанные с ранжированием факторов, их взаимным потенцированием или ослаблением, в настоящее время во многом остаются открытыми [Цветкова, 2011. С. 166–178].

Модель информации – мотивации – поведенческих навыков, изначально разработанная для прогноза поведенческого рисунка, связанного с ВИЧ-инфицированием, быстро приобрела популярность в связи с хорошим прогностическим потенциалом. Модель предполагает, что поведение, связанное с рисками для здоровья, формируется триадой: информация, мотивация, поведенческие стереотипы [Капльгина, 2016. С. 143–150]. Согласно представлениям авторов, хорошо информированный (и способный осмыслить эту информацию) человек в процессе реализации имеющихся и вновь приобретаемых знаний приобретает мотивацию для изменений поведенческой модели в сторону снижения рисков для здоровья, стремится освоить более сложные, но эффективные навыки профилактики таких рисков. Кроме того, согласно этой концепции уже имеющаяся поведенческая модель предполагает существенное влияние сформированных умений и навыков, которые сами по себе имеют операционно-техническое значение, но значительно упрощают реализацию некоторых форм здоровьесберегающего поведения. Теоретическую новеллу этой модели представляют в основном две позиции. Первая допускает важное значение для принятия поведенческих решений неосведомленности о рисках для здоровья, вторая акцентирует внимание на отсутствии навыков и умений в реализации здоровьесберегающего поведения, которое может существенно исказить поведенческую стратегию индивида. В практическом плане модель относительно легко реализуема, так как активно использует доступные количественному измерению и объективизации понятия. Тем не менее, она достаточно активно критикуется в социологической литературе, прежде всего, за зна-

чительное упрощение рассматриваемых процессов и относительно узкий спектр изучаемых факторов, которые потенциально могут влиять на поведенческие решения в отношении здоровья.

Согласно теории запланированного поведения и модели убеждений о здоровье (пожалуй, наиболее подкрепленных эмпирически к настоящему времени в концепциях поведения в отношении здоровья) поведенческая стратегия индивида в отношении здоровья определяется мотивационными факторами: намерением реализовать на практике представления, убеждением о вреде и пользе определенных действий и способностью к достижению заявленных целей. Намерение осуществить то или иное действие определяется исходными или приобретенными внутренними установками, субъективными нормами и воспринимаемым поведенческим контролем, с помощью которого происходит своеобразная «калибровка» эффективности и достижимости предполагаемых действий [Рассказова, Иванова, 2015. С. 105–130]. С точки зрения обеих концепций, вероятность определенного поведения в отношении здоровья в значительной мере определяется оценкой возможности достижения результата: чем она выше, тем больше шансов, что индивид приступит к практическим действиям. Однако при всей востребованности и популярности этих представлений в литературе имеется большое число критических замечаний в их отношении. Многие авторы указывают на наличие своеобразного «разрыва» между намерениями и реальным поведением, который не вполне объясним только постулируемыми факторами, и говорят о вероятном наличии других переменных, требующих дальнейшего изучения.

Авторы теории субъективной ожидаемой полезности предполагают, что ожидаемый индивидом полезный эффект от сочетания всех действий, направленных на здоровьесбережение, определяет конфигурацию его поступков [Рассказова, Иванова, 2015. С. 105–130; Кирякова, 2015. С. 1–4]. Теория предполагает использование мультипликативного правила, подразумевающего примерное определение индивидом соотношения разных факторов по уровню их субъективной «полезности» или «вреда». Так,

осознавая, что инфаркт миокарда представляет очень серьезный риск для здоровья и жизни, индивид предполагает, что курение сравнительно редко приводит конкретно к этому результату, и может оценить суммарный риск как умеренный. Безусловно, к этой упрощенной схеме необходимо прибавить множество других важных компонентов влияния: примеры курящих всю жизнь пожилых значимых других, устойчивую привычку к курению, напротив, примеры курящих лиц, умерших от инфаркта в сравнительно молодом возрасте и т. д. Основная идея концепции и заключается в предположении о постоянном сознательном и подсознательном анализе индивидом соотношения чувственного, психоэмоционального, интеллектуального удовольствия, позитивных эмоций, получаемых от определенных действий, и возможных негативных последствиях. Некоторую неполноту концепции, связанную, как и в предыдущем случае, с относительно узким спектром и ограниченностью включаемых в анализ переменных, предлагалось дополнить понятием «уверенности» – субъективным представлением о вероятности достижения успеха и рядом других расширений. В связи с перечисленными и оставленными за рамками обсуждения недостатками в первоначальном виде теория используется редко, однако ее базовое понятие о взаимовлиянии разных факторов, коррелирующих с поведением индивида, используется многими экспертами в области социологии здоровья.

Еще одна интересная, с точки зрения понимания процессов здоровьесберегающего поведения, концепция представлена положениями теории мотивации защиты. Ее автор Р. Роджерс предложил оценивать поведение в отношении здоровья как в большей или меньшей степени адаптивную копинг-стратегию, связанную с мотивацией защиты, определяемой двумя разновекторными компонентами: оценками угроз и возможностями их преодоления [Роджерс, 2000. С. 407–429]. К первому относится определение серьезности рисков заболеваний и собственной к ним восприимчивости. Ко второму – оценка результативности адаптивного, здоровьесберегающего поведения и уверенности в своих возможностях. Если

материальный и нематериальный вклад в реализацию здоровьесберегающего поведения определяется как приемлемый, мотивация такого поведенческого рисунка усиливается, и оно полностью или частично реализуется на практике. Впрочем, проведенные метаанализы корреляции между мотивацией защиты и поведением в отношении здоровья позволили установить средний, в некоторых случаях слабый уровень детерминированности, что делает необходимым ее дальнейшее уточнение и дополнение.

Наконец, известная социально-когнитивная теория применительно к поведению в отношении здоровья предлагает считать ключевыми детерминантами такие понятия как самоэффективность и ожидание результата [Мельник, 2004]. В понимании авторов и их последователей понятие самоэффективности предполагает определенную убежденность, уверенность в своих силах и способности реализовать некоторые поведенческие акты. Под ожиданием результата в данном контексте исследователи подразумевают эспектацию эффекта под влиянием как средовых факторов, так и собственных поведенческих актов. Согласно теории здоровьесберегающие поведенческие стереотипы реализуются в том случае, когда индивид считает, что он в состоянии их осуществить и проконтролировать достижение конечного результата.

Анализ социологической литературы, посвященной изучению поведенческих особенностей в отношении здоровья и здоровьесбережения, позволяет предположить, что одним из наиболее валидных и «чувствительных» способов оценки этих процессов в среде студенческой молодежи может считаться структурно-функциональный подход, подразумевающий изучение функциональных зависимостей между поведенческими стандартами в отношении здоровья и структурой заболеваемости, поддержания физического и психического здоровья в рамках образовательного пространства медицинского университета. Введённый в теоретическое пространство социологических парадигм Т. Парсонсом и Р. Мертоном [Мертон, 1992, С. 118–124; Ковалёв, 1997, С. 150–179], существенно дополненный и усовершенствованный к настоящему времени отечественными

и зарубежными исследователями он позволил бы определить ключевые позиции социальных процессов, лежащих в основе формирования здоровьесберегающего поведения и подвергнуть теоретическому осмыслению взаимосвязь поведенческих стереотипов с объективным состоянием здоровья студентов. Сопоставление же полученных данных с теоретическими моделями «убеждений о здоровье», «информации – мотивации – навыков» и иными рассмотренными выше теоретическими конструктами позволило бы глубже осмыслить изучаемый процесс и, возможно, обогатить их новыми эмпирическими подкреплениями.

