

ГБУ «ЦЕНТР ПЕРСПЕКТИВНЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ» АКАДЕМИИ НАУК РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

На правах рукописи



Загрутдинова Айзиряк Газизьяновна

**ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ В ТРАНСФОРМИРУЮЩЕЙСЯ
РОССИИ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ (НА МАТЕРИАЛАХ
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН)**

Специальность 14.02.05 – социология медицины

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени

кандидата социологических наук

Научный руководитель:

кандидат социологических наук

Кузнецова Ирина Борисовна,

Научный консультант:

доктор медицинских наук

Попов Сергей Федорович

Казань-2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава 1. Теоретико-методологические основы социологического изучения здоровья подростков	15
1.1. Здоровье подростков как категория социологического анализа.....	15
1.2. Теоретические подходы к анализу социально-культурных факторов здоровья	27
Глава 2. Здоровье подростков Республики Татарстан: статистика, самооценка и повседневные практики	39
2.1. Состояние и динамика показателей здоровья подростков Республики Татарстан в период 2004–2012 гг	39
2.2. Самосохранительное поведение, образ жизни и здоровье подростков....	64
Глава 3. Сохранение и укрепление здоровья подростков на современном этапе российского общества.....	96
3.1. Политика государства в области охраны здоровья подростков на федеральном и региональном уровнях	96
3.2. Перспективы совершенствования социальной политики в отношении охраны здоровья подростков: экспертные оценки, государственное регулирование и социальный контроль	115
Заключение.....	130
Библиография	141
Приложения.....	165
Приложение 1. Результаты анализа динамики заболеваемости подростков Республики Татарстан	165
Приложение 2. Результаты социологических исследований	173

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Широко известен тот факт, что здоровье населения является наиболее важным фактором благополучного развития социума. От состояния здоровья зависит развитие общества, трудовой, интеллектуальный потенциал, социально-демографическая обстановка в стране. Подростки в данном контексте заслуживают особого внимания. На подростков возлагается решающая роль развития и становления здорового поколения в будущем. Ухудшение здоровья в подростковом возрасте не может не отразиться на уровне здоровья и инвалидизации, хронизации населения в последующих возрастных периодах. Все это требует активизации государственной молодежной политики, а также политики в сфере охраны здоровья подростков и молодежи.

В настоящей работе объектом исследования является здоровье подростков. Выбор для исследования возрастной группы подростков, а именно 15-17 лет, связан, прежде всего, с тем, что подростковый период считается одним из самых критических в жизни человека подвергающийся рискованному, девиантному, делинкветному поведению, а также росту заболеваемости. Установки самосохранительного поведения и образа жизни начинают реализовываться именно в этом возрасте, поэтому актуальной является изучение именно данной категории населения. Именно поэтому вопросы сохранения и укрепления здоровья подростков, воспитание в них основ самосохранительного поведения, здорового образа жизни являются актуальными для специалистов различных отраслей. Кроме того, изучение особенностей здоровья подростков, их образа жизни позволит наметить возможности его оптимизации и перспективы трансформации его улучшения.

Вместе с тем не может не вызывать тревогу низкий уровень здоровья подростков России. Состояние здоровья российских подростков существенно хуже, чем у их сверстников в других странах. Об этом свидетельствуют данные самооценки здоровья 15-летних подростков. Так, считают себя

здоровыми: в Швейцарии – 93%, в Швеции – 72%, во Франции – 55%, в Германии – 40%, в России – 28% подростков¹. Данные официальной статистики только подтверждают этот факт. Так, в Российской Федерации общая заболеваемость детей в возрасте 15–17 лет за период с 2005 по 2012 гг. возросла с 185 856,2 на 221 779,0 на 100 тыс. населения соответствующего возраста (темп прироста – 19,3%)². Региональные исследования по данной проблематике дают очень тревожные результаты и указывают на быстрый темп роста заболеваний среди подростков за последние годы. За период с 2004 по 2012гг. темп прироста первичной заболеваемости среди подростков 15–17 лет в Республике Татарстан составил 50,9%, темп прироста распространенности болезней – 40,0%³. Это обуславливает актуальность выбранной нами и проблемного поля исследования.

На сегодняшний день социальная политика в области укрепления и сохранения здоровья молодежи не в полной мере соответствует требованиям современной молодежи, о чем свидетельствуют данные официальной статистики.

Таким образом, актуальность изучаемой темы обусловлена также необходимостью совершенствования социальной политики в отношении здоровья подростков Республики Татарстан.

Степень разработанности темы. Соединение усилий социологов, медиков, философов превратило исследование здоровья в комплексное и междисциплинарное. В последние годы интерес к проблемам здоровья подростков и молодежи возрастает.

Социологический анализ здоровья заложен в трудах классиков социологии как Э.Дюркгейм, Т. Парсонс, Э.Гоффман, Э.Фромм⁴. К

¹ Здоровоохранение в России. 2013: Стат.сб./Росстат. - М., 2013.-С.143

² Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. – М., 2011. – С. 143.

³ Фаррахов А.З. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2008–2012 гг.). – Казань, 2013. – С.78

⁴ Durkheim, E. Suicide: A study in sociology / E. Durkheim. – Chicago: Free Press, 1951; Парсонс, Т. О социальных системах / Т. Парсонс. – М.: Академический проект, 2002; Goffman, E. Asylums: Essays and the Social Situation on Mental Patients and other Inmates / E. Goffman. – N.Y., 1961; Фромм, Э. Здоровое общество / Э. Фромм. – М.: АСТ, Транзиткнига, 2005.

исследованию проблем здоровья как социального феномена обращались такие отечественные ученые, как И.Б. Назарова, В.С. Шувалова, Т.М. Максимова, С.С. Халикова, Р.В. Синюткина и др⁵.

Со здоровьем тесно связано понятие «самосохранительное поведение», которое нашло отражение в работах А.И. Антонова, И.В. Журавлевой, А.Е. Ивановой, Л.С. Шиловой, О.С. Копиной, С.Н. Варламовой, Н.Н. Седовой⁶.

В последние годы широкое распространение получили исследования влияния различных факторов на здоровье населения. По мнению ряда исследователей, в качестве основных факторов, влияющих на здоровье, выступают социально-экономические факторы. Исследованием влияния социально-экономических факторов на здоровье индивидов занимаются Н.М. Римашевская, О.А. Кислицына, Т.Ю. Богомолова, В.С. Тапилина, И.Б. Назарова и др⁷.

Изучение влияния культурных и социально-культурные факторов на здоровье развивалось в зарубежной социологии благодаря таким исследователям, как М. Вебер, В. Коккерман, П. Бурдьё, Т. Парсонс, Э. Дюркгейм, Р. Мертон, П. Сорокин и др⁸. Социокультурные факторы здоровья

⁵ Назарова И.Б. Здоровье в представлении жителей России // *Общественные науки и современность*. – 2009. – № 2. – С. 91–101; Шувалова В.С. Здоровье учащихся и образовательная среда / В.С. Шувалова, О.В. Шиняева // *СОЦИС*. – 2000. – № 5. – С. 75–80; Состояние здоровья, условия жизни и медицинское обеспечение детей в России / Т.М. Максимова и др. – М.: ПЕР СЭ, 2008. – 367 с.; Халикова С.С. Здоровье студенческой молодежи как социальная ценность: региональный аспект (на материалах Хабаровского края): автореф. дис. ... канд. социол. наук. – Хабаровск, 2012. – 25 с.; Синюткина Р.В. Социальное воздействие на здоровье детей и подростков: региональный аспект: автореф. дис. ... канд. социол. наук. – М., 2010.

⁶ Антонов А.И. Основные положения программы исследования // *Отношение человека к здоровью и продолжительность жизни*. – М.: Ин-т социологии АН СССР, 1989; Журавлева И.В. Здоровье и самосохранительное поведение // *Население и общественное развитие* / отв. ред. Т.Д. Иванова. – М.: Ин-т социологии РАН, 1988; Иванова А.Е. Здоровье населения: понятийные, методические и информационные аспекты. – М.: Ин-т социально-политических исследований РАН, 1988; Шилова Л.С., Копина О.С. Различия в самосохранительном поведении мужчин и женщин // *Отношение населения к здоровью*. – М.: Ин-т социологии РАН, 1993.; С.Н. Варламова, Н.Н. Седова *Здоровый образ жизни – шаг вперед, два назад*//*Социологические исследования*.–2010.– № 4.– С.75–88; Н.Н. Седова *Правовые основы биоэтики*.– М.–Триумф, 2004.–224.

⁷ Римашевская Н.М. *Человек и реформы: секреты выживания*. – М.: ИСЭПН РАН, 2003. – 392 с.; Кислицына О.А. Социально-экономические детерминанты здоровья населения // *Народонаселение*. – 2007. – № 2 (36). – С. 24–37; Богомолова Т.Ю., Тапилина В.С. *Бедность в современной России: измерение и анализ*//*Социология: методология, методы и математическое моделирование (Социология: 4М)*. – 2006. – № 22. – С. 90–113; Назарова И.Б. *Здоровье занятого населения*. – М.: ГУ-ВШЭ, МАКС Пресс, 2007. – 526 с.

⁸ Вебер М. *Избранные произведения: пер. с англ.* – М.: Прогресс, 1990. – 808 с.; Дюркгейм Э. *Социология. Ее предмет, метод, предназначение: пер. с франц.* – М.: Канон, 1995. – 352 с.; Парсонс Т. *Функциональная теория измерения* // *Американская социологическая мысль: тексты* / под ред. В.И. Добренкова. – М.: МГУ, 1994. – 496 с.; Мертон Р. *Социальная структура и аномия* // *Социология преступности (Современные буржуазные теории)*. – М.: Прогресс, 1996. – С. 299–313; Сорокин П.А.

населения отражены в работах П. Сорокина, В.М. Розина, О.С. Васильева, Ф.Р. Филатова, О.А. Бендиной, Н.А. Захаровой, Н.Х. Гафиатулиной и др⁹.

Исследование факторов, влияющих на здоровье, а также роли социальных институтов в сфере здоровья было проведено такими социологами, как Е.В. Дмитриева, И.В. Журавлева, О.Н.Потапова, З.С. Шангареева и др¹⁰.

В современной социологии большое внимание уделяется исследованию репродуктивного здоровья подростков. Исследования подобного рода проводили такие ученые, как Л. Камсюк, И.С. Кон, С.В. Захаров, А.Д. Доника, В.Я. Ильин и др¹¹.

Изучению отношения молодежи к здоровью посвящены работы И.В. Журавлевой, Е.В. Веселовой и др¹². На сегодняшний день также особую

Причины войны и условия мира // Социологические исследования. – 1993. – № 12. – С. 140–148; Weber M. *Wirtschaft und Gesellschaft*, Tübingen, 1922; Cockerham W., Rutten A., Abel T. *Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving Beyond Weber* // *Sociological Quarterly* 38, 321–42, 1997; Бурдые П. Социальное пространство и символическая власть. – М.: Наука, 1994. – 573 с.

⁹Розин В.М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема // *Мир психологии*. – 2000. – № 1(21). – С. 12–30; Васильев О.С., Филатов Ф.Р. *Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб. пособие для высших учебных заведений*. – М.: Академия, 2001. – 352 с.; Бендина О.А. *Практики сохранения здоровья в контексте культуры: автореф. дис. ... канд. социол. наук*. – Саратов, 2009. – 20 с.; Захарова Н.А. *Здоровье как социокультурный феномен в современной России: дис. ...канд. социол. наук*. – М., 2007. – 18 с.; Гафиатулина Н.Х. *Специфика отношения учащейся молодежи России к здоровью в социокультурном контексте: автореф. дис. ... канд. социол. наук*. – Ростов н/Д, 2007. – 28 с.

¹⁰Дмитриева Е.В. *Социальное здоровье: методологические проблемы изучения* // *Общество и социология: новые реальности и новые идеи*. – СПб., 2001; Дмитриева Е.В. *Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы*. – М.: Центр, 2002; Журавлева И.В. *Отношение к здоровью индивида и общества*. – М.: Наука, 2006; Потапова О.Н. *Социально-демографические особенности репродуктивного поведения современной молодежи в ракурсе народосбережения России (Известия Саратовского государственного университета. Новая серия. Том 10 Выпуск 2.- 2010.- С.23-26; Потапова О.Н. Здравоохранительное поведение молодежи в концепции народосбережения России / Вестник ВолГУ.- Сер. 7. Философия. Социология и социальные технологии.- 2010. №1 (11).- С.144-148; Потапова О.Н. Социальные потребности детей-инвалидов города Саратова / Социология города. – 2011. №1.- С.34-39; Шангареева З.С. Социальные проблемы здоровья населения (на примере Республики Башкортостан): дис. ... д-ра социол. наук. – СПб., 2000.*

¹¹Камсюк Л.Г. *Репродуктивное здоровье населения России* // *Население и общество: Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народохозяйственного прогнозирования РАН*. – 1999. – № 40.; Кон И.С. *Подростковая сексуальность на пороге XXI века*. – М.: Феникс+, 2001. – 208 с.; Кон И.С. *Введение в сексологию. Курс лекций. Учебное пособие для вузов*. – М.: Олимп, Инфра-М, 1999. – 288 с.; Захаров С.В., Е.И. Иванова, Сакевич В.И. *Репродуктивное поведение и здоровье подростков в России. Аналитический обзор*. – М.: Центр демографии и экологии человека, Ин-т народохозяйственного прогнозирования РАН, 2000. – 62 с.; Ильин В.Я., Доника А.Д. *Социально-гигиенические аспекты оценки соматического здоровья молодежи// Демографическая политика в Волгоградской области. Перспективы развития: материалы научно-практической конференции.* –Волгоград.–2009.

¹²Журавлева И.В. *Самосохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем* // *СОЦИС*. – 2000. – № 5. – С. 66–74; Журавлева И.В. *Здоровье подростков: социологический анализ*. – М.: РАН, 2002. – 240 с.; Веселова Е.В. *Медико-социальные аспекты охраны здоровья учащейся молодежи:*

актуальность приобретает обсуждение таких медико-социальных проблем молодежи, как отдых, физическое воспитание, проблем социологии физкультуры и спорта среди молодежи. Об этом, в частности, пишут Г.Ю. Козина, О.В. Шиняева, Л.И. Лубышева, Е.А. Чернявская и др.¹³.

Исследователи Республики Татарстан также внесли свой вклад в изучение здоровья молодежи, в том числе и подростков. В частности, в Республике Татарстан проводятся социологические исследования по изучению здоровья подрастающего поколения, особенностей самосохранительного поведения, репродуктивного здоровья, качества медицинской помощи и др. Значительный вклад в этой области внесли Э.Н. Мингазова, Т.И. Садыкова, Л.М. Мухарямова, В.Ю. Альбицкий, И.Б. Кузнецова, Р.Г. Петрова, Л.А. Салахатдинова, Р.Г. Минзарипов, С.С. Кашуркина, А.Р. Тузиков, Л.В. Карцева¹⁴.

Анализ имеющихся исследований по проблемам здоровья подростков, а также охране здоровья подростков свидетельствует о недостаточной степени изученности здоровья подростков Республики Татарстан.

Таким образом, актуальность темы, ее недостаточная теоретическая и практическая разработанность определили объект, предмет, цель и основные задачи настоящего исследования.

автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1992. – 22 с.; Гафиятулина Н.Х. Специфика отношения учащейся молодежи России к здоровью в социокультурном контексте: автореф. дис. ... канд. социол. наук. – Ростов н/Д, 2007. – 28 с.

¹³Козина Г.Ю. Физкультурно-оздоровительная деятельность как социальный фактор формирования здоровья современной студенческой молодежи: автореф. дис. ... канд. социол. наук. – Пенза, 2007. – 21 с.; Шиняева О.В. Здоровье школьников как социальная проблема. – Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2003. – 128 с.; Шиняева О.В. Школьная среда и здоровье учащихся: социологический подход. – Ульяновск: УлГТУ, 2000. – 164 с.; Лубышева Л.И. Социология физической культуры и спорта: учеб. пособие. – М.: Академия, 2001. – 240 с.; Чернявская Е.А. Здоровьесберегающая социализация школьников: автореф. дис. канд. социол. наук. – Ростов на Дону, 2010. – 27 с.

¹⁴Мингазова Э.Н. Репродуктивное здоровье девушек-подростков (медико-социальное исследование учащихся общеобразовательных учреждений) дис. ... д-ра мед. наук. – Казань, 2002. – 301 с.; Садыкова Т.И. Образ жизни и состояние здоровья девушек-подростков (медико-социальное исследование по материалам г. Казани) дис. ... канд. мед. наук. – Казань, 1999. – 132 с.; Укрепление репродуктивного здоровья несовершеннолетних девушек в Республике Татарстан: к вопросу о социальной политике / Л.М. Мухарямова, В.Ю. Альбицкий, И.Б. Моренко, Р.Г. Петрова, Л.А. Салахатдинова // Социальная политика: реалии XXI в., 2004. – С. 348–378; Минзарипов Р.Г. Социология молодежи. Программа курса. – Казань, 2006; Кашуркина С.С. Самосохранительное поведение детей и молодежи в современном российском обществе: дис. ... канд. социол. наук. – Казань, 2006; Тузиков А.Р. Государственное проектирование общественного здоровья в России сквозь призму социологии. – Казань: Изд-во Каз. гос. технол. ун-та, 2009. – 208 с.; Карцева Л.В. Социальные ценности и установки современной сельской молодежи: мат-лы одного социологического исследования. – Казань: Редакционный издательский центр, 2011. – 132 с.

Целью диссертационного исследования является социологический анализ здоровья подростков и разработка рекомендаций по совершенствованию социальной политики в сфере охраны здоровья подростков Республики Татарстан.

Поставленная цель предопределила решение следующих **задач**:

- проанализировать социально-экономические и социально-культурные подходы к изучению здоровья населения;
- выявить основные тенденции изменения здоровья подростков в Российской Федерации и Республике Татарстан в период с 2004 по 2012 гг. по данным официальной статистики;
- проанализировать на материалах социологических исследований состояние самосохранительного поведения подростков и следующие параметры образа жизни: курение, употребление наркотиков, алкогольных и спиртных напитков, занятие физкультурой и спортом, информированность о заболеваниях передаваемых половым путем, обращаемость за медицинской помощью и профилактика заболеваний и т.д.
- выявить особенности социальной политики в сфере охраны здоровья подростков в Республике Татарстан;
- обосновать основные пути совершенствования социальной политики в сфере охраны здоровья подростков в изучаемом регионе.

Объектом исследования выступают подростки в возрасте 15-17 лет как особая социальная группа населения.

Предметом является самосохранительное поведение, образ жизни и состояние здоровья подростков Республики Татарстан.

Гипотеза исследования. Показатели состояния здоровья подростков Республики Татарстан за последние годы снижаются: сохраняется тенденция роста показателей первичной, общей заболеваемости, а также рост числа хронических заболеваний. Среди подростков распространены аддиктивные формы поведения, такие как – курение, употребление алкоголя и спиртных

напитков, а также низкое самосохранительное поведение и низкая медицинская активность. Данный контингент занимает пассивную позицию в плане сохранения и укрепления собственного здоровья, перекладывая ответственность на родителей, общество, государство, медицину, при этом невысоко оценивает значение и качество медицинских услуг. Укрепление и улучшение здоровья подростков являются результатом и следствием функционирования различных социальных институтов современного российского общества. Для решения этих проблем необходимы совместные усилия властей, органов здравоохранения и самих подростков.

Научная новизна диссертационного исследования состоит в теоретическом обосновании и систематизации характерных особенностей подростков как объекта здоровьесберегающей социализации.

Впервые проведён сравнительный анализ заболеваемости (первичная заболеваемость) и общего состояния (распространенность заболеваний) здоровья подростков 15–17 лет городской и сельской местности Республики Татарстан в сравнении с Российской Федерацией по данным официальной статистики за период с 2004 по 2012 гг.

По результатам авторских социологических исследований выявлено, что информированность молодежи Республики Татарстан о наиболее известных отрицательных последствиях влияния на организм человека алкоголя, курения, наркотических веществ находится на низком уровне. Большинство опрошенных подростков употребляют алкогольные напитки, каждый четвертый подросток курит. Низкая культура репродуктивного поведения подростков проявляется в высоком уровне заболеваемости инфекциями передаваемыми половым путем; отсутствии знаний у подростков о методах контрацепции, абортах в подростковой среде. Только каждый пятый опрошенный подросток обращается за медицинской помощью в медицинское учреждение при первых признаках заболевания, больше половины опрошенных – только при резких ухудшениях состояния здоровья.

На основе анализа нормативно-правовой базы Российской Федерации и Республики Татарстан в сфере охраны и укрепления здоровья подростков намечены основные пути совершенствования и укрепления здоровья подростков Республики Татарстан: комплекс мероприятий в области здравоохранения, социальной политики, деятельности СМИ, нормативно-правового регулирования, инфраструктурного и институционального развития.

Положения, выносимые на защиту:

1. В настоящее время в Российской Федерации и в Республике Татарстан наблюдаются неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья подростков, проявляющиеся в повышении как первичной заболеваемости, так и распространенности всех основных классов болезней. Проведенный анализ свидетельствуют о том, что в Республике Татарстан с 2004 по 2012 год темп прироста первичной заболеваемости подростков составил 50,9%. Темп прироста общей заболеваемости составил 40,0%.

2. За период с 2004–2012 гг. рост распространенности болезней среди подростков 15–17 лет в Республике Татарстан отмечается практически по всем классам болезней: травмам и отравлениям – на 67,1%, болезням эндокринной системы – на 55,2%, новообразованиям – на 54,2%, болезням костно-мышечной системы - на 49,7%, болезням органов дыхания - на 49,3%, болезням системы кровообращения – на 41,7%. Число впервые выявленных заболеваний среди подростков 15–17 лет увеличилось, прежде всего, по следующим классам заболеваний: травмы и отравления – на 96,6%, болезни костно-мышечной системы – на 83,6%, новообразования – на 76,2%, болезни органов дыхания – на 57,2%, болезни нервной системы – на 52,8%.

3. По данным авторских социологических исследований выявлено, что самосохранительное поведение подростков в Республике Татарстан не развито, что выражается в распространенности аддиктивных форм поведения (употребление алкоголя, табакокурение и пр.), самолечении, непопулярности занятий физкультурой и спортом, низкой культурой

репродуктивного поведения. Выявлено наличие противоречия между декларируемой ценностью здоровья и объемом времени, уделяемого здоровью. На практике здоровье выступает, скорее, разделенной общепризнанной ценностью, но не поддерживается в ходе повседневности.

4. На основе эмпирических данных выявлено, что медицинская активность юношей и девушек отличается тем, что для лиц мужского пола характерно в случае заболевания не обращаться за медицинской помощью, а для лиц женского пола характерно обращение за медицинской помощью в медицинское учреждение при первых признаках заболевания и самолечение.

5. Повышению уровня самосохранительного поведения, медицинской активности, состояния здоровья подростков будут способствовать следующие меры: создание межведомственной стратегии в плане сохранения и укрепления здоровья подростков; улучшение образовательных программ, включение в школьную программу занятий по сохранению здоровья; создание региональных программ, направленных на сохранение и улучшение здоровья подростков с учетом территориальных образований различного типа; увеличение роли социальных работников в сохранении и укреплении здоровья подростков.

Методологическая база исследования диссертационного исследования составили труды отечественных и зарубежных социологов, работы современных авторов по социологии медицины, социологии молодежи и социальной политики: теоретическими положениями социокультурного подхода в исследовании здоровья (П. Сорокин, О.С. Васильев, Ф.Р. Филатов, В.М. Розин и другие); концепцией самосохранительного поведения (А.И. Антонова, И.В. Журавлевой, А.Е. Ивановой, Л.С. Шиловой и др.), теорией образа жизни (М. Вебер, В. Коккерман, П. Бурдье, Р.В. Рывкина, И.В. Журавлева и др.). Также при формировании эмпирической базы диссертации использовались работы В. Ядова, С. Батыгина, В. Ярской и др.

Эмпирическая база диссертационного исследования представлена анализом статистических и нормативных документов по вопросам здоровья

подростков и молодежи Российской Федерации и Республики Татарстан, содержит результаты качественных и количественных исследований, разработанных и проведенных автором и при непосредственном участии автора в течении 2007-2013 годов. Количественные данные обработаны и проанализированы с применением статистического пакета программ для социальных наук с применением пакета программ SPSS V.16.

Собственные исследования:

1) результаты эмпирического социологического исследования на тему «Особенности репродуктивного здоровья подростков Республики Татарстан», проведенного автором в 2007-2008 гг. среди учащихся 9-11 классов 15-17 лет общеобразовательных учреждений г. Мамадыш и г. Казани Республики Татарстан ($n=200$); 2) результаты социологического исследования, проведенного в Республике Татарстан в 2010-2011 гг. на тему «Здоровый образ жизни, физкультура, спорт и Универсиада глазами молодежи» ($n=1182$). Были опрошены молодые люди, проживающие в различных видах поселений Республики Татарстан (крупные и малые города, поселок городского типа, село), обучающихся во всех типах учебных заведений (школа, ПТУ, колледж, техникум, ВУЗ); 3) результаты экспертных интервью с руководителями, директорами школ, учителями, преподавателями, медицинскими работниками ($n=18$, 2008-2011 гг.).

Анализ документов (материалы Федеральной службы государственной статистики и ее регионального подразделения по Республике Татарстан с 2004 по 2013 гг., законодательно-нормативные акты Российской Федерации, документы федеральных органов власти, в том числе и Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации), вторичный анализ данных исследований, проведенных в сфере здоровья молодежи.

Теоретическая и практическая значимость диссертационного исследования. Полученные в результате проведенного исследования выводы могут быть использованы при дальнейшем изучении здоровья подростков и молодежи в Республике Татарстан и других регионах России. На основе

материалов диссертации могут быть сформулированы и разработаны социально обусловленные формы борьбы с распространением аддиктивных форм поведения среди подростков, а также программы по межведомственному взаимодействию в сфере охраны здоровья подростков.

Практическая значимость диссертационного исследования заключается в возможности использования его результатов в деятельности органов государственной власти и местного самоуправления при изучении здоровья населения, разработке программ профилактических мероприятий.

Основные положения и выводы диссертации могут быть включены в учебные планы при преподавании курсов по специальностям «Социология», «Социология молодежи», «Социология медицины», «Социология здоровья», «Социальная политика» и др.

Апробация результатов исследования осуществлялась на всероссийских и международных научных форумах разных уровней (Ульяновск, 2012, 2013, 2014); (Москва, 2010, 2011); (Казань, 2010, 2011); (Санкт-Петербург, 2009).

Результаты проведенных исследований внедрены в работу отдела медико-социологических исследований ГАУЗ «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр» г. Казань. В настоящее время некоторые теоретические и прикладные аспекты работы широко используются в учебном процессе: на цикле по профессиональной переподготовке и сертификационно-аттестационном цикле по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» для врачей-курсантов кафедры «Общественное здоровье, экономика и управление здравоохранением» ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» на базе кафедры ГАУЗ «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр» г. Казань. Кроме того, материалы исследований используются в деятельности ГАУ «Диспетчерский центр Министерства здравоохранения Республики Татарстан».

По материалам исследования опубликовано 17 научных работ, из них 3 – в журналах перечня ВАК РФ.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 196 страницах машинописного текста и состоит из введения, трех глав включающих шесть параграфов, заключения, списка использованной литературы (216 отечественных и 28 зарубежных источников), приложений. Работа иллюстрирована 10-ю таблицами, 14-ю рисунками. Объем работы составляет 140 страниц.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

1.1. Здоровье подростков как категория социологического анализа

Постановка любой научной задачи и выбор методов ее решения не могут быть осуществлены без привлечения понятийно-категориального аппарата науки, предметом которой данная задача является. На сегодняшний день исследованием социальных проблем современных подростков занимается целый ряд наук. Существуют различные толкования понятия «подросток». Так, например, в Толковом словаре живого великорусского языка В. Даля отсутствует дефиниция «подросток», однако приводится понятие «отрок», что означает «дитя от семи до пятнадцати лет, подросток»¹⁵. Из этого следует, что понятия «подросток» и «отрок» являются синонимами, и обозначают лица мужского и женского полов определенного возраста (от 7 до 15 лет). В Большой советской энциклопедии понятия «подросток» и «отрок» также равнозначны¹⁶. В словаре С.И. Ожегова к подросткам относятся мальчик или девочка в переходном возрасте от детства к юношеству, преимущественно от 12 до 16 лет¹⁷. В демографическом энциклопедическом словаре под подростками понимаются несовершеннолетние, имеющие права и обязанности в соответствии с Гражданским кодексом РФ¹⁸.

В словарях по социологии однозначного определения понятия «подросток» нет, но используется термин «социальные проблемы подростков», где под подростками понимается особая социально-демографическая группа, к которой принадлежат 12–16-летние¹⁹. В социологическом словаре Н. Аберкромби, С. Хилла и Б.С. Тернера речь идет

¹⁵ Даль В. Толковый словарь живого русского языка: в 4 т. – Т. 2. – М., 1994. – С. 1949–1950.

¹⁶ Большая советская энциклопедия: в 30 т. – Т. 19. –3-е изд. – М., 1975. – С. 15.

¹⁷ Ожегов С.И. Словарь русского языка. – М., 1986. – 468 с.

¹⁸ Демографический энциклопедический словарь. – М., 1985. – С. 330; Гражданский кодекс Российской Федерации. – М.: Инфра; Норма, 2007. – 620 с.

¹⁹ Краткий словарь по социологии / под общ. ред. Д.М. Гвишиани. – М., 2001. – С. 338

о том, что для социологической науки характерно представление о подростках как особой возрастной группе, являющейся продуктом культуры конца XIX в. Однако авторы словаря утверждают, что, по мнению историков, существование определенных молодежных групп можно проследить, по крайней мере, начиная с Франции XVI в.²⁰ Н.В. Шахматова при анализе институционализации в России социологии поколений также указывает на тот факт, что «хронологические границы возрастной периодизации часто определяются совершенно по-разному, общей терминологии в этой области пока не существует, например, возраст от 14 до 18 лет часто называется подростковым, в психологии же 16–18-летних считают юношами»²¹. Более того, существуют классификации Организации объединенных наций (ООН) возрастных периодов человека, где к подросткам относятся 13–16-летние мальчики и девочки 13–15-лет (см. табл. 1).

Таблица 1

Классификация ООН возрастных периодов*

Календарный возраст	Период жизни человека
1–7 дней	Новорожденные
7 дней –1 год	Младенцы
1–3 года	Раннее детство
4–7 лет	Первое детство
8–12 лет (мальчики) 8–11 лет (девочки)	Второе детство
13–16 лет (мальчики) 13–15 лет (девочки)	Подростки
17–21 год	Юноши
16–20 лет	Девушки
22–35 лет (мужчины) 21–35 лет (женщины)	I период зрелости
36–60 лет (мужчины) 36–55 лет (женщины)	II период зрелости
61–74 года (мужчины) 56–74 года (женщины)	Пожилые люди
75–90 лет	Старые люди
Старше 90 лет	Долгожители

*Источник: Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. – М., 2006. – С. 155.

²⁰Аберкромби Н., Хилл С., Тернер Б.С. Социологический словарь: пер. с англ. – М., 2004. – С. 328–329.

²¹Шахматова Н.В. Социология поколений. Состояние и перспективы институционализации в России / под ред. А.Д. Крахмалевой. – Саратов, 200. – С. 117.

Одной из наиболее изучаемых сегодня направлений исследования поведения в сфере здоровья индивида связано с концепцией факторов риска. Увеличение отрицательных поступков детей при переходе в подростковый возраст, проявляющихся в непослушании, упрямстве, бравировании своими недостатками, драчливости и т.д. делает этот возраст трудным как для самих подростков, так и для их ближайшего окружения, увеличивая вероятность попадания самих подростков в группу социального риска. Важность изучения подростков как группы риска обусловлено тем, что именно в этом возрасте на формирование личности подростка основное влияние оказывают социально-экономические и социально-культурные факторы.