Проведенный краткий анализ позволил сформулировать цель данной работы: изучение взаимосвязи между поведенческими стереотипами и заболеваемостью у студентов медицинских специальностей в свете актуальных социологических представлений о моделях поведения в отношении здоровья

**Материалы и методы эмпирического исследования.** Прикладное исследование проведено с 01.10.2018 г. по 01.12.2019 г. в Тихоокеанском государственном медицинском университете (ТГМУ) и Дальневосточном федеральном университете (ДВФУ) с использованием стратифицированной по гендерному признаку рандомизации с целью обеспечения равного представительства мужчин и женщин в сравниваемых выборках. Расчет объема выборки осуществлялся с учетом дисперсии исследуемых переменных в ранее проведенных исследованиях подобного типа. Генеральная совокупность, представляющая собой студентов ДВФУ и ТГМУ, составила 29 637 человек, выборочная совокупность – 827 студентов медицинских специальностей: 407 студентов женского пола (50,1%; средний возраст 21,4 года) и 405 – мужского (49,9%; средний возраст 21,6 года). Число студентов, обучающихся на младших курсах, составило 397 (48,9%) человек, старшекурсников – 415 (51,1%), проживавших до поступления в городе 634 (78,1%), в сельской местности – 178 (21,9%). При проведении анкетирования проживали в университетских общежитиях 658 человек (81,0%), 109 (13,4%) – в семье, 45 (5,5%) – на съемных квартирах. Отклик составил 93,2%. Перед началом

исследования все респонденты получали полную информацию об анонимном характере анкетирования и письменно подтвердили свое информированное согласие на сбор данных.

Студентам, подтвердившим свое участие в исследовании, было предложено заполнить анкеты самооценки качества жизни студента вуза [Поздеева, 2008], с дополнениями авторов [Федорищева, 2019. С. 97–116; Кузнецов, Косилов, Байрамов, Косилова (Федорищева), Ющенко, Смирнов, 2019. С. 76–92]. Стандартная анкета содержит 56 вопросов, сгруппированных в блоки и связанных с социально-экономическими, демографическими, психологическими и другими факторами, влияющими на поведенческие стереотипы в отношении здоровья. Для получения данных о самих поведенческих стереотипах анкета была дополнена отдельным блоком вопросов, которые показали значимую взаимосвязь с успешностью обучения в прошлых исследованиях (режиме сна и бодрствования, труда и отдыха, наличии вредных привычек, выполнении основных гигиенических правил и требований, выполнении предписаний врача в случае заболевания, эпизодах самолечения, действиях при появлении симптомов заболеваний, самоанализа физического и психологического состояния, наличии промискуитета). Ответы ранжировались по шкале от 1 (минимальное значение) до 5 баллов. Внесение отдельным параграфом в анкету открытого вопроса о значимых других, чье поведение и поступки для респондентов являются образцовыми примерами для подражания, позволило получить данные об их влиянии на поведенческие стереотипы респондентов. При дополнении анкеты этим вопросом мы учитывали данные других исследовательских коллективов, занимавшихся близкими по тематике разработками [Бруснева, Клименко, 2012. С. 82–86; Журавлева, Иванова, Ивахненко, 2012. С. 113–129; Корниенко, Козлов, Отавина, 2016. С. 577–581; Здоровье и поведение..., 2004].

Объективное состояние здоровья студентов оценивалось по уровню заболеваемости, данные были получены из документов медицинской отчетности (Ф112у; Ф001-1/у) студенческих поликлиник после ознакомления респондентов с принципами обезличивания информации и

получения информированного согласия. Индекс коморбидности Чарлсона рассчитывался в соответствии с ранговой таблицей хронических заболеваний по листу уточненных диагнозов.

Значимость различий считалась достоверной при доверительной вероятности 95% и доверительном интервале  $\pm 5\%$ ; значимость взаимосвязи между средними значениями переменных оценивалась при расчете коэффициента Спирмена. Уровень корреляции считался высоким в диапазоне значений  $R = 0,8-1,0$ , средним -  $R = 0,5-0,7$ . Статистическая значимость отсутствующих переменных вычислялась с использованием теста Вальда. Статистическая обработка проведена прикладной программой «Statistica 10.0».

**Результаты.** В 33 (4,1%) случаях при обработке анкет был выявлен дефект их заполнения, связанный преимущественно с ошибками или нечитаемыми обозначениями. Анализ полных и неполных данных по методу Вальда позволил отвергнуть гипотезу о статистической значимости различий для сравнения. В процессе исследования массива полученных данных мы не обнаружили различий между средними значениями переменных по признаку пола и возраста.

Согласно полученным данным, средняя оценка студентами обоих полов соблюдения режима сна и бодрствования оказалась равной  $3,4 \pm 0,9$  баллов, наличия вредных, негативных привычек –  $3,5 \pm 1,0$  балла (реверсивная оценка). Приверженность базовым гигиеническим правилам студенты оценили в  $4,5 \pm 0,6$  балла, регулярность занятия физическими упражнениями – в  $2,1 \pm 0,7$  балла, выполнение режима регулярного и рационального питания – в  $3,2 \pm 1,0$  балла. При определении «медицинской активности» удалось выяснить, что респонденты оценивают собственные поведенческую активность при выполнении назначений врача в  $2,2 \pm 0,9$  балла, деятельность по самолечению в случае заболевания в  $2,9 \pm 1,2$  балла, по самоанализу физического и психологического статуса –  $1,4 \pm 0,2$ , по самооценке патологических симптомов при их возникновении –  $3,9 \pm 0,9$ . Профессиональное выгорание студенты оценили в среднем в  $1,5 \pm 0,4$  балла («зеркальная» оценка), наличие промискуитета – в  $0,8$

$\pm 0,4$  баллов. Средняя суммарная самооценка поведенческих стереотипов составила  $2,7 \pm 0,5$  балла.

Результаты опроса, касающегося лиц, которых респонденты воспринимают как примеры для подражания, позволил установить следующее. Около 45,6% студентов стараются копировать или принимать за образец поступки и действия университетских друзей, 29,5% – лиц, с которыми они поддерживают дружеские отношения вне стен кампуса, 26,7% – преподавателей и представителей администрации университета, 15,7% – лидеров мнений, ньюсмейкеров студенческой и молодежной среды, 14,2% – родителей, другие ответы дали 10,3% респондентов. Вопрос был открытым и предполагал возможность дать более 1 ответа (сумма более 100%).

По данным анализа медицинской до-

кументации на момент исследования у 25,4% всех студентов отмечались хронические заболевания (в стадии ремиссии) желудочно-кишечного тракта, у 8,4% – респираторной, у 7,9% – нервной, у 6,9% – мочеполовой систем. Общий процент хронической соматической заболеваемости составил 59,2%, что в целом соответствует данным других авторов. Индекс коморбидности Чарлсона составил 1,4 балла, средняя частота обращаемости по заболеваниям (в год) – 1,3, число дней пропуска по болезни в год – 5,8, среднее число заболеваний – 0,6.

На рисунке 1 представлены результаты анализа корреляции между переменными, характеризующими самооценку поведенческих стереотипов в отношении здоровья, и наиболее значимыми маркерами объективного состояния здоровья: индексом коморбидности и уров-

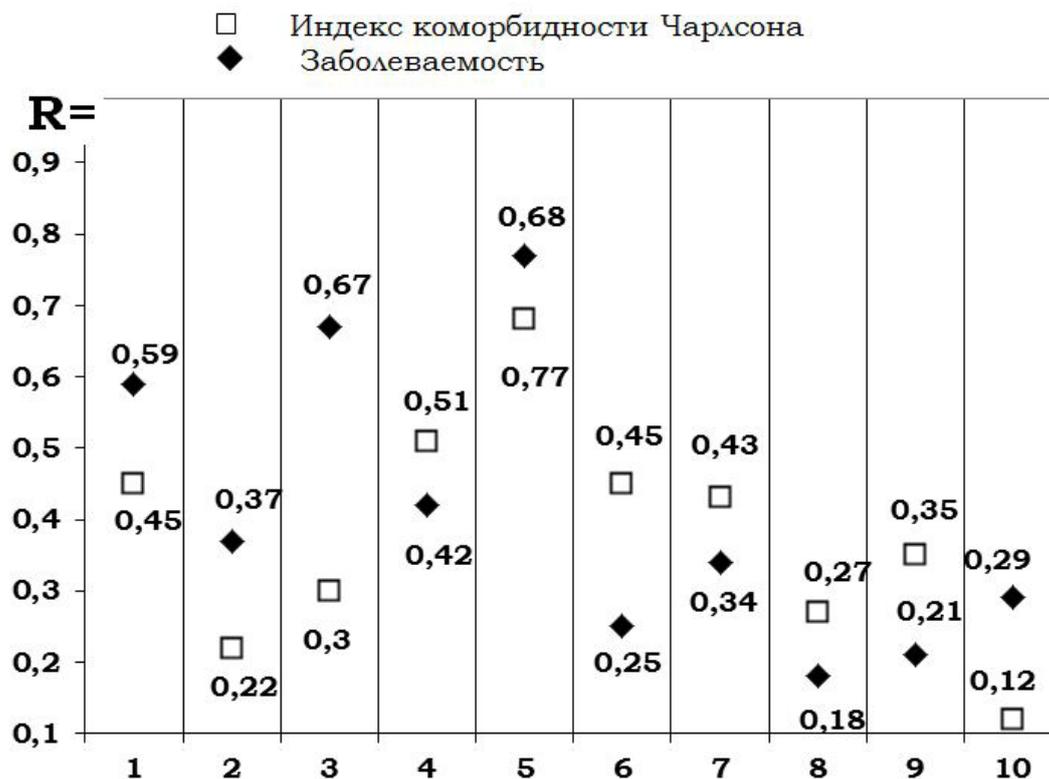


Рис. 1. Корреляция описательных переменных, характеризующих заболеваемость в студенческой среде с показателями самооценки поведенческих стереотипов ( $n=827$ ).

Примечание. Поведенческие стереотипы:

1 соблюдение режима сна и бодрствования; 2 наличие вредных, негативных привычек; 3 приверженность базовым гигиеническим правилам; 4 регулярность занятия физическими упражнениями; 5 наличие рационального питания; 6 выполнение назначений врача; 7 самолечение; 8 самоанализ физического и психологического статуса; 9 самооценка патологических симптомов; 10 промискуитет.

нем заболеваемости.

Как видно из приведенных графических данных, ни одна из представленных переменных, количественно описывающих самооценку поведенческих стереотипов в отношении здоровья, не оказалась сильно взаимосвязана с объективными маркерами здоровья. В то же время взаимосвязь среднего уровня была отмечена у показателя заболеваемости с привычкой к рациональному полноценному питанию ( $R = 0,68 \pm 0,09$ ;  $p < 0,05$ ), приверженностью основным гигиеническим правилам ( $R = 0,67 \pm 0,11$ ;  $p < 0,05$ ), соблюдением режима сна и бодрствования ( $R = 0,59 \pm 0,08$ ;  $p < 0,05$ ). Корреляция среднего уровня была обнаружена между индексом коморбидности и рациональным отношением к питанию ( $R = 0,77 \pm 0,13$ ;  $p < 0,05$ ), наличием регулярных занятий физическими упражнениями ( $R = 0,51 \pm 0,11$ ;  $p < 0,05$ ).

**Обсуждение результатов.** Анализ массива данных, полученных в результате проведенного эмпирического исследования, позволил выяснить, что лишь немногие устойчивые поведенческие стереотипы относительно сильно коррелируют с заболеваемостью в студенческой среде. К ним можно отнести установку на полноценное рациональное питание, приверженность базовым гигиеническим правилам, соблюдение режима сна и бодрствования, регулярные занятия физическими упражнениями. Интересно, что полученные данные хорошо согласуются с результатами наших собственных исследований [Кузнецов, Байрамов, Смирнов, Косилова, Косилов, 2019. С. 10–15; Гареева, 2016. С. 275–278] и данными некоторых экспертов [Миннибаев, Мельниченко, Прохоров, Тимошенко, Архангельский, Гончарова, Мишина, Шашина 2015. С. 57–60; Новохатская, Яковлева, Калитина, 2017. С. 281–285] о взаимосвязи этих переменных с текущей и академической успеваемостью студентов медицинских университетов, а также с успешностью обучения в целом.

В то же время при ожидаемо высоких цифрах хронической заболеваемости студентов-медиков (59%) сами они достаточно высоко оценили реализацию

в повседневной жизни ряда поведенческих актов и стереотипов в отношении здоровьесбережения: судя по средним значениям оценок большинство студентов привержены базовым гигиеническим правилам, в целом придерживаются основных правил регулярного и рационального питания, сравнительно редко практикуют вредные привычки, мало подвержены профессиональному выгоранию, промискуитету. Одновременно большинство респондентов признали отсутствие склонности к рефлексии при отсутствии патологической симптоматики, точному выполнению назначений врача. В целом студенты оценили свое поведение в отношении здоровья по шкале «негативные, вредные для здоровья привычки - положительные поведенческие стереотипы» в 2,7 балла, подтвердив предположения о разнонаправленности алгоритмов поведения в отношении здоровья и наличии существенных поведенческих проблем, требующих вмешательства и коррекции со стороны педагогического и административного состава высшего учебного заведения.

Респонденты, принявшие участие в опросе, указали, что в общей сложности в 75% случаев при выстраивании собственного поведенческого рисунка ориентируются на лиц, с которыми поддерживают дружеские отношения в университете или вне его стен, еще в 16% в качестве образцов для подражания были названы лидеры мнений, ньюсмейкеры студенческой и молодежной среды, что в целом соответствует данным литературы. Достаточно неожиданным оказался результат, указывающий на то, что в 27% случаев студенты готовы принять в качестве образца для подражания преподавателей и представителей администрации университета. Объяснить эту особенность вероятно можно вспомнив специфику медицинского образования. Традиционно в процессе обучения студент-медик получает как подробную информацию о профессиональных компетенциях, так и значительный объем данных из номенклатуры общекультурных, общепрофессиональных компетенций, в том числе об авто-

ритетных ученых, исследователях, популяризаторах научного медицинского знания, врачах-подвижниках, приобщается к историческим аспектам развития медицинской науки [Алексеев, Дробот, 2014. С. 41–44; Федорищева, 2019. С. 97–116; Кузнецов, Байрамов, Смирнов, Косилова, Косилов, 2019. С. 10–15; Гареева, 2016. С. 275–278]. Легко допустить, что научившись на первых курсах обучения с пиететом относиться к энтузиастам и первопроходцам научного подхода, лидерам научного мира, он экстраполирует их авторитет, своеобразную харизму на профессорско-преподавательский и административный состав собственного университета, принимает наиболее ярких и интересно мыслящих преподавателей в круг значимых других, начинает ориентироваться на их поведенческий стиль в качестве образца для подражания.