Исследователями используются различные определения подростков «группы риска». С.А. Беличева, Е.И. Казакова, Г.Ф. Кумарина, Л.Я. Олиференко, А.И. Прихожан, Т.И. Шульга²² и другие ученые используют понятие «группа риска»; Ю.А. Клейберг, И.Ф. Нестерова²³ и др. называют детей «группой риска» подростками с девиантным поведением, не проводя различий между этими определениями; А.Я. Журкина, Е.Н. Землянская и др. – социально незащищенными подростками²⁴; М. Раттер – «трудные дети»²⁵ и т.п. При отсутствии единого подхода к определению данного понятия, общим для всех является выделение таких аспектов, как отклонение от общепринятых социальных норм и наличие различного рода отклонений в обучении, поведении, развитии²⁶. В психологии к группе риска относят подростков с отклонениями в развитии, не имеющих резко выраженной клинико-патологической характеристики, а также уязвимые контингенты

²² Беличева С.А. Основы превентивной психологии. – М.: Консорциум «Социальное здоровье России», 1994. – 224 с; Казакова Е.И. Комплексное сопровождение развития учащихся в образовательном процессе. // Дети группы риска: материалы международного семинара. – СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, 1998. – С. 56–70; Кумарина Г.Ф. Дети «группы риска» // Советская педагогика. – 1991. – №11. – С. 33–37; Шульга Т.И., Слот В., Спанярд Х. Методика работы с детьми «группы риска». – М.: УРАО, 1999. – 104 с.

²³ Клейберг Ю.А. Социальные нормы и отклонения. – М: Вита-Пресс, 1997. – 145 с.; Нестерова И.Ф. Теоретические и практические вопросы взаимодействия и сотрудничества учителя с современной семьей: учеб. пособие. – Тверь, 2000.

²⁴ Твоя профессиональная карьера: рабочая книга для учащихся 7–8 классов / Т.В. Васильева, А.Я. Журкина, Е.Н. Землянская и др. – М.: ВИГМА, 1998. – 48 с.

²⁵ Раттер М. Помощь трудным детям. – М.: Прогресс, 1987. – 424 с.

²⁶ Гриценко Г.Д., Часовская Л.А. Подрастающее поколение как группа риска в современном российском обществе. – Ставрополь, 2009. – С. 6.

населения по отношению к неблагоприятным воздействиям, в частности, детей и подростков с акцентуациями характера (Л.О. Бадалян, Т.А. Власова, А.И. Захарова и др.)²⁷.

В федеральном законе РФ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»²⁸ введено еще одно понятие, которое рассматривается как синоним понятия «дети группы риска». Это «дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации». В эту категорию включены дети-инвалиды; дети-жертвы насилия; дети-жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий; дети, оказавшиеся в экстремальных ситуациях; дети, отбывающие наказание в виде лишения свободы в воспитательных колониях; дети, проживающие в малоимущих семьях; дети с отклонениями в поведении; дети, жизнедеятельность которых нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут их преодолеть самостоятельно или с помощью семьи. По мнению диссертанта, анализ существующих подходов и определений позволяют прийти к выводу, что в целом к группе риска можно отнести подростков, которые имеют отклонения от нормы по определенным показателям: состояние здоровья (хронические заболевания, распространенность вредных привычек); взаимоотношения в семье, школе; проблемы в учебной деятельности; девиантное, делинкветное поведение и т.д. (Особенности образа жизни, здоровья подростков «группы риска» более подробно изложены автором в параграфе 3.2)

Характеризуя социальный портрет современных подростков, Л.А. Щеплягина и Л.М. Сухарева²⁹, Е. Омельченко³⁰ отмечают:

²⁷ Хрестоматия. Обучение и воспитание детей и подростков «группы риска»: учеб. пособие / сост. В.А. Астапов, Ю.В. Мискадзе. – М.: Ин-т практической психологии, 1996. – С. 195.

²⁸ Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации: Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ.

²⁹ Щеплягина Л.А., Сухарева Л.М. Проблемы подготовки по подростковой медицине в условиях реформирования медицинской помощи детям подросткового возраста // Современный подросток: материалы Всерос. конф. с международным участием, Москва, 4–5 декабря 2001 г. – М.: Типография № 9, 2001. – С. 36–43.

³⁰ Нормальная молодежь: пиво, тусовка, наркотики / под ред. Е. Омельченко. – Ульяновск, 2005. – 180с.

– стремительный рост распространения вредных привычек (алкоголизация, наркотизация, токсикомания, курение);

– повышенную сексуальную активность и связанные с нею болезни, передаваемые половым путем, высокий уровень аборт, раннее материнство и отцовство;

– высокую степень социальной дезадаптации и распространенность асоциальных форм поведения (подростковая преступность, проституция и др.);

– раннюю трудовую занятость.

По мнению диссертанта, при накопленном сегодня теоретическом и эмпирическом материале не представляется возможным синтезировать имеющиеся частные периодизации в единую универсальную, пригодную для различных целей и для всех наук. С точки зрения диссертанта целесообразно придерживаться позиции Е.П. Тарасенко, согласно которой общими характеристиками для вышеприведенных и других определений понятия «подросток» являются:

- 1) возрастные границы от 15 до 17 лет (при проведении социологических исследований автор также придерживался указанных возрастных границ);
- 2) амбивалентность социального статуса (уже не на стадии детства, но еще не на стадии молодости);
- 3) удовлетворение одновременно специфических детских, молодежных и взрослых потребностей в связи с усилением акселеративных процессов среди подрастающего поколения;
- 4) гормональные изменения, связанные с половым созреванием и, как следствие, частая эмоциональная неустойчивость;
- 5) наличие специфической временной структуры поведения подростков, нацеленной на будущее при подчинении ему настоящего;

- б) в социально-психологическом плане – сочетание неустойчивости желаний, нетерпимости с любопытством и дерзостью в повседневных практиках;
- 7) индивидуализированные социальные реакции, во многом сформированные особенностями социализации и воспитания в семье³¹.

Таким образом, диссертант определяет подростков как переходную группу от детства к взрослости, с возрастными границами в пределах от 15 до 17 лет, характеризующуюся физиологическими, психологическими, социально-статусными, социокультурными особенностями.

Исследование особенностей «здоровья подростков» невозможно также без определения понятия «здоровье». В научной литературе можно найти многообразие смыслов, значений и толкований понятия «здоровье». В настоящее время число определений понятия «здоровье» превышает три сотни и каждое из них отражает концепцию того или иного автора. Единого мнения относительно данного определения ни в отечественной, ни в зарубежной социологии нет. Отправной точкой для медико-социальной интерпретации здоровья является определение, принятое Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»³².

На сегодняшний день многими исследователями используются концептуальные модели здоровья:

³¹Тарасенко Е.П. Социальная адаптация подростков из многодетных семей в условиях трансформации современного российского общества: дис. ... канд. социол. наук. – Волгоград, 2008. – С. 21–22.

³² Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. – URL: <http://www.who.int/ru/index.html> (дата обращения: 29.09.2011). Это определение приводится в Преамбуле к Уставу Всемирной организации здравоохранения, принятому Международной конференцией здравоохранения, Нью-Йорк, 19–22 июня 1946 г., подписанному 22 июля 1946 г. представителями 61 страны (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) и вступившему в силу 7 апреля 1948 г. С 1948 г. это определение не менялось.

– медицинскую модель здоровья (предполагает определение, которое содержит лишь медицинские признаки здоровья. Здоровье – это отсутствие болезней и их симптомов);

– биомедицинскую модель здоровья, которая предполагает отсутствие у человека органических нарушений и ощущений нездоровья. Здесь подчеркивается значение биологической сущности в жизнедеятельности и здоровье;

– биосоциальную модель здоровья (рассматриваются биологические и социальные признаки при приоритетной роли социальных);

– ценностно-социальную модель здоровья. Здоровье – основополагающая ценность, необходимая для удовлетворения материальных и духовных потребностей, участия во всех сферах жизни³³.

Е.В. Дмитриева предложила другую классификацию, где выделяет три группы в определении понятия «здоровье». Первая группа – это функциональные определения, в данном случае здоровье трактуется как необходимое условие для чего-либо³⁴.

Основоположник структурного функционализма Т. Парсонс определяет здоровье как «оптимальные возможности индивида эффективно выполнять свои роли и задачи, для которых он был социализирован». При данной классификации акцентируется внимание на успешности выполнения индивидом своих функций, для чего ему необходимо быть в хорошем физическом и психическом состоянии³⁵. Ко второй группе относятся определения здоровья, данные через философские категории биологического и социального. С этой точки зрения здоровье определялось через диалектическое единство биологического и социального. Данной позиции

³³ Калью П.И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация// ВНИИМИ.–1988.–69с.

³⁴ Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. – М., 2002. – С. 84.

³⁵Parsons T. The Social System. – N.Y., 1951

придерживались А.М. Изуткин, П.Д. Тищенко, В.Д. Жирнов и др.³⁶. Следует отметить, что данный подход наиболее распространен в отечественной социологии. Третья группа определений связана с отождествлением понятий «здоровье» и «норма». Под нормой чаще всего понимается «состояние оптимальной жизнедеятельности человека или реальной возможности достичь его через определенный интервал времени за счет саморегуляции и адаптации»³⁷. Четвертая группа – динамический характер определений здоровья. В данном случае под динамикой понимается «баланс между различными системами, адаптация человека к обстоятельствам»³⁸. Такого подхода придерживаются М.С. Бедный, В.П. Казначеев, Л.Г. Матрос. И.В. Журавлева определяют здоровье как «социальный феномен, продукт общественного развития, связанный с определенным историческим периодом времени и его социальными и культурными условиями»³⁹. По мнению исследователей, анализ проблемы здоровья свидетельствует о ее сложности и многогранности, что объясняет правомерность существования различных подходов к определению здоровья. Каждое из определений имеет свое основание и толкование, что, в свою очередь, является полезным в понимании данной проблемы⁴⁰. Все существующие подходы и определения понятия «здоровье» в данной работе охватить невозможно и целью диссертации это не является. Обобщая вышесказанное и исходя из целей и задач исследования, здоровье мы определяем как состояние полного физического, духовного и социального благополучия, которое основано на системе медицинских, биологических, психологических, социальных

³⁶Изуткин А.М., Петленко В.П., Царегородцев Г.И. Социология медицины. – Киев, 1981; Жирнов В.Д. Мировоззренческие и методологические аспекты определения понятия «здоровье» // Социально-философские и мировоззренческие проблемы здоровья человека. – Львов, 1984.

³⁷Резник М.И. Философский анализ нормы в медицине: дис. ... канд. филос. наук. – ЛГУ, 1980 с.

³⁸Журавлева И.В. Отношение к здоровью как социокультурный феномен: дис. д-ра социол. наук. – М., 2005. – С. 53.

³⁹ Там же, с. 61.

⁴⁰Глазачев О.С. Современные подходы к анализу подхода «здоровье» в аспекте формирования экологической культуры // Экология. – URL: <http://www.ecogeo.info/publications/7/> (дата обращения: 06.02.2013)

характеристик индивида и общности, меняющиеся под воздействием социально-экономических, социокультурных и других факторов.

Следует отметить, что анализ определений, методов исследования здоровья подростков нельзя считать исчерпывающим, если не рассмотрены представления о его носителях, в частности, особенностях здоровья современных подростков. Современных подростков называют «новое поколение», «поколение *x* и *y*» и т.д. Остановимся на наиболее распространенных подходах. Поколение, сложившееся в российском обществе во второй половине 1980–1990 гг., называют сегодня «новым поколением». В.В. Гаврилюк отмечает, что «поколение как социальная реальность предполагает существование совокупности людей в виде некоторого взаимосвязанного единства... оно обусловлено общностью реализуемых социальных ролей и функций, доминирующих возрастных социально-психологических черт, общностью поколенческого сознания»⁴¹. М.Б. Глотов трактует поколение как «совокупность людей, объединенных активным участием в конкретно-исторических событиях, обладающих общими духовно-нравственными идеалами и являющихся носителями определенного типа культуры»⁴². Исследователи также отмечают, что подростков можно назвать «поколение *z* или *y*». «Поколение – это группа людей, рожденных в определенный возрастной период, испытавших влияние одних и тех же событий и особенностей воспитания, с похожими ценностями. Мы этих ценностей не замечаем, они действуют незаметно, во многом определяя наше поведение: как мы общаемся, как решаем конфликты и строим команды, как развиваемся, что и как покупаем, что нас мотивирует, как ставим цели и управляем людьми. Сейчас в России живут и работают представители следующих поколений:

– поколение GI (1900–1923 г.р.)

⁴¹Гаврилюк В.В., Трикоз Н.А. Динамика ценностных ориентаций в период социальной трансформации (подпоколенный подход) // Социологические исследования. – 2002. – № 1. –С.96

⁴² Глотов М.Б. Поколение как категория социологии // Социологические исследования. – 2004. – № 10. –С.42

- «молчаливое» поколение (1923–1943 г.р.)
- поколение «беби-бумеров» (1943–1963 г.р.)
- поколение X (1963–1984 г.р.)
- поколение Миллениум или Y (1984–2000 г.р.)
- поколение Z (с 2000 г.р.)»⁴³.

Следовательно, современные подростки представляют поколения Y и Z. Представители данного поколения характеризуются низким уровнем самосохранительного поведения, правовой незащищенностью, низким социальным статусом и т.д. Таким образом, рассмотренные определения подростков позволяют говорить о том, что подростки как социально-демографическая группа обладают типичными характеристиками, которые формируются под влиянием условий общества.

Несомненно, подобные особенности современных подростков, присущие представителям данного возраста и поколенческие характеристики подростков России выступают своеобразным вызовом для социальной политики.

В настоящей работе мы не ставим цель полностью описать все нюансы социальной политики. Наша задача, скорее, состоит в том, чтобы попытаться выявить особенности социальной политики в сфере охраны здоровья подростков. Следует отметить, что в современной литературе представлены разные точки зрения на определение социальной политики государства.

П. Бурдые рассматривал социальную политику как структурируемый и структурирующий социальный институт. Социальная политика конструируется за счет дискурсивных средств номинации и кодификации, определяющих гражданско-правовой статус любой социальной группы. «Кодификация – это операция приведения в символический порядок или поддержки символического порядка, которая наиболее часто возлагается на высшие государственные бюрократии»⁴⁴. И.А. Григорьева определяет

⁴³Теория поколений в России. – URL: <http://rugenerations.su/> (дата обращения: 30.11.2011)

⁴⁴ Бурдые П. Кодификация // Начало. – М.: Socio-Logos, 1994. – С. 123.

социальную политику как «взаимодействие государства, экономических структур и гражданского общества по координации деятельности различных социальных групп и социально-территориальных общностей в сфере производства, распределения потребления, позволяющая согласовать интересы этих групп с интересами человека и долговременными целями общества»⁴⁵. С.А. Левков отмечает, что это «...политика выделенного (привилегированного) социального института или социальной группы, направленная на поддержание условий контракта, существующего основой его организации, процесс конструирования желаемого состояния социальной системы»⁴⁶. В словаре социальной работы приведено следующее определение: «Социальная политика – деятельность принципов общества, формирующий способ, при помощи которого оно вмешивается и регулирует отношения между индивидами, группами, общинами, социальными учреждениями. Эти принципы и действия являются результатом обычаев и ценностей общества и в большей степени определяют распределение ресурсов и уровень благосостояния людей. Социальная политика включает планы и программы в сфере образования, здравоохранения, экономической защиты, социального обеспечения, составляемые правительством, добровольными организациями»⁴⁷. Е.А. Тарасенко, С.Н. Смирнов, Т.Ю. Сидорина в учебнике по социальной политике определили социальную политику как «совокупность принимаемых органами государственного управления, работодателями, профсоюзными и другими общественно-политическими структурами (субъектами социальной политики) решений, учитывающих общественное мнение и направленных на формирование социальной стратегии государства в целях развития общества, создания общественно приемлемых социальных условий для реализации возможностей и потребностей членов общества (объектов социальной

⁴⁵ Григорьева И.А. Социальная политика: взаимодействие государства, общества и человека: дис. ... д-ра социол. наук. – СПб., 2005. – С. 42.

⁴⁶ Левков С.А. Концептуальные основания региональной социальной политики (социологический анализ): дис. ... д-ра социол. наук. – Хабаровск, 2006. – 42 с.

⁴⁷ Баркер Р. Словарь социальной работы: пер. с англ. – М., 1994. – С. 38.

политики), повышение уровня и качества их жизни, а также мероприятий по практическому осуществлению этих решений»⁴⁸. Охрана здоровья – одно из приоритетных направлений социальной политики государства.

В своей работе мы придерживаемся определения, данного А.В. Решетниковым, который определяет систему охраны здоровья как «совокупность взаимодействующих правосубъектов и институтов общества, организованных с целью осуществления политических, экономических, правовых, социальных, научных, медицинских, санитарно-гигиенических мер, направленных на охранение, поддержание, укрепление здоровья граждан и профилактику заболеваний»⁴⁹.