Впрочем, одним из наиболее существенных результатов, полученных в этой части эмпирического исследования, на наш взгляд, является не столько высокий удельный вес студентов, указавших на стремление копировать поведенческие стереотипы профессорско-преподавательского состава, сколько сам по себе факт подтверждения студентами в своих ответах высокого уровня подражательности при формировании поведенческих стратегий, ориентира на авторитетных значимых других, имитации их поведенческих стереотипов. Эти данные хорошо укладываются в представления Э. Торндайка и его последователей о социально адекватном поведении личности в новой среде как результате научения при продуктивном контакте со значимыми другими и выборе наиболее адаптивной модели поведения, позволяющей эффективно «встроиться» в новые социальные связи и взаимоотношения. В то же время они не противоречат идеям Ю. Хабермаса о коммуникативном воздействии на процесс научения (студенты подтвердили коммуникативную значимость множества социальных связей и, в первую очередь, с лицами, с которыми они поддерживают дружеские отношения), а также взглядам Г. Тарда и его современных

адептов о существенном значении подражания и копирования поведенческих установок в процессе адаптации индивида к новым условиям среды [Хабермас, 2004; Рассказова, Иванова, 2015. С. 105–130; Цветкова, 2011. С. 166–178].

Такая адаптация, впрочем, достигается через подражание не только безусловно позитивным образцам поведенческого опыта. Неслучайно сами респонденты оценивают свои поведенческие стереотипы весьма умеренно: примерно в половину от максимально возможных значений. Адаптируясь к новой, часто достаточно агрессивной по отношению к ним среде, они нередко перенимают асоциальные поведенческие стереотипы значимых других. Мы упоминали выше значительную притягательность для большей части респондентов поведенческих шаблонов представителей профессорско-преподавательского состава, но он может быть и деструктивным: интересный как личность, как специалист, профессионал преподаватель вполне может злоупотреблять курением, не обращать внимание на свою внешность, не следить за физическими параметрами и в таком качестве вполне может служить образцом для подражания части студенческого коллектива. Адаптация к образовательному пространству может содержать и негативные поведенческие компоненты (приобщение к вредным привычкам, нарушение режимов сна/бодрствования, труда/отдыха, питания и т. д.) в качестве своеобразной «компенсации» за избыточные интеллектуальные, психоэмоциональные, физические нагрузки. Возврат в зону психологического комфорта может обеспечиваться приобщением к деструктивной культуре разнообразных фанклубов и пабликов (оффлайн и онлайн), приемом седативных препаратов, анксиолитиков, обращением к экстремальным видам спорта и т. д. Причем в силу возраста, т. е. за счет значительных внутренних резервов, максимально эффективного за весь период жизни гомеостаза и быстрого восстановления, немедленных очевидных последствий для состояния здоровья эти поведенческие практики во многих случаях не имеют,

что позволяет негативным стереотипам закрепляться, принимать вид устойчивых поведенческих шаблонов.

Возможно также, если асоциальные, нерациональные варианты приспособления к образовательному пространству университета оказывают немедленный ощутимый эффект, то возвращающийся в зону физического и психологического комфорта индивид, хотя и отдаст себе отчет в его деструктивности или даже прямом вреде для здоровья, может подобрать в качестве оправдания своих действий, придания им видимости общепринятых практик, образец для подражания из числа значимых других, придерживающихся аналогичных поведенческих стереотипов. В этом случае взгляды на подражательность как основной и ведущий приспособительный механизм встраивания индивида в новую социальную среду университета могут быть подвергнуты некоторому сомнению. Трудно отрицать, что копирование поведенческих стереотипов играет важную роль для большинства респондентов, однако по крайней мере часть из них может использовать и обратный механизм: не прямое подражание поведенческому рисунку, а следование собственным желаниям и позывам, потакание собственным слабостям и влечениям с последующим «самооправданием» ссылаясь на негативные стереотипы, свойственные некоторым из значимых других [Мертон, 1992, С. 118–124; Бандура, 2000; Рассказова, Иванова, 2015. С. 105–130; Цветкова, 2011 С. 166–178].

В настоящем исследовании мы, подтверждая ранее артикулированные данные других авторов, выявили слабую склонность студентов к рефлексии, анализу осуществленных и планируемых действий и соотношению их с последующим среднесрочным и долгосрочным результатом. Это обстоятельство позволяет также предположить, что теории запланированного поведения, субъективной ожидаемой полезности, мотивации защиты, во многом точно и даже исчерпывающе описывающие и объясняющие поведенческие стереотипы зрелых людей с устоявшимися представлениями и ми-

ровоззренческими взглядами, возможно неполностью применимы к молодым людям, обучающимся в университете, с их психоэмоциональной лабильностью, неустойчивостью восприятия, поспешностью суждений, отсутствием привычки к системному анализу получаемой информации. «Включаясь» в образовательное пространство молодые люди попадают в массивный информационный поток, и приобрести навыки работы с ним, научиться сепарировать ценную информацию от мало значимой и ложной им еще только предстоит. Собственно весь процесс обучения в университете представляет собой не только накопление профессиональных компетенций и навыков, но и постепенное, с ошибками и просчетами, выстраивание собственной системы маркеров значимости получаемой информации, иерархии индикаторов достоверности данных. Осознание необходимости рефлексии, самоанализа, соотнесение собственных действий и их последствий – процесс постепенный, длительный, сопряженный с серьезной интеллектуальной работой и на первых этапах вторичной инсоциализации легко заменяемый копированием действий, поступков, решений значимых других [Рассказова, Иванова, 2015. С. 105–130; Кирякова, 2015. С. 1–4; Мельник, 2004. С. 65–66]. В этой связи предположение об анализе ожидаемой полезности того или иного поведенческого рисунка, мотивировании каких-либо действий результатами размышлений о соотношении пользы и рисков, среднесрочном и отдаленном планировании действий и поступков исходя из представлений об их «вреде» или «пользе» для здоровья именно для индивидов данного возрастного диапазона вряд ли выглядит убедительным и бесспорным. Отсутствие выраженной корреляции между большинством неосновных, «вторичных» индикаторов здоровьесберегающего поведения и объективным состоянием здоровья, которое мы выявили в процессе анализа результатов, представляется одним из подкрепляющих аргументов такого предположения. Одновременно тот факт, что такие базовые поведенческие стереотипы, как привычка к ра-

циональному питанию, основные гигиенические навыки и соблюдение режима сна-бодрствования взаимосвязаны с уровнем здоровья, на наш взгляд, могут служить дополнительным доводом в пользу модели «убеждений о здоровье», поскольку эти базовые представления несомненно формируются в семье, в школе задолго до поступления в университет и входят в своеобразную систему исходных, фундаментальных представлений о «вреде» и «пользе», относительно устойчивых к любым внешним влияниям, в том числе со стороны вновь обретенных значимых других. Безусловно, сказанное является лишь предположением, согласующимся, впрочем, с результатами корреляционного анализа между маркерами поведенческих шаблонов студентов и индикаторами объективного состояния их здоровья, и нуждается в дальнейшей проверке и уточнении, однако эта интерпретация позволила бы, при определенном развитии, лучше понять противоречия в поведенческих стратегиях студентов-медиков и, возможно, сформулировать предложения по их оптимизации.