Важно также подчеркнуть, что «социологический подход к поколению (в нашем случае подростков – *прим. автора диссертации*) предполагает его рассмотрение как общности, для которой характерны схожие условия социализации, типичные потребности и ценности»⁵⁰. В.В. Гаврилюк подчеркивает, что молодое поколение «находится в стадии становления, формирования структуры ценностной системы, выбора профессионального и жизненного пути, не имея реального положения на социальной лестнице, поскольку либо «наследует» социальный статус семьи, либо характеризуется «будущим» социальным статусом»⁵¹. Действительно, современное молодое поколение следует рассматривать как категорию, незащищенную с правовой и социально-экономической точек зрения. Социальный статус подростков, скорее, можно охарактеризовать как наследуемые статусы, такие как пол, раса; приписываемые (например, сыновья, дочери, внуки, племянники). Их статусы напрямую связаны со статусами их родителей, родственников. Достижимых статусов у них пока нет ввиду отсутствия законченного

⁴⁸ Тарасенко Е.А., Смирнов С.Н., Сидорина Т.Ю. Социальная политика: учеб. пособие. – М.: ИД ВШЭ, 2004. – С. 6

⁴⁹ Решетников А.В. Социология медицины: руководство – ГЭОТАР_Медиа, 2010. – С. 24.

⁵⁰ Шиняева О.В., Падиарова А.Б. Социальное неравенство и здоровье молодого поколения россиян. – Ульяновск: УЛГТУ, 2010. – С. 21–22.

⁵¹ Гаврилюк В.В., Трикоз Н.А. Динамика ценностных ориентаций в период социальной трансформации (подпоколенный подход) // Социологические исследования. – 2002. – № 1. – С.98

образования, квалификации, подростки обычно напрямую не бывают связаны ни с властью, ни с собственностью. Они связаны с социальным статусом родителей, условиями жизни семьи, материальным положением семьи и зависят от семейной и школьной социализации. Поэтому здоровье детей и подростков, его показатели, факторы от которых оно зависит, являются не только личностными характеристиками, но и социальными.

§ 1.2. Теоретические подходы к анализу социально-культурных факторов здоровья

Методологическое обоснование каждого исследования требует понимания и рассмотрения всех используемых подходов и исследуемого аспекта проблемы. В данном параграфе речь пойдет о социально-культурных теориях и подходах к изучению здоровья населения.

«Социологический подход к исследованию здоровья групп индивидов в обществе состоит в том, что здоровье рассматривается как одно из важнейших условий для сохранения воспроизводства и жизнеспособности общества как социальной системы, в которой система здравоохранения является одной из важнейших подсистем. Результаты развития и деятельности этой социальной подсистемы всегда влияют на жизнедеятельность общества, показателями которой служат рождаемость, продолжительность жизни, заболеваемость по группам заболеваний»⁵². С позиции социологического подхода здоровье – это социальный феномен, понять и определить который «невозможно в отрыве от конкретной среды, в которой живет человек, в отрыве от различных сфер проявлений его жизнедеятельности, вне связи с целями и назначениями человека»⁵³. Анализ имеющихся в отечественной литературе социологических представлений о здоровье позволил выделить следующие признаки социальности:

⁵² Дунаева В.И. Здоровье детей и подростков в условиях социальных изменений российского общества: региональный аспект: дис. ... канд. социол. наук. – Пенза, 2005. – С. 14.

⁵³ Краткий словарь по социологии / под общ. ред. Д.М. Гвишиани, Н.И. Лапина. – М.: Политиздат, 1988. – С. 77.

- социальные отношения как фактор и внешнее проявление здоровья;
- социальные нормы и аномальность здоровья;
- социализация как процесс усвоения образцов поддержания здоровья, формирование ценностного отношения к нему;
- социальные явления – неравенство, конкуренция, безработица, состояние здравоохранения⁵⁴, социальная политика государства, отношение индивида к своему здоровью, что, в свою очередь, зависит от социально-экономических факторов – как условия сохранения или утраты здоровья.

К.Н. Хабибуллин указывает: «Социологический анализ начинается там, где кончается демографическая, экологическая и эпидемиологическая статистика. Социология ищет «закрытые» значения статистических категорий, расценивая их как продукт измерения социального поведения человека»⁵⁵. В современной социологии существует ряд категорий, концептов, которые отражают сущность социологического подхода к здоровью. К таким категориям относится категория «социальные детерминанты здоровья» («социальные факторы здоровья», «факторы, формирующие здоровье»). Под «социальной детерминантой» понимается «фактор или элемент, обуславливающий то или иное явление и имеющий социальную природу»⁵⁶. Здоровье в данном контексте зависит от социальных факторов, явлений, процессов, институтов, изменений в обществе и т.д. В свою очередь Всемирная организация здравоохранения определяет социальные детерминанты здоровья как «условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют, включая системы здравоохранения»⁵⁷. Эти условия формируются под воздействием распределения денег, власти и ресурсов на глобальном, национальном и

⁵⁴Шиняева О.В., Падиарова А.Б. Социальное неравенство и здоровье молодого поколения россиян. – Ульяновск, 2010. – С. 12.

⁵⁵Хабибуллин К.С. Медицинская социология. – СПб., 2000. – 31 с.

⁵⁶Лебедева-Несевра Н.А., Гордеева С.С. Социология здоровья: учеб. пособие для студ. вузов. – Пермь, 2011. – С. 38.

⁵⁷Социальные детерминанты здоровья// Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. – URL: http://www.who.int/social_determinants/ru/index.html (дата обращения: 08.02.2013)

местном уровне, на которые, в свою очередь, оказывает воздействие социальная политика.

В диссертационной работе при изучении особенностей здоровья подростков мы применили теорию (концепцию) самосохранительного поведения и теорию образа жизни. Концепция самосохранительного поведения (в зарубежной психологии – «превентивное поведение») довольно широко используется при изучении различных аспектов поведения, связанного со здоровьем. «В основе самосохранительного поведения находится отношение индивида к своему здоровью, которое выступает мотивирующим фактором для соответствующих действий и поступков в сфере сохранения и улучшения здоровья»⁵⁸.

Самосохранительное поведение выступает как показатель уровня развития культуры. В социально-философской литературе выделяются несколько подходов к определению культуры. Концепция культурного капитала П. Бурдьё определяет в культуре одну из причин социального неравенства. Он дополняет трактовку социального капитала, включая в нее обладание культурным капиталом, который выступает в качестве «пропуска» в его престижные сегменты⁵⁹. Уровень общей культуры и образования, статусы и происхождение – все это является уникальным капиталом, подающим культурные и социальные сигналы, по которым можно узнать «своего»⁶⁰. Кроме того, он «анализирует логику практики во времени и пространстве, концептуализирует приобретенное положение, поиск социальных различий в конструировании стиля жизни в отношении к здоровью. На основе социального капитала формируется культура и вкусы, которые распространяются на весь класс»⁶¹.

⁵⁸ Шклярчук В.Я. Самосохранительное поведение в молодежной среде // Социологические исследования. – 2008. – № 10. – 140 с.

⁵⁹ Бурдьё П. Социальное пространство и генезис «классов» // Социология политики. – М., 1993. – С. 47.

⁶⁰ Матюшечкин А.С. Инвестиции в детей в терминах концепции социального капитала. Социология и социальная работа // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. – 2007. – № 1(6). – С. 56.

⁶¹ Simon J.W. Class, Health and Lifestyles: Can Bourdieu Help Us? // Sociology-of-Health-and-Illness. 1995. № 17, 5. P. 577–604

Большое значение для формирования ценностей модели здоровья имела социально-культурная концепция П. Сорокина, согласно которой именно культура регулирует поведение человека, в том числе и поведение в сфере здоровья. Культурные нормы и ценности усваиваются индивидом и передаются из поколения в поколение и сохраняются длительное время. Таким образом, для целых поколений характерна общность культурных норм, что позволяет использовать данную концепцию при анализе поколений. Кроме того, П. Сорокин обосновал связь между социальной стратификацией общества и «стратификацией здоровья». Он утверждал, что «переходя от высших классов к низшим, мы наблюдаем у представителей этих классов снижение общего уровня здоровья»⁶². Т. Парсонс разработал концепцию усвоения личностью культурных ролей и принятия элементов одобряемого поведения, когда в каждом конкретном случае следует учитывать влияние культуры и религии⁶³.

Одним из основных элементов самосохранительного поведения является отношение к здоровью. И.В. Журавлева выделяет определения – «отношение индивида к здоровью», «отношение к здоровью на уровне общества», «отношение к здоровью на уровне группы». Понятие «отношение индивида к здоровью» она определяет как «сложившуюся на основе имеющихся у индивида знаний оценку собственного здоровья, осознание его значения, а также действий, направленных на изменение состояния здоровья». Кроме того, отношение к здоровью может быть рассмотрено как на макроуровне, так и микроуровне. Макроуровень, т.е. «отношение к здоровью на уровне общества» определяется как «система мнений и социальных норм, существующих в обществе по поводу здоровья и выраженных в действиях, направленных на изменение состояния общественного здоровья на различных уровнях управления», микроуровень –

⁶² Сорокин П.А. Социальная мобильность. – М.: Academia, 2005. – С. 240.

⁶³ Parsons T. An Approach to Psychological Theory in Studies in General Theory / Ed. by S. Koch. N.Y.: McGraw-Hill, 1958

на уровне группы объединяются черты двух определений, приведенных выше⁶⁴. А.А. Авдеев считает, что в процессе развития общества происходят качественные изменения в структуре самосохранительного поведения. Основная тенденция, с точки зрения автора, состоит в переходе от бессознательного или неосознанного к сознательному отношению и деятельности, направленной на сохранение здоровья⁶⁵.

В работах классика социологии М. Вебера были заложены основы изучения образа жизни (lifestyle) как диалектической взаимосвязи индивидуальных выборов (lifeconduct) и жизненных шансов (lifechances)⁶⁶. Согласно М. Веберу, образ жизни состоит из двух основных компонентов: «жизненный выбор и жизненные шансы»⁶⁷. «Формирование образа жизни проходит под воздействием объективных и субъективных факторов. Одна сторона образа жизни – те аспекты, которые выбрал индивид самостоятельно, другая – напоминает о том, что даже самостоятельный выбор делается под влиянием экономических, политических и социальных условий страны»⁶⁸. Индивиды выбирают образ жизни и соответствующее поведение, но их выбор детерминирован принадлежностью к определенному социальному классу. Идеи М. Вебера применительно к проблемам здоровья были развиты американским социологом В. Коккерманом. Он исследовал здоровый образ жизни как «коллективную модель поведения в отношении здоровья, выбор которой ограничен жизненными шансами индивида»⁶⁹. Под жизненными шансами подразумеваются пол, возраст, национальность, социальная принадлежность и т.п. Выбор включает принятие решения о различных поведенческих актах в сфере здоровья – соблюдении режима

⁶⁴ Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. – М.: Наука, 2006. – С. 37.

⁶⁵ Авдеев А.А. Проблемы изучения структуры самосохранительного поведения // Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни: сб. статей. – М., 1989. – С. 25–30.

⁶⁶ Weber M. *Wirtschaft und Gesellschaft*, Tübingen, 1922.

⁶⁷ Cockerham W.C. The Social Determinants of the Decline of Life Expectancy in Russia and Eastern Europe: a Lifestyle Explanation. // *Journal of Health and Social Behavior*. 1997. Vol. 38. № 2. P. 117–130.

⁶⁸ Bolaria B.S., Dicinson H.D. *Sociology of Health Care in Canada*. Toronto etc.: Hercourt, Brace, Jovanovich. 1988. P. 554–557

⁶⁹ Cockerham W., Rutten A., Abel T. Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving Beyond Weber // *Sociological Quarterly* 38, pp. 321–42, 1997.

питания, отдыха, физических упражнений, употреблении алкоголя, курении и т.п. Поведение, соответственно, имеет положительные или отрицательные последствия для здоровья. При этом здоровье воспринимается не как самодостаточная ценность, а как возможность, условие для того, чтобы хорошо себя чувствовать, иметь возможность работать, творить, наслаждаться жизнью⁷⁰. Например, И.Б. Назарова в своих исследованиях подтверждает тот факт, что разницу в самооценках разных национальностей можно объяснить культурологическим подходом (стилем жизни, традициями, привычками)⁷¹. Н.М. Римашевская, О.А. Кислицина, характеризуя неравенство в состоянии здоровья населения страны, отмечают: «Исследования качественных параметров условий и уровня жизни людей, находящихся в наиболее неблагоприятном положении, свидетельствуют о существенных ограничениях возможностей выбора ими более здорового образа жизни, что обусловлено не только практическими ограничениями денег, времени, но также воздействием психосоциальных механизмов (расположенных к пьянству, табакокурению)»⁷². Следовательно, взаимосвязь и взаимозависимость понятий уровень жизни и образ жизни неоспоримы, именно от уровня жизни зависит образ жизни. Имея высокий уровень жизни, человек располагает большими возможностями определять наиболее оптимальный для себя образ жизни⁷³. По мнению И.Б. Назаровой, «формирование образа жизни происходит под воздействием объективных и субъективных факторов»⁷⁴. По мнению Ю.П. Лисыцына, «существует широкий спектр характерных черт образа жизни человека, влияющих на его здоровье: особенности питания, соблюдение санитарно-гигиенических правил и требований, медицинская грамотность и дисциплина», такие как

⁷⁰ Журавлева И.В. Отношение к здоровью как социокультурный феномен: дис. ... д-ра социол. наук. – М., 2005. – С. 32–33.

⁷¹ Назарова И.Б. Период реформ в России: факторы, влияющие на здоровье // Социологические исследования. – 2003. – № 11. – С.2

⁷² Римашевская Н.М., Кислицина О.А. Различия в состоянии здоровья // Народонаселение. – 2005. – № 4. – С. 30.

⁷³ Зиятдинова Ф.Г., Зиятдинов А.Р. Государственное регулирование качества жизни в условиях рынка. – Казань: Казан. гос. ун-т, 2009. – С. 47.

⁷⁴ Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. – М.: ГУ-ВШЭ, МАКС Пресс, 2007. – С. 47.

«вредные привычки (курение, потребление алкоголя, неправильное питание), загрязнение среды обитания, а также на «психологическое загрязнение» (сильные эмоциональные переживания, дистрессы) и генетические факторы»⁷⁵.

По мнению И.В. Журавлевой «Социокультурный подход к анализу образа жизни человека в современном обществе помогает понять процессы аномии, культурного шока, запаздывания, дифференциации и культурной интеграции, которым в современных условиях быстрых темпов изменения социального бытия подвержено все население планеты. Современные социологи-исследователи разрабатывают оптимальные методики адаптации человека в обществе риска, стремясь обеспечить формирование подрастающим поколениям систем ценностей и стереотипов сознания, адекватных существующей российской социальной реальности, все более реализующей принципы либерально-рыночной идеологии»⁷⁶. По данным исследований 1980-х гг., поведение городского населения также характеризовалось отставанием уровня культуры самосохранения от тех требований, которые действительность предъявляла человеку в конкретных экономических и экологических условиях⁷⁷. Мы согласимся с исследователями социального неравенства и здоровья молодежи О.В. Шиняевой и А.Б. Падиаровой, «что здоровье социума и его больших групп – явление не только биологическое, но и социальное (социально-экономическое и социокультурное)»⁷⁸. Таким образом, молодое поколение, чтобы добиться успехов в жизни (материальном, духовном и т.д.), должно быть сильным и целеустремленным. Без выносливости, сил и энергии, и, самое главное, без здоровья подростки не смогут добиться успеха.

⁷⁵Лисицын Ю.П. Концепция факторов риска и образа жизни // Здравоохранение РФ. – 1998. – № 4. – С. 49.

⁷⁶Захарова Н.А. Здоровье как социокультурный феномен в современной России: дис. ... канд. социол. наук. – М., 2007. – С. 14.

⁷⁷Шилова Л.С. Исследование самосохранительного поведения – новый подход в изучении проблем здоровья населения // Демографические процессы: вопросы изучения. – М.: ИСИ АН СССР, 1987. – С. 33.

⁷⁸Шиняева О.В., Падиарова А.Б. Социальное неравенство и здоровье молодого поколения россиян. – Ульяновск, 2010. – С. 14.

И.М. Усманов утверждает, что «культура человека, проявляемая в ценностях, обычаях, медицинских и санитарных нормах упорядочивает, направляет, ориентирует действия индивидов в сфере сохранения их здоровья. Как и любая другая культура, здравоохранительная культура дает человеку культурологическую медико-социальную картину, информируя его о том, на что можно рассчитывать и как себя вести, мотивируя к самосохранительному поведению»⁷⁹. По мнению социологов-исследователей, на сегодняшний день у населения наблюдается низкий самосохранительный уровень в сфере здоровья. Это объясняется еще и тем, что 1980–1990 гг. «государство брало на себя обязательства заботы о человеке по всем вопросам: жилище, работа, отдых, здоровье, семья, дети и т.д. Другими словами, оно освободило индивида от потребности заботиться о своем здоровье. Отсутствие традиции личной ответственности за здоровье в конечном счете привело, с одной стороны, к деградации социальной инфраструктуры, формирующей одну из важнейших потребностей человека, и адекватной ей стратегии охраны здоровья, а с другой – к социальному обесцениванию личности человека»⁸⁰. Таким образом, здравоохранительные аспекты культуры являются важным источником социального знания и развития самосохранительного поведения.

По мнению В.М. Розина «на сегодняшний день здоровье и болезнь рассматриваются не как «натуральные», естественные феномены (т.е. состояние организма и психики), но как достаточно сложные артефакты, обусловленные современными культурными дискурсами (концепциями, картинами мира) и не в меньшей степени социальными институтами и технологиями»⁸¹.

В данной работе мы используем классификацию подходов, предложенных О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатовым:

⁷⁹ Усманов И.М. Здоровье молодежи как общественная ценность в современном российском обществе (социально-философский анализ): автореф. дис. ... канд. философ. наук. – Уфа, 2008. – С. 6–7.

⁸⁰ Там же, с. 7

⁸¹ Розин В.М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема // Мир психологии. – 2000. – № 1(21). – С. 12–30.

1. Нормоцентрический подход. На основе данного подхода здоровье рассматривается как совокупность среднестатистических норм восприятия, мышления, эмоционального реагирования и поведения в сочетании с нормальными показателями соматического состояния индивида. Это некий оптимальный уровень функционирования организма и психики (О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов)

2. Феноменологический подход: проблемы здоровья и болезнь трактуются как фундаментальные аспекты, они включены в субъективную картину мира и могут быть постигнуты лишь в контексте мира (К. Ясперс, Л. Бинсвангер, Р.Д. Лэнг)⁸².

3. Холистический подход: здоровье тождественно личностной зрелости, которая обретается в процессе личностного роста (Г. Олпорт)⁸³, здоровье тождественно естественному личностному развитию, росту, как атрибута свободно развивающейся и открытой опыту личности (К. Роджерс)⁸⁴ и примирение, синтез фундаментальных противоречий человеческого существования или интрапсихических полярностей (К.Г. Юнг)⁸⁵.

4. Аксиологический подход: здоровье выступает как универсальная человеческая ценность, соотносится с основными ценностными ориентациями личности и занимает определенное положение в ценностной иерархии. Доминирование тех или иных ценностей рассматривается в качестве факторов, определяющих здоровье индивида или негативно влияющих на него. А. Маслоу рассматривал высшие ценности как детерминанты здорового и полноценного развития индивидуума⁸⁶.

5. Дискурсивный подход: любое представление о здоровье может быть исследовано как продукт определенного дискурса, имеющего собственную

⁸² Ясперс К. Общая психология.—М.: Практика, 1997.—1056с.; Л. Бинсвангер Феноменология и психопатология// Логос.—1992.—№3.—С.125-136; Р.Д. Лэнг Расколотое «Я».—СПб.: Белый Кролик, 1995.—352с.

⁸³ Олпорт Г. Становление личности: избранные труды.—М.: Смысл, 2002.—462с.

⁸⁴ Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. — М.: Прогресс, 1994. — 480 с.

⁸⁵ Юнг К.Г. Собрание сочинений. Психология бессознательного /Пер. с нем.-М.: Канон, 1994.- 320с.

⁸⁶ Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики.—СПб.:Евразия,1997.—430с.

внутреннюю логику конструирования или концептуализации социальной или психической реальности. Для ясного понимания структуры конкретного представления требуется углубленный дискурс-анализ. Образцом такого анализа является историческое исследование становления медицинского дискурса, осуществленное Мишелем Фуко в работе «Рождение клиники»⁸⁷. В его концепции отчетливо прослеживается взаимосвязь практики и дискурсов. М. Фуко делает акцент на синкретизме дискурса и власти. Научность медицинского знания наличие широких социальных полномочий у системы здравоохранения вводит в понимание природы болезни дихотомию «норма-патология», а средства и технологии сохранения здоровья рассматриваются как способ устранения дисфункций в работе человеческого организма⁸⁸.

7. В рамках кросс-культурного подхода здоровье понимается как социокультурная переменная; его характеристики относительны и детерминированы специфическими социальными условиями, культурным контекстом, своеобразием национального образа жизни и мира (Ж.В. Эатон, Р.Л. Вилл)⁸⁹.

8. Культурологический подход сосредоточивает внимание на отношении людей к здоровью и их поведенческих характеристиках. Именно от культурных факторов зависит отношение человека к здоровью, его поведение в период благополучия и нездоровья, характер его контактов с системой здравоохранения. В рамках данного подхода используется конструкция «локус контроля здоровья»⁹⁰.

О.С. Васильева и Ф.Р. Филатов в своей работе «Психология здоровья: эталоны, представления, установки» выделяют «эталон здоровья»: «..в современной западной культуре наряду с эталонами локального и преходящего значения существуют устойчивые, выдержавшие испытание

⁸⁷ Фуко М. Рождение клиники М.: Академический проект, 2010. — 252 с.

⁸⁸ Бендина О.А. Практики сохранения здоровья в контексте культуры: автореф. дис. ... канд. социол. наук. – Саратов, 2009. – С. 12.

⁸⁹ Кирилюк О.Г. Социальная ценность здорового образа жизни студенческой молодежи в современном российском обществе: автореф. дис. ... канд. социол. наук. – Пенза, 2007. – С. 16–17.

⁹⁰ Васильев О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб. пособие для высших учебных заведений. – М.: Академия, 2001. – С.18.

временем и укоренившиеся в различающихся социокультурных условиях «эталоны здоровья»⁹¹. Эталоны здоровья они определяют как «упрощенные схемы, в соответствии с которыми формируются житейские понятия и социальные представления о здоровье, характерные для данной культуры». Социокультурными эталонами здоровья называются действующие на уровнях общественного, группового и индивидуального сознания функциональные схемы обобщенных социальных представлений о здоровье и болезни, существующие независимо от национальной специфики восприятия, которые проявляются в виде наиболее распространенных концепций, дискурсивных моделей и объяснительных схем⁹². «В структуре социокультурного эталона здоровья могут быть выделены следующие компоненты: наиболее общее представление о феномене здоровья, как правило, выраженное в дефиниции; эталонный образ здоровой личности», который предполагает «набор устойчивых личностных характеристик; устоявшиеся представления об основных условиях и принципах здорового существования; информация о путях или способах оздоровления личности, отражающая культурно-исторический опыт различных сообществ»⁹³.

Таким образом, подводя итог данному параграфу, отметим, что в основу социально-культурных подходов положен тезис о том, что человек в плане охраны и укрепления здоровья основывается на сложившиеся в обществе и в семье культурные нормы. Отметим, что социально-культурный подход не отрицает экономический, психологический и другие факторы, но приоритетным является анализ культуры в жизни человека.

Для дальнейшего рассмотрения заявленной темы выявим некоторые наиболее значимые положения данной главы:

1. Подростковый возраст является одним из критических этапов в жизни человека. Общественно-политические, экономические проблемы,

⁹¹ Там же, с. 23.

⁹² Верхименко Ю.В. Социологическая интерпретация здоровья // Социальные проблемы. – 2008. – № 1. – С. 37.

⁹³ Кирилюк О.Г. Социальная ценность здорового образа жизни студенческой молодежи в современном российском обществе: автореф. дис. ... канд. социол. наук. – Пенза, 2007. – С. 17–18.

происходящие сегодня в Российской Федерации, негативным образом влияют на состояние здоровья современных подростков, что проявляется в росте заболеваний, хронизации заболеваний, росте девиантного и делинкветного поведения среди подростков, что доказывает актуальность изучения проблем подросткового возраста, особенностей состояния здоровья и влияния социально-экономических, социально-культурных факторов на их здоровье.

2. В рамках российской традиции подростки определяются как социально-демографическая группа, характеризующаяся различными физическими и психологическими особенностями. Обобщая существующие подходы и возрастные границы подросткового периода, подростков мы определили как переходную группу от детства к взрослости с возрастными границами от 15 до 17 лет, характеризующуюся физиологическими, психологическими, социально-статусными, социально-культурными особенностями.
3. Определение понятия «здоровье» является ключевым в контексте изучения характера влияния факторов на здоровье молодого поколения. Здоровье подрастающего поколения является продуктом общественного развития, который, в свою очередь, связан с определенным этапом функционирования общества, социально-экономической обстановкой в стране, социальными и культурными условиями. Однозначного определения понятия «здоровье» в отечественной науке не существует, каждый исследователь, исходя из целей и задач исследования, интерпретирует данное понятие по-своему. Обобщая существующие подходы к определению «здоровье», мы определили его как состояние полного физического, духовного и социального благополучия, которое основано на системе медицинских, биологических, психологических, социальных характеристик индивида и общности, меняющиеся под воздействием социально-экономических, социокультурных и других факторов.

Глава 2. ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН: СТАТИСТИКА, САМООЦЕНКА И ПОВСЕДНЕВНЫЕ ПРАКТИКИ

2.1. Состояние и динамика показателей здоровья подростков Республики Татарстан в период 2004–2012 гг.

После рассмотрения подходов к изучению здоровья перейдем непосредственно к изучению здоровья подростков Республики Татарстан. Заболеваемость является одним из важнейших критериев, характеризующих здоровье населения, в том числе и подростков. Данные о заболеваемости – это надежная информационная база для обеспечения планирования управления здравоохранением. Более того, показатели заболеваемости являются своеобразным индикатором, отражающим реальную социально-экономическую ситуацию в обществе и позволяют анализировать социальные проблемы, расставлять приоритеты для выработки политических, экономических и медико-организационных решений в целях улучшения охраны здоровья населения⁹⁴.

В настоящее время в изучении и оценке здоровья подростков и всего населения выделяют два направления:

1. Оценка состояния здоровья подростков на основании статистических и демографических показателей рождаемости, заболеваемости, смертности, уровня физического развития и средней продолжительности жизни.

2. Исследование самооценки подростков, удовлетворенность своим состоянием, желание трудиться, учиться и наряду с этим выполнение правил здорового образа жизни (т.е. на основе самосохранительного поведения).

По мнению ученых и специалистов, нестабильная экономическая обстановка и, как следствие, резкое снижение жизненного уровня многих семей, перегрузка образовательных программ, ослабление деятельности

⁹⁴ Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Общественное здоровье. – М., 2001. – Ч.1.

системы социальной защиты заметно ухудшили положение детей, возможности семьи и государства по их жизнеобеспечению, развитию и социализации⁹⁵. Эти негативные процессы, прежде всего, отразились на состоянии детей и подростков, в повышении коэффициентов заболеваемости среди них.

В данном разделе работы источником информации для изучения медико-статистических закономерностей заболеваемости подростков 15–17 лет Республики Татарстан послужили данные официальной государственной отчетности и медицинские статистические сборники, а также материалы Республиканского медицинского информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения Республики Татарстан (ГАУЗ РМИАЦ МЗ РТ).

Прежде всего, следует отметить, что в структуре населения Республики Татарстан в 2012г. подростки составили 124 818 чел., из них – 63 721 юношей или 51,1%, 61 097 девушек или 48,9%. В городской местности насчитывалось 88 685 подростков, что составляет 71,1% от числа всех подростков, проживающих как в городской, так и в сельской местности. На селе в 3,5 раза меньше – 36 133 подростка или 28,9%.

В 2012г. по сравнению с 2004г. произошло снижение численности подростков на 41,8% (в городе – на 44,7%, а на селе – на 33,3% (табл.1).

⁹⁵ Стародубов В.И. Научное обоснование развития системы здравоохранения в России в условиях социально-экономических реформ: автореф. дис...д-ра мед.наук в форме научного доклада. – М., 1997. – 60с.; Шевченко С.Г. Современные тенденции здоровья подростков и управление медико-социальным обеспечением//Экономика и управление здравоохранение. – Красноярск, 1997. – С. 53–55.

Таблица 1

**Динамика возрастной численности подростков 15–17 лет
в Республике Татарстан
в 2004–2012 гг. (мужчины и женщины), тыс.***

Возраст	Годы								
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Подростки (15–17 лет)	214 591	208 079	194 495	177 801	160 446	143 540	133 757	131 044	124 818
Городские подростки (15–17 лет)	160 420	154 403	141 687	127 908	113 470	100 637	93 317	94 211	88 685
Сельские подростки (15–17 лет)	54 171	53 676	52 808	49 893	46 976	42 903	40 440	36 833	36 133

**Источник: составлено автором*

В условиях социально-экономической нестабильности в России за последние 10–15 лет в состоянии здоровья детей и подростков сформировались устойчивые негативные тенденции: распространенность факторов риска, влияющих на ухудшение здоровья и развитие подростков, увеличение заболеваемости и инвалидности.

Изменилось в худшую сторону и распределение детей по группам здоровья. По данным профилактических осмотров в Республике Татарстан, численность группы «здоровые» подростки снизилась за анализируемый период с 12,8% до 10,6%, причем, прежде всего, за счет снижения в этой группе численности сельских детей – с 17,2% до 13,1%, в городской местности – с 11,6% до 9,6%.

В 2012г. по сравнению с 2004г. зафиксировано увеличение числа подростков группы «больные» с 16,1% до 19,5%. Отметим, что рост численности группы «больные» произошел за счет сельских детей с 14,5% до 17,4%; среди городских подростков – с 16,5% до 20,4% (табл. 2).

Таблица 2

**Распределение подростков 15–17 лет Республики Татарстан
по группам здоровья⁹⁶ в 2004–2012 гг.***

Категория	Группы здоровья	Годы								
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Подростки 15–17 лет	В городской и сельской местности									
	I группа «здоровые»	12,8	12,5	12,6	12,4	11,9	11,4	10,8	10,1	10,6
	II группа «группа риска»	71,1	69,6	70,5	69,1	69,3	69,5	69,9	71,4	69,9
	III группа «больные»	16,1	17,9	17,0	18,5	18,8	19,1	19,3	18,5	19,5
	В городской местности									
	I группа «здоровые»	11,6	11,1	11,1	10,9	10,3	10,2	9,7	8,8	9,6
	II группа «группа риска»	71,9	70,8	71,4	70,4	70,8	70,3	70,4	72,1	70,0
	III группа «больные»	16,5	18,1	17,6	18,7	18,9	19,5	19,8	19,1	20,4
	В сельской местности									
	I группа «здоровые»	17,2	16,0	16,1	16,0	15,8	14,2	13,2	13,2	13,1
	II группа «группа риска»	68,3	66,7	68,2	66,2	65,8	67,4	68,8	69,8	69,5
	III группа «больные»	14,5	17,3	15,6	17,8	18,4	18,4	18,2	17,0	17,4

**Источник: составлено автором*

На диспансерном учете в республике с хронической патологией состоит практически каждый второй подросток 15–17 лет. Показательно, что в 2012г. наибольший интенсивный показатель подростков, состоявших на диспансерном учете, занимали подростки с заболеваемостью органов пищеварения – 11523,2 на 100 тыс. среднегодового постоянного населения; с болезнями глаза – 6882,0; костно-мышечной системы – 6293,2; мочеполовой

⁹⁶Жидкова О.И. Конспект лекций по медицинской статистике. – М.: Эксмо, 2007. – 158с.Медико-социальное значение «групп здоровья»: I группа – здоровые лица, не предъявляющие никаких жалоб, не имеющие в анамнезе хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем, у которых при обследовании не найдено отклонений от установленных границ нормы. II группа – практически здоровые лица, имеющие в анамнезе острое и хроническое заболевание, не сказывающееся на функциях жизненно важных органов и не влияющее на трудоспособность. III группа – больные хроническими заболеваниями, требующие систематического врачебного наблюдения: 1) с компенсированным течением заболевания, редкими и непродолжительными потерями трудоспособности; 2) с субкомпенсированным течением заболевания, частыми обострениями и продолжительными потерями трудоспособности; 3) с декомпенсированным течением, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

системы – 6293,2; эндокринной системы – 5645,8; нервной системы – 5405,5; болезнями органов кровообращения – 4737,3; болезнями органов дыхания – 4493,7. За исследуемый период выявлен значительный рост числа подростков 15–17 лет, состоящих на диспансерном учете с хронической патологией костно-мышечной системы (на 55,7%), нервной системы (на 52,3%), эндокринной системы (на 47,2%), органов кровообращения (на 24,9%), болезней глаза (на 24,6%) (табл. 3).