Одновременно структурно-функциональный подход позволяет проследить очевидные функциональные взаимосвязи между «точками уязвимости» поведенческих стратегий и структурно-институциональными проблемами, свойственными образовательному пространству университета. Так, сопоставляя оценку приверженности режиму регулярного и рационального питания с материальными возможностями студентов, наличием доступных пунктов питания и обеденных перерывов в расписании занятий, мы можем предположить, что социально-экономические и административные факторы оказывают несомненное и часто негативное влияние на реальный поведенческий рисунок, искажают потенциально позитивные, «правильные» поведенческие решения [Федорищева, 2019. С. 97–116; Капльгина, 2016. С. 143–150; Мельник, 2004. С. 65–66]. Низкая оценка регулярности занятий физическими упражнениями может быть сопряжена со слабой доступностью спортивных сооружений, клубов

и организаций, недостаточным информированием, отсутствием свободного времени из-за перегруженности учебного расписания и рядом других обстоятельств. Столь же низкая оценка поведенческой активности при выполнении назначений врача может коррелировать со слабой доступностью квалифицированной медицинской помощи, отсутствием материальных возможностей для покупки дорогостоящих лекарств, трудностью «отработки» пропущенных по болезни лекционных и семинарских занятий и т. д.

**Заключение.** В процессе данного исследования мы предприняли попытку определения соотношения поведенческих стратегий в отношении здоровья с его объективным состоянием у студентов медицинских университетов, а также попытались выяснить наиболее значимые для них поведенческие ориентиры в свете основных актуальных моделей здоровьесформирующего поведения. На основании полученного эмпирического материала предполагалось также оценить: какие из наиболее разработанных, актуальных в настоящее время моделей поведения в отношении здоровья могут оказаться оптимальными для понимания особенностей приспособительного поведения данной категории лиц.

Было установлено, что студенты в среднем оценивают соответствие своих повседневных поведенческих стереотипов здоровьесберегающей модели в 2,7 балла из пяти возможных. Наиболее близко к эталонному были оценены такие шаблоны поведения в отношении здоровья как приверженность базовым гигиеническим правилам, соблюдение режима сна и отдыха, самооценка патологических симптомов при возникновении заболевания, выполнение режима рационального питания; низкую оценку получили регулярные физические нагрузки, самоанализ физического и психологического статуса и ряд других элементов повседневного поведения. Согласно полученным данным студенты медицинских направлений при формировании «линии поведения» наиболее часто принимают за образец и копируют поведение друзей, преподавателей

университета, значительно реже – лидеров мнений и родителей. Исследование подтвердило высокий уровень хронической заболеваемости студентов. Мы выяснили также, что лишь немногие из «стандартных» поведенческих предпочтений взаимосвязаны с уровнем заболеваемости. Среди них привычка к рациональному питанию, приверженность основным гигиеническим правилам, соблюдение режима сна и бодрствования.

Анализ эмпирических данных, полученных в процессе работы, позволил сделать вывод, что процесс научения новым социальным практикам и формирование поведенческих стратегий в отношении здоровья, являющихся частью адаптационного механизма к новой социальной среде, сопровождается копированием поведенческих стереотипов значимых других и, прежде всего, лиц, с которыми студенты поддерживают дружеские отношения, а также преподавателей университета. Полученные данные о том, что подражательность, имитационные модели в отношении здоровья имеют важное адаптационное значение в студенческой среде, хорошо согласуются с представлениями последователей Г. Тарда о роли копирования индивидом поведенческих установок в процессе адаптации к новым средовым условиям. В то же время мы не нашли подтверждения тезисам, представленным в ряде теорий и моделей поведения в отношении здоровья, о приоритетности запланированного поведения, субъективной ожидаемой полезности, мотивации защиты, что, вероятно, связано со слабой рефлексией у молодых респондентов-обучающихся в медицинских университетах.

Одновременно полученные данные позволяют сделать предположение о том, что структурно-функциональный подход делает возможным выявление и интерпретацию ряда функциональных взаимосвязей между поведенческими установками студентов и средовыми институциональными факторами, что облегчает понимание процессов адаптации студентов к образовательному пространству медицинского вуза.

Авторы отдают себе отчет, что про-

веденное исследование несвободно от ограничений и упрощений. Номенклатура рассмотренных поведенческих стереотипов, безусловно, не является исчерпывающей и нуждается в дальнейшем расширении. Регрессионный анализ позволил бы провести отбор наиболее значимых факторов вне зависимости от корреляции с объективным уровнем заболеваемости: эти данные явились бы самоценными и позволили бы приблизиться к более четкому пониманию закономерностей «встраивания» студентов в университетский микросоциум. В дизайн исследования не вошло и построение двух- или многокомпонентной модели, описывающей процессы адаптации студентов с позиций структурно-функционального подхода.

Тем не менее результаты этой работы, на наш взгляд, могут быть интересны социологам, занимающимся проблемами адаптации студентов к образовательному пространству университета; психологам, изучающим поведенческие стереотипы в студенческой среде; педагогам высшего образования; врачам-организаторам и иным специалистам, исследующим здоровьесберегающее и здоровьедеформирующее поведение в студенческой среде.

Основные векторы коррекции поведения в отношении здоровья:

- высокий уровень подражательности и незначительная рационализация поведения позволяют сделать предположение о высокой эффективности в формировании здоровьесберегающего поведения студентов через интерактивные коммуникативные площадки типа Твиттер, Инстаграм, Телеграм, Вконтакте, Фейсбук и другие средства донесения позитивного месседжа здорового образа жизни;

- акцентуация внимания студентов медицинских направлений на позитивных поведенческих примерах профессорско-преподавательского состава медицинского университета, продвижение в пабликах и коммуникативных платформах лидеров общественного мнения, реализующих здоровьесберегающее поведение и одновременно имеющих в молодёжной студенческой среде

притягательные для копирования черты, конфигурацию личностных качеств;

- формирование и активное использование технических средств для получения обратной связи, контроля и анализа преобладающих в студенческой среде поведенческих стереотипов и моделей поведения;

- позитивное и негативное административное реагирование на прецеденты здоровьесберегающего и деструктивного в отношении здоровья поведения в студенческой среде, использование принципа неотвратимости поощрения и взыскания за определенные поведенческие акты в образовательном пространстве медицинского университета;

- повышение эффективности «управления комфортом», в том числе бытовым, в образовательной среде вуза.

#### Список литературы:

1. Аварханов М. А. Технология формирования здоровьесберегающего поведения студентов в процессе физического воспитания в вузе // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Педагогика. 2017. № 2. С. 258–264.

2. Алексеенко С. Н., Дробот Е. В. Категории жизнестойкости и качества жизни у студентов медицинского вуза в сопряженности с самооценкой здоровья // Земской врач. 2014. № 2 (23). С. 41–44.

3. Бакаев В. В., Болотин А. Э. Показатели готовности студентов к здоровьесберегающему поведению // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2013. № 12 (106). С. 36–39.

4. Бандура А. Теория социального научения. СПб.: Евразия, 2000. 320 с.