Таблица 3

**Диспансерный учет среди подростков 15–17 лет Республики Татарстан,
на 100 тыс. среднегодового постоянного населения
соответствующего возраста***

Наименование классов заболеваний	Годы								
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Некоторые инфекционные болезни	760,9	644,9	600,1	460,0	611,9	453,7	469,8	812,9	411,8
Новообразования	253,2	274,2	276,1	235,9	237,5	265,4	264,3	280,6	282,8
Болезни крови, кроветворных органов	709,8	781,5	823,0	819,5	813,9	893,6	902,6	910,6	983,8
Болезни эндокринной системы	3836,6	4620,3	4665,6	5383,6	5727,2	6069,3	6175,2	5760,1	5645,8
Психические расстройства	1654,2	4151,8	1540,2	1558,0	1661,3	1656,0	1620,8	1560,2	1565,5
Болезни нервной системы	3811,5	456,1	4255,2	4179,2	4707,5	5096,3	5578,5	5649,9	5405,5
Болезни глаза и его придатков	5523,0	5415,7	5944,7	5538,0	5944,4	6228,7	6585,3	6693,5	6882,0
Болезни уха и сосцевидного отростка	745,7	716,9	715,0	652,8	624,4	750,1	686,6	706,6	682,6
Болезни системы кровообращения	3793,5	4207,4	4228,4	4262,6	4214,0	4349,8	4547,6	4472,7	4737,3
Болезни органов дыхания	4551,5	51952,5	5165,2	4979,2	4735,1	4810,0	4720,5	4534,5	4493,7
Болезни органов пищеварения	12096,0	11845,3	11807,8	11588,0	12217,7	12286,5	12540,7	11757,9	11523,2
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1475,4	1501,3	1540,2	1520,2	1511,3	1631,5	1515,9	1615,7	1543,0
Болезни костно-мышечной системы	4368,9	4890,5	5076,6	5062,6	5319,3	5906,3	5967,5	6401,1	6804,3
Болезни мочеполовой системы	5956,9	6300,0	6488,9	6058,9	5774,0	5720,9	5679,7	5782,0	6293,2

Беременность, роды и послеродовой период (рассчитано на девушек-подростков 15-17 лет)	104,1	121,3	149,9	137,5	113,2	93,2	55,7	63,9	60,6
Врожденные аномалии	1209,9	1295,2	1332,3	1255,3	1308,0	1407,9	1432,8	1396,1	1279,5
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	2163,9	2604,2	2801,5	3007,3	2860,0	2740,0	2700,9	3324,4	3003,6
Травмы, отравления	21,3	25,3	41,9	43,2	42,1	70,0	75,5	81,3	55,3
Итого по всем классам заболеваний	52983,2	55800,4	57376,4	56671,6	58364,5	60381,5	61491,5	61717,6	61622,5

**Источник: составлено автором*

В то же время, согласно результатам социологических исследований, проведенных Республиканским медицинским информационно-аналитическим центром Министерства здравоохранения Республики Татарстан, наблюдается снижение медицинской активности среди подрастающего поколения. Из всех опрошенных в 2012г. подростков обращается за медицинской помощью при первых признаках заболевания только каждый четвертый (23,5%), остальные – только при значительном ухудшении состояния здоровья.

Следует отметить, что состояние здоровья подростков в Республике Татарстан имеет тенденцию к ухудшению и соответствует общероссийским тенденциям состояния здоровья подрастающего поколения. Так, за период с 2004 по 2012гг. темп прироста первичной заболеваемости среди подростков 15–17 лет в Республике Татарстан составил 50,9%, темп прироста распространенности болезней – 40,0% (рис.1).

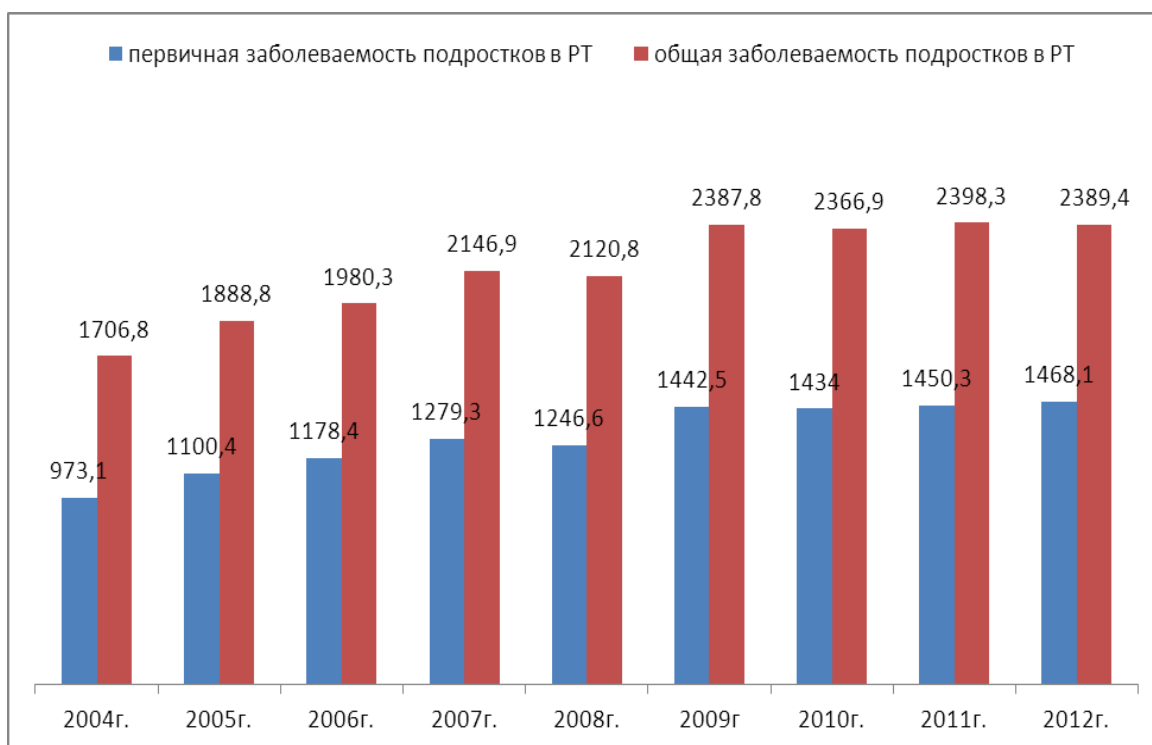


Рис. 1. Общая и первичная заболеваемость подростков 15–17 лет в Республике Татарстан в 2004–2012 гг., на 1000 соответствующего населения

В Республике Татарстан уровень заболеваемости подростков 15–17 лет в 2012г. был несколько выше, чем в целом по стране. Первичная заболеваемость подрастающего населения составила в 2012г. 1468,1 случая на 1000 населения (в целом по Российской – Федерации 1 383,0 случая); распространенность болезней – 2389,4 случая (в целом по Российской Федерации – 2241,6 случая на 1000 подросткового населения в возрасте 15–17 лет).

В 2012г. структура первичной заболеваемости в Республике Татарстан несколько отличается от структуры первичной заболеваемости подростков 15–17 лет в Российской Федерации: это прослеживается в анализе данных.

В структуре первичной заболеваемости в Республике Татарстан в 2012г. первое место занимают болезни органов дыхания (43,8%), на втором – травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (14,2%), на третьем – болезни кожи и подкожной клетчатки (5,6%), на

четвертом месте – болезни костно – мышечной системы (5,0%), на пятом – болезни органов пищеварения (4,8%) (рис. 2).

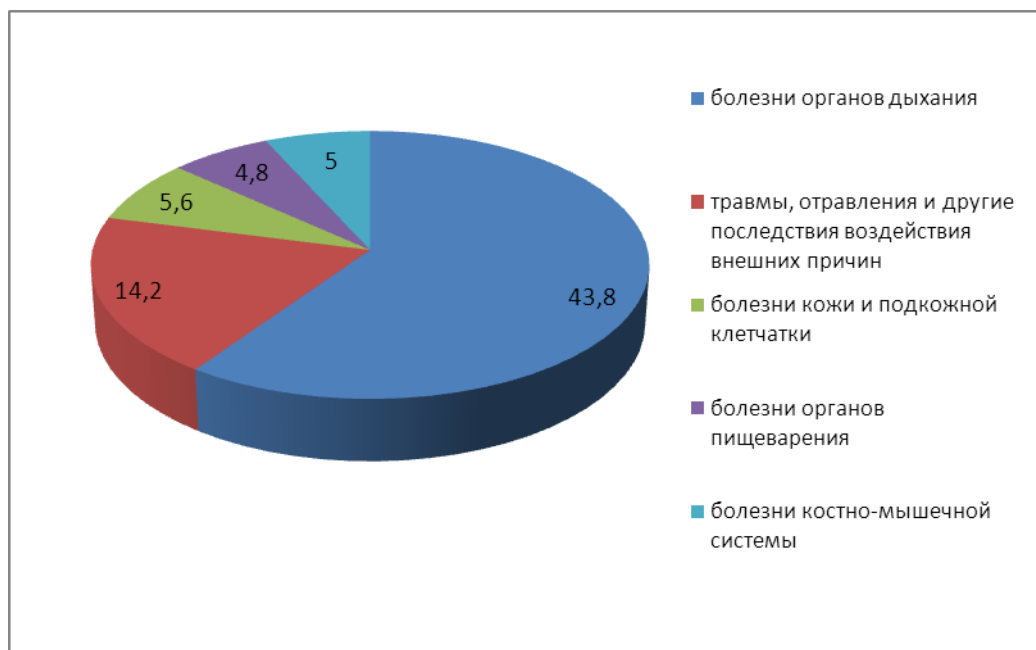


Рис. 2. Структура первичной заболеваемости подростков 15–17 лет в Республике Татарстан в 2012г., на 1000 соответствующего населения, в %

В Российской Федерации в структуре первичной заболеваемости наибольший удельный вес среди подростков 15–17 лет за 2012г. составили также болезни органов дыхания (48,6%), второе место заняли травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (11,6%), третье – болезни кожи и подкожной клетчатки (6,1%), на четвертом – болезни органов пищеварения (5,4%), на пятом – мочеполовой системы (4,5%) и прочие болезни (23,8%)⁹⁷ (рис. 3).

⁹⁷ Здравоохранение в России. 2013: Стат.сб./Росстат. - М., 2013.-С.143



Рис. 3. Структура первичной заболеваемости подростков 15–17 лет в Российской Федерации в 2012г., на 1000 соответствующего населения, в %

В структуре первичной заболеваемости по Республике Татарстан среди юношей 15–17 лет в 2012г. преобладали болезни органов дыхания (44,0%), травмы и отравления (16,9%), болезни костно-мышечной системы (5,9%), болезни кожи (5,2%), болезни органов пищеварения (4,6%), болезни глаза (3,5%), болезни системы кровообращения (3,0%), болезни нервной системы (2,6%), болезни эндокринной системы (2,0%) и прочие болезни (12,3%).

У девушек в структуре первичной заболеваемости наибольшую долю в 2012г. занимали болезни органов дыхания (44,0%); травмы и отравления (11,4%); болезни мочеполовой системы (9,5%), болезни кожи (6,0%), болезни органов пищеварения (4,9%), болезни костно – мышечной системы (4,0%), болезни глаза (3,5%), болезни нервной системы (2,6%), болезни уха и сосцевидного отростка (2,1%), прочие болезни (12,0%).

В Республике Татарстан в структуре распространенности болезней среди подростков 15–17 лет наибольший удельный вес составили заболевания органов дыхания (30,0%), второе место заняли болезни органов

пищеварения (9,1%), третье – травмы и отравления (8,7%), четвертое - болезни глаза и его придаточного аппарата (8,0%), пятое – болезни костно-мышечной системы (7,1%) и др. (37,1%)(рис. 4).



Рис. 4. Структура распространенности болезней среди подростков 15–17 лет в Республике Татарстан в 2012г., на 1000 соответствующего населения, в %

В Российской Федерации в структуре распространенности болезней за 2012г. наибольший удельный вес среди подростков 15–17 лет составили также болезни органов дыхания (48,5%), второе место заняли травмы и отравления (11,6%), третье - болезни кожи и подкожной клетчатки (6,1%), на четвертом - органы пищеварения (5,4%), на пятом – болезни мочеполовой системы (4,5%) и прочие болезни (23,9%) (рис. 5).



Рис. 5. Структура распространенности болезней среди подростков 15–17 лет в Российской Федерации в 2012г., на 1000 соответствующего населения, в %

Показательно, что среди юношей 15–17 лет Республики Татарстан за 2012г. наибольший удельный вес в структуре болезненности составили болезни органов дыхания (30,2%), травмы и отравления (10,3%), болезни органов пищеварения (8,9%) болезни костно-мышечной системы (8,5%), болезни глаза (7,9%), болезни нервной системы (5,4%), болезни эндокринной системы (5,0%), болезни системы кровообращения (4,7%) и прочие болезни (19,1%).

Среди девушек 15–17 лет наибольший удельный вес составили заболевания органов дыхания (30,0%), второе место заняли болезни мочеполовой системы (11,2%), третье - болезни органов пищеварения (9,5%), четвертое – болезни глаза (8,3%), пятое – травмы и отравления (7,1%), шестое - болезни костно – мышечной системы (5,7%), седьмое – болезни нервной системы (4,6%) и прочие болезни (23,6%).

Проведенный анализ показывает, что в 2004–2012гг. рост распространенности болезней среди подростков 15–17 лет в Республике Татарстан отмечается практически по всем классам: травмам и отравлениям –

на 67,1%, болезням эндокринной системы – на 55,2%, новообразованиям – на 54,2%, болезням костно-мышечной системы - на 49,7%, болезням органов дыхания - на 49,3%, болезням системы кровообращения – на 41,7%, болезням кожи и подкожной клетчатки – на 37,8%, болезням крови и кроветворных органов – на 33,1%, болезням мочеполовой системы – на 30,6%, врожденным аномалиям - на 27,4%, болезням глаза – на 27,2%, болезням уха – на 13,9%, болезням органов пищеварения – на 12,5%, инфекционным болезням – на 4,9 (Приложение 2, табл.1).

Число впервые выявленных заболеваний среди подростков 15–17 лет увеличилось, прежде всего, по следующим классам заболеваний: травмы и отравления – на 96,6%, болезни костно-мышечной системы – на 83,6%, новообразования – на 76,2%, болезни органов дыхания – на 57,2%, болезни нервной системы – на 52,8%, болезни системы кровообращения – на 52,6%, болезни мочеполовой системы – на 52,0%, беременность, роды и послеродовый период – на 50,0%, болезни кожи – на 45,1%, болезни крови – на 39,2%, болезни глаза - на 37,5%, болезни органов пищеварения – на 35,2%, болезни эндокринной системы – на 30,8%, болезни крови – на 24,4%, инфекционные и паразитарные болезни – на 15,4% (Приложение 2, табл. 2).

Рассмотрим подробно основные показатели заболеваемости подростков 15–17 лет в сельской и городской местности в Республике Татарстан в 2004–2012гг. Следует отметить, что первичная заболеваемость подростков в 2012г. была выше в городской местности, чем среди сельских подростков. Темпы прироста первичной заболеваемости были выше среди горожан. Первичная заболеваемость сельских подростков возросла за анализируемый период с 689,7 в 2004г. до 946,2 на 1000 населения в 2012г., что составило 37,2%. Первичная заболеваемость городских подростков увеличилась с 1070,2 в 2004г. до 1777,7 на 1000 населения в 2012г., составив 66,1% (рис. 6).



Рис. 6. Первичная заболеваемость среди подростков 15–17 лет в сельской и городской местности Республики Татарстан, на 1 000 среднегодового постоянного населения соответствующего возраста (по всем классам заболеваний) за 2004–2012гг.

Обращает на себя внимание, что в городской местности наибольшую долю впервые выявленных случаев в 2012г. составляют заболевания органов дыхания (44,0%), травмы и отравления (15,3%), болезни мочеполовой системы (6,1%), болезни кожи (5,6%), болезни костно – мышечной системы (4,8%), болезни органов пищеварения (4,4%) и др. (19,8%) (Приложение 2, табл. 3).