5. Биловус В. К., Минасян А. А. Установки молодежи на здоровьесберегающее поведение // Создание условий в учебных заведениях высшего профессионального образования, обеспечивающих охрану и укрепление физического, психологического и социального здоровья обучающихся, формирование устойчивой мотивации на здоровье и здоровый образ жизни: мат. межвуз. Науч.-практ. конференции. Шахты, 2008. С. 68–79.

6. Болотин А. Э., Миронова О. В.,

Лукина С. М., Ярчиковская Л. В. Содержательные и организационные аспекты формирования навыков здорового образа жизни у студентов вузов // Теория и практика физической культуры. 2016. № 6. С. 18–20.

7. Борисова Л. М., Белокурова Е. С., Лопатин С. А. Здоровьесберегающие технологии – как профилактические меры по сохранению и укреплению здоровья студентов вузов // Безопасность жизнедеятельности, 2014. № 8. С. 21–26.

8. Бруснева В. В., Клименко Т. В. Значимые факторы и условия жизни, влияющие и формирующие состояние здоровья студенческой молодежи города Ставрополя // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2012. № 3. С. 82–86.

9. Гареева И. А., Соболевская Т. В. Роль социальных барьеров в формировании стратегий поведения в отношении здоровья у студентов // Материалы секционных заседаний 56-й студенческой научно-практической конференции ТОГУ: в 2 т. Т. 2. Хабаровск: Изд-во ТОГУ, 2016. С. 127–130.

10. Гареева И. А. Социальные барьеры современной системы здравоохранения // Современные проблемы экономического развития предприятий, отраслей, комплексов, территорий: материалы междунар. науч.-практ. конф. (Хабаровск, 25 апр. 2016 г.): в 2 т. Т. 2. Хабаровск: Изд-во ТОГУ, 2016. С. 275–278.

11. Джураева Н. С. Здоровье, здоровьесберегающее поведение и качество жизни студентов. Модели, системы, сети в экон. техн. природе и о-ве. 2014. № 3. С. 155–160.

12. Донченко В. И. Структурная модель обучения студентов-медиков здоровьесберегающим технологиям // Концепт. 2015. № 10 (октябрь). С. 111–115.

13. Журавель В. В. Поведенческие факторы здоровья студенческой молодежи // Культурные тренды современной России: от национальных истоков к культурным инновациям: сб. докладов V Всерос. (с междунар. участием) науч.-практ. конф. студентов, магистрантов, аспирантов и молодых учёных; в 3-х т. / отв. ред. С. Н. Борисов, И. Е. Белогорцева, В. С. Игнатова, Е. В. Бронникова. Белгород, 2017. С. 241–244.

14. Журавлева И.В., Иванова Л.Ю., Ивахненко Г.А. Студенты: поведенческие риски и ценностные ориентации в отношении здоровья // Вестник института социологии. 2012. № 6. С. 113–129.
15. Здоровье студентов: социологический анализ / Отв. ред. И. В. Журавлева. Институт социологии РАН. М., 2012. С. 252–257.
16. Здоровье и поведение школьников: Социально-педагогический мониторинг здоровья, физической активности и образа жизни школьников: Уральский федеральный округ / Сост. А. И. Федоров, С. Б. Шарманова. – Челябинск: УралГАФК, ЧГНОЦ УрО РАО, 2004. – 88 с.
17. Ивахненко Г. А. Здоровьесберегающие технологии – как профилактические меры по сохранению и укреплению здоровья: социологический анализ // Социология медицины, 2010. № 1. С. 30–33.
18. Карпенко Ю. Д. Динамика функционального состояния и адаптационных процессов у студентов // Гигиена и санитария. 2012. № 4. С. 61–63.
19. Капыгина И.И. Теоретические аспекты исследования воздействия информационно-образовательного пространства на здоровье и поведение человека // Научные ведомости. Серия Гуманитарные науки. 2016. №14 (235). С. 143–150.
20. Кирякова Н.И. Теория ожидаемой полезности // Академия. 2015. № 3(3). С. 1–4.
21. Киенко Т. С. Институциональные и не-институциональные факторы формирования здоровьесберегающего поведения // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 1–1. С. 1443.
22. Ковалёв А. Д. Формирование теории действия Тэлкотта Парсонса // История теоретической социологии. В 4-х тт. Т. 3. М.: Канон, 1997. С. 150–179.
23. Корниенко Д. С., Козлов А. И., Отавина М. А. Взаимосвязь самооценок здоровья и психологического благополучия у практически здоровых и имеющих хронические заболевания молодых людей // Гигиена и санитария, 2016. № 6. С. 577–581.
24. Кузнецов В. В., Косилов К. В., Байрамов Р. А., Косилова (Федорищева) Е. К., Ющенко Н. И., Смирнов Е. А. Новый индекс здоровьесберегающего поведения. Новый индекс здоровьесберегающего поведения студентов // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2019. Т. 10 (4). С. 76–92.
25. Кузнецов В. В., Байрамов Р. А., Смирнов Е. А., Косилова Е. К., Косилов К. В. Взаимосвязь самооценки состояния здоровья и уровня заболеваемости с академической успеваемостью у студентов старших курсов медицинских специальностей с учетом влияния социально-экономических и демографических характеристик. Медицинский альманах. 2019. № 5–6. С. 10–15.
26. Лепихина Т. Л., Карпович Ю. В. Анализ факторов, формирующих здоровьесберегающее поведение работников // Фундаментальные исследования. 2014. № 8–2. С. 400–403.
27. Мельник С.Н. Психология личности. Владивосток: Дальневосточный государственный университет. 2004. С. 65–66.
28. Мертон Р. К. Социальная теория и социальная структура // Социологические исследования. 1992. № 2–4. С. 118–124.
29. Миннибаев Т. Ш., Мельниченко П. И., Прохоров Н. И., Тимошенко К. Т., Архангельский В. И., Гончарова Г. А., Мишина С. А., Шашина Е. А. Изучение влияния условий и организации обучения на показатели успеваемости и здоровья студентов // Гигиена и санитария, 2015. № 4. С. 57–60.
30. Новохатская Э. А., Яковлева Т. П., Калитина М. А. Заболеваемость студентов, обусловленная характером питания в современных условиях обучения // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 2017. № 5. С. 281–285.
31. Пинкер С. Субстанция мышления: язык как окно в человеческую природу. Пер. с англ. Изд. 2, испр. 2016. 560 с.
32. Поздеева Т. В. Научное обоснование концепции и организационной модели формирования здоровьесберегающего поведения студенческой молодежи: дис. докт. мед. наук: 14.00.33: защищена 09.09.2008 / Поздеева Татьяна Васильевна. М., 2008. 340 с. – Библиогр: с. 57–58, Приложения 1, 2.
33. Рассказова Е. И., Иванова Т. Ю.

Мотивационные модели поведения, связанного со здоровьем: проблема «разрыва» между намерением и действием. Психология. Журнал Высшей школы экономики, 2015. Т. 12. № 1. С. 105–130.

34. Роджерс Р. В. Мета-анализ исследований по теории мотивации защиты. Журнал прикладной социальной психологии. 2000. № 30 (2). С. 407–429.

35. Трапезникова М. В., Савкин В. В. Мониторинг и прогнозирование психофизиологического статуса и успеваемости студенток I–II курса медицинского вуза // Гигиена и санитария. 2015. № 1. С. 104–107.

36. Улумбекова В. Г., Калашникова А. В. Факты о бюджете здравоохранения РФ на 2018–2020 года. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. № 4. С. 17–20.