В сельской местности наибольшую долю впервые выявленных случаев составляют болезни органов дыхания (43,7%), травмы (9,4%), болезни органов пищеварения (6,2%), болезни костно-мышечной системы (5,8%), болезни кожи (5,6%), болезни мочеполовой системы (3,7%) и прочие болезни (25,6%) (Приложение 2, табл. 4).

Следует подчеркнуть, что число впервые выявленных случаев по классу болезней органов дыхания среди городских подростков в 1,9 раза выше, чем среди сельских подростков. Аналогичная ситуация

прослеживается почти по всем классам заболеваний: новообразования – в 3,8 раза, болезни мочеполовой системы – в 3,1 раза, травмы – в 3,0 раза, инфекционные болезни – в 2,1 раза, беременность, роды и послеродовый период – в 2,1 раза, врожденные аномалии – в 2,1 раза, болезни органов дыхания – в 1,9 раза, болезни кожи – в 1,9 раза, болезни нервной системы – в 1,8 раза, психические расстройства – в 1,7 раза, болезни глаза – в 1,7 раза, болезни костно-мышечной системы – в 1,6 раза, болезни уха – в 1,3 раза, болезни органов пищеварения – в 1,3 раза, болезни эндокринной системы – в 1,2 раза (Приложение 2, табл. 3, 4).

В связи с этим следует отметить, что за обследуемый период (2004–2012гг.) первичная заболеваемость среди сельских подростков 15–17 лет значительно возросла по следующим классам заболеваний: врожденные аномалии – на 80,0% (с 1,5 до 2,7 на 1000 населения), болезни органов дыхания - на 71,1% (с 241,7 до 413,6 на 1000 населения), болезни костно-мышечной системы - на 49,3% (с 36,5 до 54,5 на 1000 населения), болезни уха – на 42,3% (с 20,1 до 28,6 на 1000 населения), болезни кожи – на 35,5% (с 39,1 до 53,0 на 1000 населения), травмы и отравления – на 24,5% (с 71,8 до 89,4 на 1000 населения), болезни крови – на 23,9% (с 10,9 до 13,5 на 1000 населения), болезни нервной системы – на 22,2% (с 20,7 до 25,3 на 1000 населения), инфекционные болезни – на 18,4% (с 18,5 до 21,9 на 1000 населения), болезни глаза – на 17,7% (с 30,3 до 35,3 на 1000 населения), болезни системы кровообращения – на 16,8% (с 25,0 до 29,2 на 1000 населения), болезни органов пищеварения – на 15,5% (с 50,9 до 58,8 на 1000 населения), болезни мочеполовой системы – на 3,6 (с 33,8 до 35,0 на 1000 населения) (Приложение 2, табл. 4).

Это свидетельствует, скорее, не о более благоприятной тенденции в показателях здоровья сельских подростков, а о недостаточной выявляемости заболеваний среди данного контингента. Одной из причин повышения уровня первичной заболеваемости является позднее выявление заболеваний среди детей и подростков в районных амбулаторно-поликлинических

учреждениях республики. Это обусловлено недостаточной эффективностью профилактических осмотров подрастающего населения, диспансерного наблюдения за больными подростками с хроническими заболеваниями.

Недостаток врачей-специалистов, низкая доступность и качество квалифицированной помощи в сельской местности, низкая медицинская активность и низкий уровень самоохранительного поведения подростков и их родителей приводят к повышению уровня распространенности заболеваний, т.е. хронизации патологии, впервые выявленной у подростков.

В Республике Татарстан проводится работа по совершенствованию медицинской помощи сельскому населению, и, в частности, по созданию межрайонных медицинских учреждений, в которых будут сконцентрированы высококвалифицированные кадры, современное медицинское оборудование для оказания качественной и доступной помощи.

Распространенность болезней среди сельских подростков возросла за обследуемый период с 1219,3 случая на 1000 подросткового населения в 2004г. до 1689,8 в 2012г. (темп прироста составил 38,6%). Среди городских подростков распространенность болезней увеличилась с 1873,9 случаев в 2004г. до 2829,5 случаев на 1000 населения в 2012г. (темп прироста составил 51,0%) (рис.7).

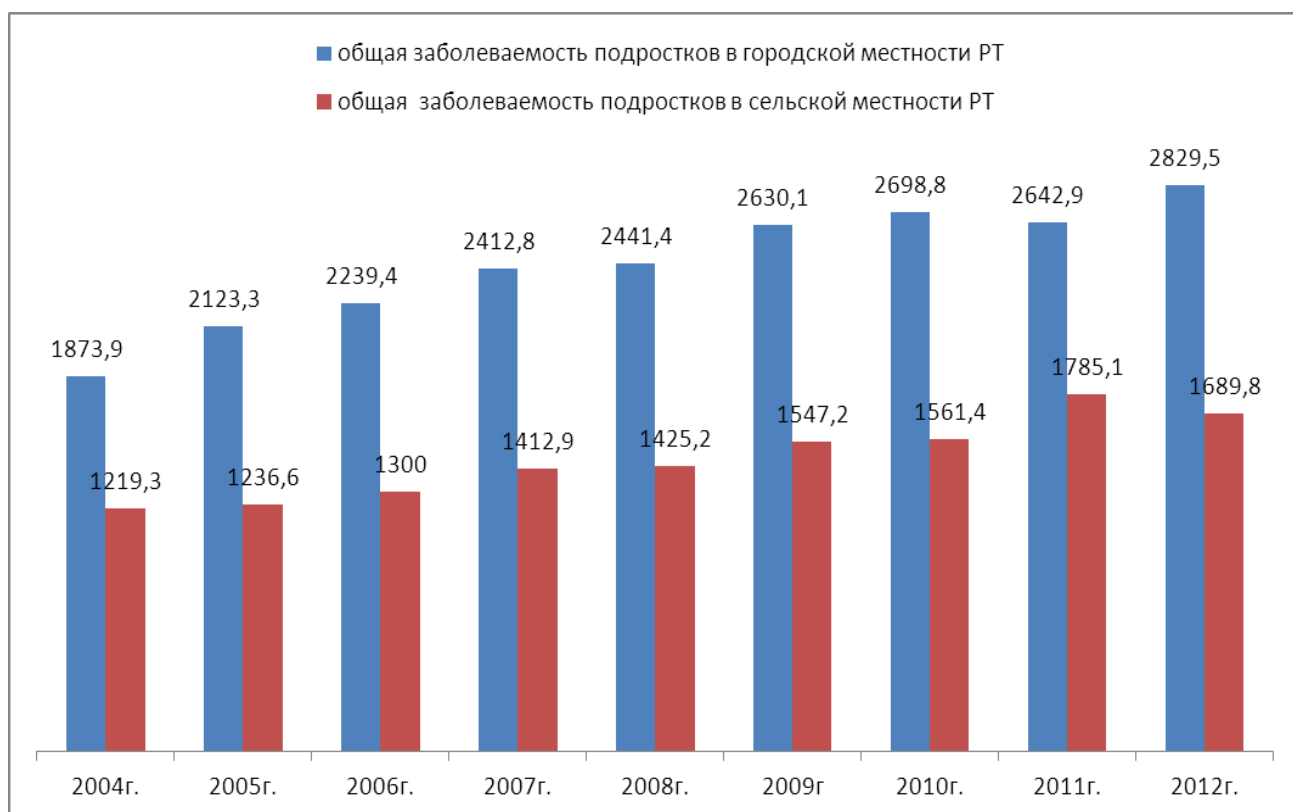


Рис. 7. Распространенность болезней среди подростков 15–17 лет в сельской и городской местности Республики Татарстан, на 1 000 среднегодового постоянного населения соответствующего возраста (по всем классам заболеваний) за 2004–2012 гг.

Проведенный анализ выявил, что в 2012г. наибольший удельный вес в структуре распространенности болезней среди сельских подростков занимали болезни органов дыхания (29,2%), болезни органов пищеварения (10,4%), болезни глаза (9,2%), болезни костно-мышечной системы (7,9%), болезни нервной системы (5,8%), травмы и отравления (5,3%), болезни системы кровообращения (4,9%), болезни мочеполовой системы (4,5%) болезни кожи (4,2%) и др. (18,6%) (Приложение 2, табл. 5).

В структуре распространенности болезней среди городских подростков в 2012г. преобладали заболевания органов дыхания (30,2%), травмы и отравления (9,6%), болезни органов пищеварения (8,8%), болезни глаза (7,7%), болезни мочеполовой системы (7,4%), болезни костно-мышечной системы (6,9%), болезни нервной системы (4,8%), болезни эндокринной системы (4,6%), болезни кожи (4,3%) и др. (15,7%) (Приложение 2, табл. 6).

В ходе исследования был проведен сравнительный анализ первичной заболеваемости подростков 15–17 лет в регионах и районах Республики Татарстан. В разрезе регионов Республики Татарстан за 2012г. самые высокие показатели первичной заболеваемости традиционно выявляются в Закамском (1393,8 случаев на 1000 населения) и Северо-Восточном (1393,8 случаев на 1000 населения) регионах республики. Самая низкая заболеваемость наблюдается в Предволжском регионе – 925,0 случаев на 1000 населения (табл.4).

Таблица 4

Первичная заболеваемость среди подростков (15–17 лет) в Республике Татарстан, на 1000 среднегодового постоянного населения соответствующего возраста за 2004–2012 гг.*

Наименование территорий	Годы								
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
г. Казань	1148,5	1353,7	1541,0	1524,4	1511,1	1842,2	1869,2	1819,4	1943,0
г. Набережные Челны	1024,0	1208,5	1242,5	1401,4	1529,8	1687,2	1640,7	1597,0	1580,0
Северо-Западный регион	875,2	988,1	1126,0	1234,9	1185,6	1229,1	1225,8	1395,0	1254,3
Северо-Восточный регион	104,5	1147,0	1184,7	1319,6	1212,4	1426,9	1374,6	1403,4	1393,8
Юго-Восточный регион	781,7	934,7	961,3	1140,5	1047,5	1183,9	1135,4	1112,7	1157,4
Закамский регион	761,1	796,3	800,7	931,2	930,6	1172,2	1203,1	1318,9	1420,3
Предкамский регион	832,2	771,6	834,0	781,7	741,4	995,0	1024,7	1131,0	1094,0
Предволжский регион	754,7	6840	713,8	951,4	1019,4	1051,7	1006,6	968,2	925,0
Итого по республике	973,1	1100,4	1178,4	1279,3	1246,6	1442,5	1434,0	1450,3	1468,1

**Источник: составлено автором*

Наиболее высокие показатели уровня первичной заболеваемости среди подростков 15–17 лет в 2012г. в республике были зафиксированы в г. Казани (1943,0) и в г. Набережные Челны (1580,0).

Среди регионов республики самый высокий уровень распространенности болезней среди подростков 15–17 лет был отмечен в 2012г. в Закамском (2322,0) и Северо - Западном регионах (2210,9), а самый низкий – Предволжском (1704,4).

Наиболее высокие показатели уровня распространенности заболеваний среди подростков 15–17 лет в 2012г. в республике были зафиксированы в г. Казани (3138,6) и в г. Набережные Челны (2266,2) (табл. 5).

Таблица 5

Распространенность болезней среди подростков (15–17 лет) в Республике Татарстан, на 1 000 среднегодового постоянного населения соответствующего возраста за 2004–2012 гг.*

Наименование территорий	Годы								
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
г. Казань	2141,8	2408,6	2661,5	2798,4	2663,2	3161,8	3092,3	3095,2	3138,6
г. Набережные Челны	1800,1	2041,8	2095,0	2306,5	2416,4	2563,6	2409,5	2323,9	2266,2
Северо-Западный регион	1532,0	1692,5	1853,2	2008,3	1987,7	2115,5	2135,6	2303,4	2210,9
Северо-Восточный регион	1668,1	1799,5	1856,7	2036,1	2051,0	2270,2	2269,6	2227,5	2162,3
Юго-Восточный регион	1464,2	1678,4	1634,5	1863,1	1810,7	1986,3	1937,0	19020,5	1997,1
Закамский регион	1207,3	1354,5	1321,9	1439,7	1495,5	1849,3	1936,2	2207,5	2322,0
Предкамский регион	1464,7	1453,5	1546,2	1373,5	1394,9	1825,7	1868,1	2024,5	2064,6
Предволжский регион	1097,1	1069,3	1142,9	1456,5	1641,9	1731,0	1817,8	1806,3	1704,4
Итого по республике	1706,8	1888,8	1980,3	2146,9	2120,8	2387,8	2366,9	2398,3	2389,4

**Источник: составлено автором*

Таким образом, можно сделать вывод, что значительное число впервые выявленных заболеваний было отмечено в крупных городах, в Закамском, Северо-Западном и Северо-Восточном регионах. Очевидно, что на данные показатели большое влияние оказали плохая экология и более развитая инфраструктура здравоохранения, более высокий уровень качества оказания медицинской помощи и, соответственно, лучшая выявляемость заболеваний.

Наряду с ухудшением отдельных параметров, характеризующих состояние здоровья детей подросткового возраста, за последние годы произошло улучшение показателей распространенности факторов риска, связанных с образом жизни. Следует отметить, что на состояние здоровья подрастающего поколения значительное воздействие оказывает неблагоприятная ситуация с социально-обусловленными заболеваниями (заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез и т.д.).

Согласно официальным статистическим данным, за период с 2004г. по 2012г. первичная заболеваемость подростков в возрасте 15–17 лет, страдающих хроническим алкоголизмом, в Республике Татарстан снизилась с 7,6 до 1,6 на 100000 детей соответствующего возраста. Темп убыли составил 78,9%. Среди городских подростков снижение данного показателя

составило 75,8% - с 9,5 в 2004г. до 2,3 в 2012г. Следует подчеркнуть, что среди сельского подрастающего поколения в 2012г. случаев хронического алкоголизма не выявлено.

За период с 2004г. по 2012г. первичная заболеваемость подростков в возрасте 15–17 лет, страдающих наркоманией, в Республике Татарстан снизилась с 3,8 до 0,8 на 100000 детей соответствующего возраста. Темп убыли составил 78,9%. Среди городских подростков снижение данного показателя составило 78,4% - с 5,1 в 2004г. до 1,1 в 2012г. Следует подчеркнуть, что среди сельского подрастающего поколения в 2012г. случаев наркомании не выявлено.

За период с 2004г. по 2012г. первичная заболеваемость подростков в возрасте 15–17 лет, страдающих токсикоманией, в Республике Татарстан снизилась с 8,0 до 3,2 на 100000 детей соответствующего возраста. Темп убыли составил 60%. Среди городских подростков снижение составило 78,7% - с 10,8 в 2004г. до 2,3 в 2012г. Среди сельских подростков заболеваемость токсикоманией уменьшилась на 16,7% - с 6,6 в 2004г. до 5,5 случаев в 2012г. (табл. 6).

Таблица 6

Заболеваемость хроническим алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией среди подростков 15–17 лет в Республике Татарстан, на 100 тыс. среднегодового постоянного населения в 2004–2012 гг. *

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Заболеваемость хроническим алкоголизмом									
Подростки 15–17 лет	7,6	3,0	3,2	3,0	0,7	4,3	2,3	0,8	1,6
Городские подростки	9,5	2,7	0,7	3,3	0,9	4,1	2,1	1,1	2,3
Сельские подростки	1,9	3,8	9,7	2,1	0,0	4,8	2,6	0,0	0,0
Заболеваемость наркоманией									
Подростки 15–17 лет	3,8	2,5	1,1	2,4	2,0	0,0	3,0	1,6	0,8
Городские подростки	5,1	3,4	0,7	3,3	2,8	0,0	4,3	1,1	1,1
Сельские подростки	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0
Заболеваемость токсикоманией									
Подростки 15–17 лет	8,0	7,5	3,8	4,7	2,6	1,4	1,5	3,1	3,2
Городские подростки	10,8	6,8	5,2	5,8	2,8	1,0	4,3	3,3	2,3
Сельские подростки	6,6	9,4	5,6	2,1	2,2	2,4	5,2	2,7	5,5

**Источник: составлено автором*

Для детей подросткового возраста характерна склонность к рискованному сексуальному поведению. В Республике Татарстан среди подростков 15–17 лет сохраняется благоприятная эпидемиологическая ситуация, обусловленная инфекциями, передаваемыми половым путем. Необходимо отметить положительные сдвиги в динамике заболеваемости ИППП: заболеваемость сифилисом снизилась за обследуемый период с 36,9 в 2004г. до 11,2 в 2012г. на 100 тыс. среднегодового постоянного населения в возрасте 15–17 лет, гонорей – с 77,1 до 36,1 на 100 тыс. среднегодового постоянного населения в возрасте 15–17 лет (табл. 7) Темп убыли сифилисом составил 69,6%, гонорей – 53,2%.