37. Улумбекова Г. Э., Прохоренко Н. Ф., Калашникова А. В., Гинойн А. Б. Системный подход к достижению общенацональной цели по увеличению ожидае-

мой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 году. Экономика. Налоги. Право. 2019. № 12(2). С. 19–30.

38. Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России: итоги деятельности 2012–2016 гг. Неотложные меры в 2017–2018 гг. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. № 1. С. 8–22.

39. Федорищева Е. К. Комплексная оценка здоровьесберегающего поведения студентов медицинских специальностей и направления его оптимизации // Власть и управление на Востоке России. 2019. № 3 (88). С. 97–116.

40. Хабермас Ю. Теория коммуникативного действия (Фрагменты) — Пер. А. Б. Рахманова // Личность. Культура. Общество: журнал. 2004. № 1 (21). С. 303–312.

41. Цветкова Л. А. Социально-психологические теории формирования аддикций // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2011. № 2. С. 166–178.

#### **Библиографическое описание статьи**

Федорищева Е. К., Гареева И. А., Косилов К. В. Поведенческие стратегии в отношении здоровья у студентов медицинских направлений (социологический анализ) // Власть и управление на Востоке России. 2020. № 2 (91). С. 118–137. DOI 10.22394/1818-4049-2020-91-2-118-137

**Ekaterina K. Fedorishcheva** – assistant, the chair of public health and Health, FGBOU VO «The Pacific state medical university of the Ministry of Health of Russia» (2, Ostryakov Avenue, Vladivostok, 690002, Russia). *E-mail: katrina.kosilova@yandex.ru*

**Irina A. Gareeva** – Doctor of Sociology, Associate Professor, the chair of social work and psychology, the Pacific State University (136, Tikhookeanskaya Str., Khabarovsk, 680035, Russia). *E-mail: gar\_ia@mail.ru*

**Kirill V. Kosilov** – Doctor of Medicine, Professor, the chair of social sciences, the School of arts and humanities, the Far-Eastern Federal University (8, Sukhanova Str., Vladivostok, 690091, Russia). *E-mail: oton2000@mail.ru*

### **Behavioral health strategies by the students of medical directions (sociological analysis)**

*This work studies the relationship between behavioral strategies in relation to health and its objective state among the students of medical specialties in the light of current sociological ideas about the models of health-saving behavior. The empirical part of the study was conducted on the basis of the Far-Eastern Federal and Pacific State Medical University using questionnaires and analysis of medical documentation. There were 827 medical students of both sexes. It was found that students generally assess the compliance of their behavioral stereotypes of the health-saving model with 2.7 points, while determining behavioral strategies as a role model they take the behavior of friends and the university professors. In the process of work, a high level of students' chronic morbidity was confirmed however, according to the data obtained, only a few behavioral stereotypes correlate with the average*

*morbidity level: a habit of good nutrition, commitment to the basic hygiene rules, adherence to sleep and wakefulness. The analysis made it possible to suggest that the process of learning new social practices and the formation of behavioral strategies in relation to health and health protection among the students of medical directions is accompanied by a high level of imitation by significant others, which confirms the important role of copying behavioral by an individual installations in the process of adaptation to the new environmental conditions. At the same time, the authors do not find convincing evidence of the priority of planned behavior, the subjective expected utility, the motivation for protection, which may be due to the weak propensity for introspection and self-esteem among the young respondents studying at the medical universities. According to the authors, the obtained data also allow us draw a preliminary conclusion that the structural-functional approach is effective in studying and interpreting the functional relationships between the students' behavioral relations and environmental institutional factors.*

**Keywords:** students of medical specialties, educational space, health-saving behavior, health-related behaviors, structural and functional approach, social processes.

### References:

1. Avarkhanov M. A. Technology of formation of health-saving behavior of students in the process of physical education at a university *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Seriya: Pedagogika* [Bulletin of Moscow State Regional University. Series: Pedagogy], 2017, no. 2, pp. 258–264. (In Russian).
2. Alekseenko S. N., Drobot E. V. Categories of vitality and quality of life in students of a medical university in conjunction with a self-esteem of health *Zemskoy vrach* [Zemsky doctor], 2014, no. 2 (23), pp. 41–44. (In Russian).
3. Bakaev V. V., Bolotin A. E. Indicators of students' readiness for health-saving behavior *Uchenyye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta* [Uchenye Zapiski universiteta im. P.F. Lesgaft], 2013, no. 12 (106), pp. 36–39. (In Russian).
4. Bandura A. Theory of social learning. SPb.: Eurasia, 2000. 320 p. (In Russian).
5. Bilovus V.K., Minasyan L.A. Attitudes of youth towards health-preserving behavior. Creation of conditions in educational institutions of higher professional education, ensuring the protection and strengthening of the physical, psychological and social health of students, the formation of sustainable motivation for health and a healthy lifestyle: mat. inter-university. Scientific Pract. conferences. Shakhty, 2008, pp. 68–79. (In Russian).
6. Bolotin A. E., Mironova O. V., Lukina S. M., Yarchikovskaya L. V. Content and organizational aspects of the formation of healthy lifestyle skills in university students *Teoriya i praktika fizicheskoy kul'tury* [Theory and Practice of Physical Culture], 2016, no. 6, pp. 18–20. (In Russian).
7. Borisova L. M., Belokurova E. S., Lopatin S. A. Health-saving technologies - as preventive measures to preserve and strengthen the health of university students *Bezopasnost' zhiznedeyatel'nosti* [Life safety], 2014, no. 8, pp. 21–26. (In Russian).
8. Brusneva V.V., Klimenko T.V. Significant factors and living conditions that influence and shape the state of health of students of the city of Stavropol *Meditinskiy vestnik Severnogo Kavkaza* [Medical Bulletin of the North Caucasus], 2012, no. 3, pp. 82–86. (In Russian).
9. Gareeva I. A., Sobolevskaya T. V. The role of social barriers in the formation of strategies of behavior in relation to health among students // Materials of sectional sessions of the 56th student scientific-practical conference PNU: in 2 volumes. V. 2. Khabarovsk: PNU Publishing House, 2016, pp. 127–130. (In Russian).
10. Gareeva IA Social barriers of the modern health care system // Modern problems of economic development of enterprises, industries, complexes, territories: materials of the international. scientific and practical conf. (Khabarovsk, April 25, 2016): in 2 volumes T. 2. Khabarovsk: Publishing house of Pacific national university, 2016, pp. 275–278. (In Russian).

11. Dzhuraeva NS Health, health-preserving behavior and quality of life of students. Models, systems, networks in the economy. tech. nature and island. 2014, no. 3, pp. 155–160. (In Russian).
12. Donchenko VI Structural model of teaching health-saving technologies to medical students *Kontsept* [Concept], 2015, no. 10 (October), pp. 111–115. (In Russian).
13. Zhuravel VV Behavioral health factors of student youth // Cultural trends of modern Russia: from national sources to cultural innovations: collection of books. reports of the V All-Russia. (with international participation) scientific-practical. conf. students, undergraduates, graduate students and young scientists; in 3 tons / hole ed. S. N. Borisov, I. E. Belogortseva, V. S. Ignatova, E. V. Bronnikova. Belgorod, 2017, pp. 241–244. (In Russian).
14. Zhuravleva I.V., Ivanova L.Yu., Ivakhnenko G.A. Students: behavioral risks and value orientations in relation to health *Vestnik instituta sotsiologii* [Bulletin of the Institute of Sociology], 2012, no. 6, pp. 113–129. (In Russian).
15. Health of students: sociological analysis / Otv. ed. I. V. Zhuravleva. Institute of Sociology RAS. M., 2012, pp. 252–257. (In Russian).
16. Health and behavior of schoolchildren: Socio-pedagogical monitoring of health, physical activity and lifestyle of schoolchildren: Ural Federal District / Comp. A.I. Fedorov, S. B. Sharmanova. Chelyabinsk: UralGAFK, ChGNOTS URO RAO, 2004.– 88 p. (In Russian).
17. Ivakhnenko G. A. Health-saving technologies – as preventive measures to maintain and promote health: a sociological analysis *Sotsiologiya meditsiny* [Sociology of Medicine], 2010, no. 1, pp. 30–33. (In Russian).
18. Karpenko Yu. D. Dynamics of functional state and adaptation processes in students *Gigiyena i sanitariya* [Hygiene and sanitation], 2012, no. 4, pp. 61–63. (In Russian).
19. Kaplygina I.I. Theoretical aspects of the study of the impact of information and educational space on human health and behavior *Nauchnyye vedomosti. Seriya Gumanitarnyye nauki* [Scientific statements. Series Humanities], 2016, no. 14 (235), pp. 143–150. (In Russian).
20. Kiryakova N.I. expected utility theory. *Academy*. 2015: 3 (3), pp. 1–4. (In Russian).
21. Kienko TS Institutional and non-institutional factors in the formation of health-preserving behavior *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education], 2015, no. 1–1, pp. 14–43. (In Russian).
22. Kovalev AD Formation of the theory of action by Talcott Parsons *Istoriya teoreticheskoy sotsiologii* [History of theoretical sociology], vol. 3. M.: Canon, 1997, pp. 150–179. (In Russian).
23. Kornienko D. S., Kozlov A. I., Otavina M. L. The relationship between self-assessments of health and psychological well-being in practically healthy and chronically ill young people *Gigiyena i sanitariya* [Hygiene and sanitation], 2016, no. 6, pp. 577–581. (In Russian).
24. Kuznetsov V. V., Kosilov K. V., Bayramov R. A., Kosilova (Fedorishcheva) E. K., Yushchenko N. I., Smirnov E. A. New index of health-preserving behavior. New index of students' health-preserving behavior *Meditsinskoye obrazovaniye i professional'noye razvitiye* [Medical education and professional development], 2019, vol. 10 (4), pp. 76–92. (In Russian).
25. Kuznetsov V. V., Bayramov R. A., Smirnov E. A., Kosilova E. K., Kosilov K. V. The relationship of self-assessment of health status and the level of morbidity with academic performance in senior students of medical specialties, taking into account the influence socio-economic and demographic characteristics *Meditsinskiy al'manakh* [Medical almanac], 2019, no. 5–6, pp. 10–15. (In Russian).
26. Lepikhina TL, Karpovich Yu. V. Analysis of factors that form the health-preserving behavior of workers *Fundamental'nyye issledovaniya* [Fundamental research], 2014, no. 8–2, pp. 400–403. (In Russian).
27. Miller S.N. Psychology of Personality. Vladivostok: Far Eastern State University. 2004, pp. 65–66. (In Russian).
28. Merton RK Social theory and so-

cial structure *Sotsiologicheskkiye issledovaniya* [Sociological research], 1992, no. 2-4, pp. 118–124. (In Russian).

29. Minnibaev T. Sh., Melnichenko P. I., Prokhorov N. I., Timoshenko K. T., Arkhangelsky V. I., Goncharova G. A., Mishina S. A., Shashina E. A. the influence of the conditions and organization of training on the indicators of progress and health of students *Gigiyena i sanitariya* [Hygiene and sanitation], 2015. no. 4, pp. 57–60. (In Russian).

30. Novokhatskaya E. A., Yakovleva T. P., Kalitina M. A. Morbidity of students due to the nature of nutrition in modern learning conditions *Problemy sotsial'noy gigiyeny i istoriya meditsiny* [Problems of social hygiene and history of medicine], 2017, no. 5, pp. 281–285. (In Russian).

31. Pinker S. Substance of thinking: language as a window into human nature. Per. from English Ed. 2, rev. 2016. 560 p.

32. Pozdeeva T. V. Scientific substantiation of the concept and organizational model of the formation of health-preserving behavior of student youth: dis. Doct. honey. Sciences: 14.00.33: 09.09.2008 / Pozdeeva Tatyana Vasilievna is protected. M., 2008. 340 p. Bibliography: pp. 57–58, Appendices 1, 2. (In Russian).

33. Rasskazova E. I., Ivanova T. Yu. Motivational health behaviors: the problem of the “gap” between intention and action *Psikhologiya. Zhurnal Vysshey shkoly ekonomiki* [Psychology. Journal of the Higher School of Economics], 2015, vol. 12, no. 1, pp. 105–130. (In Russian).

34. Rogers R.V. Meta-analysis of research on defense motivation theory *Zhurnal prikladnoy sotsial'noy psikhologii* [Journal of Applied Social Psychology], 2000, no. 30 (2), pp. 407–429. (In Russian).

35. Trapeznikova MV, Savkin VV Mon-

itoring and predicting the psychophysiological status and academic performance of I – II year medical students *Gigiyena i sanitariya* [Hygiene and sanitation], 2015, no. 1, pp. 104–107. (In Russian).

36. Ulumbekova V. G., Kalashnikova A. V. Facts about the RF healthcare budget for 2018–2020 *RGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye. Vestnik VSHOUZ*. [ORGZDRAV: news, opinions, training. Bulletin of VSHOUZ], 2019, no. 4, pp. 17–20. (In Russian).

37. Ulumbekova G. E., Prokhorenko N. F., Kalashnikova A. V., Ginoyan A. B. Systematic approach to achieving the national goal of increasing life expectancy to 78 years by 2024 *Ekonomika. Nalogi. Pravo* [Economy. Taxes. Right], 2019, no. 12 (2), pp. 19–30. (In Russian).

38. Ulumbekova G.E. Healthcare of Russia: the results of 2012–2016. Urgent actions in 2017–2018 *RGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye. Vestnik VSHOUZ*. [ORGZDRAV: news, opinions, training. Bulletin of VSHOUZ], 2017, no. 1, pp. 8–22. (In Russian).

39. Fedorishcheva EK Comprehensive assessment of health-preserving behavior of students of medical specialties and the direction of its optimization *Vlast' i upravleniye na Vostoke Rossii* [Power and administration in the East of Russia], 2019, no. 3 (88), pp. 97–116. (In Russian).

40. Habermas J. Theory of communicative action (Fragments). Per. A.B. Rakhmanova *Lichnost'. Kul'tura. Obshchestvo: zhurnal* [Personality. The culture. Society: magazine], 2004, no. 1 (21), pp. 303–312. (In Russian).

41. Tsvetkova L. A. Socio-psychological theories of the formation of addictions *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya* [Bulletin of Moscow University. Series 14. Psychology], 2011, no. 2, pp. 166–178. (In Russian).

### Reference to the article

Fedorishcheva E. K., Gareeva I. A., Kosilov K. V. Behavioral health strategies by the students of medical directions (sociological analysis) // Power and Administration in the East of Russia. 2020. No. 2 (91). Pp. 118–137. DOI 10.22394/1818-4049-2020-91-2- 118-137