Таблица 7

Заболеваемость сифилисом (всеми формами), гонорей среди подростков 15–17 лет в Республике Татарстан, на 100 тыс. среднегодового постоянного населения в 2004–2010 гг.*

	Годы								
	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.
Подростки 15–17 лет	Заболеваемость сифилисом								
	36,9	21,9	23,1	21,9	10,5	13,7	18,9	11,7	11,2
	Заболеваемость гонорей								
	77,1	70,0	51,0	60,3	68,4	66,4	54,4	38,3	36,1

**Источник: составлено автором*

В целом по республике сохраняется высокая общая инфицированность подростков туберкулезом. В течение 2004–2012гг. заболеваемость туберкулезом среди подростков 15–17 лет увеличилась с 18,5 до 21,6 на 100 тыс. населения соответствующего возраста (рис. 8). Темп прироста составил 16,8%. Высокие показатели инфицированности детей отражают неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в Республике Татарстан. Учитывая социальный характер заболевания и ухудшение социальной структуры больных туберкулезом, применения только медицинских мер профилактики туберкулеза (вакцинация, химиопрофилактика, оздоровление и другие меры) недостаточно. Необходимы социальная поддержка детей из социально дезадаптированных

семей и детей из семей иммигрантов и беженцев, меры по изоляции детей из очагов туберкулезной инфекции.

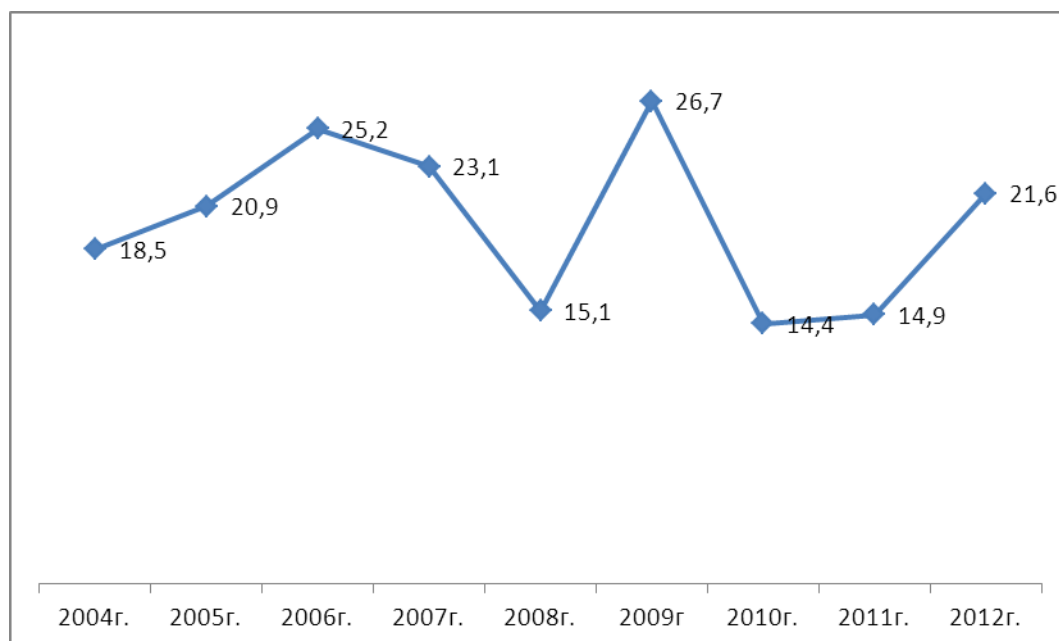


Рис. 8. Заболеваемость туберкулезом (всеми формами) среди подростков 15–17 лет в Республике Татарстан, на 100 тыс. среднегодового постоянного населения в 2004–2012 гг.

Важнейшим медико-социальным показателем здоровья является частота детской инвалидности. В 2012г. детей-инвалидов 15–17 лет насчитывалось 3 922 человека, что на 926 меньше, чем в 2004г. (4 848 человек). В 2012г. показатель инвалидности составил 234,1 на 10000 населения, что на 2,0% больше, чем в 2004г. (229,4) (Приложение 2, табл.7).

Среди заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности, в 2012г., на первом месте стоят психические расстройства (30,8%), на втором – болезни нервной системы (16,8%), на третьем – врожденные аномалии (11,3%), на четвертом – болезни эндокринной системы (9,0%), на пятом – болезни глаза и его придатков (8,8%)⁹⁸ и прочие болезни (23,3%) (Приложение 2, табл. 8).

⁹⁸Фаррахов А.З.,Гильманов А.А., Шерпутовский В.Г. и др. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2004–2008 гг.). – Казань, 2009; Фаррахов А.З.,Гильманов А.А., Шерпутовский В.Г. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2005–2009 гг. – Казань, 2010.

В настоящее время в Республике Татарстан недостаточно развита сеть реабилитационных центров для детей и подростков с ограниченными возможностями. Особенностью большинства реабилитационных учреждений для детей-инвалидов является их многопрофильность. В центрах оказывается квалифицированная медико-социальная, психолого-социальная, социально-педагогическая помощь, что дает возможность получать реабилитационные услуги детям-инвалидам с различной патологией. В то же время требуется расширение сети реабилитационных центров, оснащение их современным реабилитационным оборудованием, более широкое внедрение современных реабилитационных технологий, совершенствование подготовки медицинских кадров. Несмотря на растущее число реабилитационных клиник, образовательных учреждений коррекционного типа, санаториев, дневных стационаров и других учреждений, проблемы детской инвалидности не теряют своей остроты.

Таким образом, результаты анализа данных официальной статистики свидетельствуют о том, что в настоящее время в Российской Федерации в Республике Татарстан наблюдаются неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья подростков, проявляющиеся в повышении, как первичной заболеваемости, так и распространенности всех основных классов болезней:

- за период с 2004 по 2012гг. темп прироста первичной заболеваемости среди подростков 15–17 лет в Республике Татарстан составил 50,9%, темп прироста распространенности болезней – 40,0%

- в Республике Татарстан уровень заболеваемости подростков 15–17 лет в 2012г. был несколько выше, чем в целом по стране. Первичная заболеваемость подрастающего населения составила в 2012г. 1468,1 случая на 1000 населения (в целом по Российской – Федерации 1 383,0 случая); распространенность болезней – 2389,4 случая (в целом по Российской Федерации – 2241,6 случая на 1000 подросткового населения в возрасте 15–17 лет);

– ранговое распределение патологии в структуре заболеваний подростков республики для первых трех мест последние годы остается неизменным. В структуре первичной заболеваемости в Республике Татарстан в 2012г. первое место занимают болезни органов дыхания (43,8%), на втором – травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (14,2%), на третьем – болезни кожи и подкожной клетчатки (5,6%), на четвертом месте – болезни костно – мышечной системы (5,0%), на пятом – болезни органов пищеварения (4,8%);

– в Российской Федерации в структуре первичной заболеваемости наибольший удельный вес среди подростков 15–17 лет за 2012г. составили также болезни органов дыхания (48,6%), второе место заняли травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (11,6%), третье – болезни кожи и подкожной клетчатки (6,1%), на четвертом – болезни органов пищеварения (5,4%), на пятом – мочеполовой системы (4,5%) и прочие болезни (23,8%);

– в структуре первичной заболеваемости по Республике Татарстан среди юношей 15–17 лет в 2012г. преобладали болезни органов дыхания (44,0%), травмы и отравления (16,9%), болезни костно-мышечной системы (5,9%), болезни кожи (5,2%), болезни органов пищеварения (4,6%), болезни глаза (3,5%), болезни системы кровообращения (3,0%), болезни нервной системы (2,6%), болезни эндокринной системы (2,0%) и прочие болезни (12,3%);

– у девушек в структуре первичной заболеваемости наибольшую долю в 2012г. занимали болезни органов дыхания (44,0%); травмы и отравления (11,4%); болезни мочеполовой системы (9,5%), болезни кожи (6,0%), болезни органов пищеварения (4,9%), болезни костно – мышечной системы (4,0%), болезни глаза (3,5%), болезни нервной системы (2,6%), болезни уха и сосцевидного отростка (2,1%), прочие болезни (12,0%);

– в Республике Татарстан в структуре распространенности болезней среди подростков 15–17 лет наибольший удельный вес составили

заболевания органов дыхания (30,0%), второе место заняли болезни органов пищеварения (9,1%), третье – травмы и отравления (8,7%), четвертое – болезни глаза и его придаточного аппарата (8,0%), пятое – болезни костно-мышечной системы (7,1%) и др. (37,1%);

– среди юношей 15–17 лет Республики Татарстан за 2012г. наибольший удельный вес в структуре болезненности составили болезни органов дыхания (30,2%), травмы и отравления (10,3%), болезни органов пищеварения (8,9%) болезни костно-мышечной системы (8,5%), болезни глаза (7,9%), болезни нервной системы (5,4%), болезни эндокринной системы (5,0%), болезни системы кровообращения (4,7%) и прочие болезни (19,1%);

– среди девушек 15–17 лет наибольший удельный вес составили заболевания органов дыхания (30,0%), второе место заняли болезни мочеполовой системы (11,2%), третье – болезни органов пищеварения (9,5%), четвертое – болезни глаза (8,3%), пятое – травмы и отравления (7,1%), шестое – болезни костно – мышечной системы (5,7%), седьмое – болезни нервной системы (4,6%) и прочие болезни (23,6%);

– в 2004–2012 гг. рост распространенности болезней среди подростков 15–17 лет в Республике Татарстан отмечается практически по всем классам болезней: травмам и отравлениям – на 67,1%, болезням эндокринной системы – на 55,2%, новообразованиям – на 54,2%, болезням костно-мышечной системы – на 49,7%, болезням органов дыхания – на 49,3%, болезням системы кровообращения – на 41,7% и т.д.;

– число впервые выявленных заболеваний среди подростков 15–17 за 2004-2012 гг лет увеличилось, прежде всего, по следующим классам заболеваний: травмы и отравления – на 96,6%, болезни костно-мышечной системы – на 83,6%, новообразования – на 76,2%, болезни органов дыхания – на 57,2%, болезни нервной системы – на 52,8% и т.д.;

– первичная заболеваемость подростков в 2012г. была выше в городской местности, чем среди сельских подростков. Темпы роста первичной заболеваемости были выше среди горожан. Первичная

заболеваемость сельских подростков возросла за анализируемый период (2004–2012гг.) 689,7 в 2004г. до 946,2 на 1000 населения в 2012г., что составило 37,2%. Первичная заболеваемость городских подростков увеличилась с 1070,2 в 2004г. до 1777,7 на 1000 населения в 2012г., составив 66,1%;

– первичная заболеваемость среди сельских подростков 15–17 лет за 2004–2012 гг. значительно возросла по следующим классам заболеваний: врожденные аномалии – на 80,0% (с 1,5 до 2,7 на 1000 населения), болезни органов дыхания - на 71,1% (с 241,7 до 413,6 на 1000 населения), болезни костно-мышечной системы - на 49,3% (с 36,5 до 54,5 на 1000 населения), болезни уха – на 42,3% (с 20,1 до 28,6 на 1000 населения), болезни кожи – на 35,5% (с 39,1 до 53,0 на 1000 населения);

– распространенность болезней среди сельских подростков возросла за обследуемый период с 1219,3 случая на 1000 подросткового населения в 2004г. до 1689,8 в 2012г. (темп прироста составил 38,6%). Среди городских подростков распространенность болезней увеличилась с 1873,9 случаев в 2004г. до 2829,5 случаев на 1000 населения в 2012г. (темп прироста составил 51,0%);

– в Республике Татарстан наблюдается снижение уровня наркомании, алкоголизма, сифилиса и гонореи при одновременном сохранении уровня заболеваемости туберкулезом. За последние шесть лет число подростков в возрасте 15–17 лет, страдающих хроническим алкоголизмом, в Республике Татарстан, снизилось с 7,6 до 1,6 на 100000 на соответствующего возраста, прежде всего за счет подростков, проживающих в городе;

– за период с 2004г. по 2012г. первичная заболеваемость подростков в возрасте 15–17 лет, страдающих токсикоманией, в Республике Татарстан снизилась с 8,0 до 3,2 на 100000 детей соответствующего возраста

– за период с 2004г. по 2012г. первичная заболеваемость подростков в возрасте 15–17 лет, страдающих наркоманией, в Республике Татарстан снизилась с 3,8 до 0,8 на 100000 детей соответствующего возраста.

2.2. Самосохранительное поведение, образ жизни и здоровье подростков

В данном параграфе при помощи вторичного анализа результатов исследований, проведенных в России, и на основании результатов эмпирических социологических исследований, проведенных в Республике Татарстан автором будут рассмотрены особенности здоровья подростков. Кроме того, будут подробно изучены и проанализированы особенности самосохранительного поведения и образа жизни подростков Республики Татарстан. Обобщение статистических и конкретно-социологических данных позволило выявить роль образа жизни и самосохранительного поведения в определении состояния здоровья подростков.

На фоне неблагоприятных тенденций в показателях здоровья подростков Республики Татарстан особую актуальность приобретает изучение образа жизни и самосохранительного поведения подростков. Под «самосохранительным поведением» мы будем понимать «действия и отношения, направленные на сохранение здоровья в течение полного жизненного цикла»⁹⁹. Кроме того, по мнению И.Б. Назаровой, «самосохранительное поведение – это не только своевременное обращение за квалифицированной медицинской помощью, но и определенный стиль жизни, предполагающий активные занятия физкультурой, отказ от курения и алкоголя, регулярные профилактические наблюдения»¹⁰⁰. При нарушении правил и норм, действий и отношений, формирующих самосохранительное поведение, оно превращается в «саморазрушительное поведение». Мы

⁹⁹Шклярчук В.Я. Самосохранительное поведение в молодежной среде // Социологические исследования. – 2008. – № 10. – 140 с.

¹⁰⁰ Назарова И.Б. Субъективные и объективные оценки здоровья населения// Социологический журнал. 1998. № ¾. С.246

придерживаемся определения «образа жизни», данного Р.В. Рывкиной, понимающей образ жизни «как совокупность нескольких различных и взаимосвязанных видов социальной активности»¹⁰¹. Наиболее значимыми среди них являются: «...1) различные виды экономической, прежде всего, трудовой, деятельности – на предприятии, в организации, сфере индивидуально-трудовой деятельности, самозанятости; в сфере формального и неформального секторов экономики; на руководящих и исполнительских должностях; 2) комплекс занятий в сфере домашнего хозяйства, начиная с ухода за детьми и нетрудоспособными и кончая удовлетворением повседневных бытовых потребностей, в частности приобретением продуктов питания, одежды и обуви, мебели и транспортных средств, покупкой и ремонтом жилья; 3) занятия в сфере образования (обучение в техникумах, институтах, на курсах; самообразование); 4) формы проведения свободного времени (отдых и развлечения, начиная с культурного досуга (посещения театров, просмотра кинофильмов) и кончая дискотеками, ресторанами, общением с друзьями и т.п.; 5) способы поддержания здоровья – занятия спортом, участие в турпоходах и др.; 6) участие в политической жизни страны; 7) трудовая и территориальная мобильность – от перемены места работы до перемены места жительства; 8) проявления девиантного поведения, социальные болезни»¹⁰².

Кроме того, для выявления особенностей здоровья подростков имеет смысл дать определение понятию «повседневность». В своей работе мы придерживаемся определения, данного Л.Г. Иониным: «Повседневность - совокупность телесных, духовных и поведенческих практик, которые воспроизводятся автоматически, рутинным образом»¹⁰³.

В исследовании здоровья подростков «образ жизни» можно определить как особенности, поведение индивида в сфере питания, соблюдение

¹⁰¹ Рывкина Р.В. Образ жизни населения России: социальные последствия реформ 1990-х гг. // Социологические исследования. – 2001. – № 4. – С. 32.

¹⁰² Там же. – С. 32.

¹⁰³ Ионин Л.Г. Социология культуры: путь в новое тысячелетие: Учеб. пособие для студентов вузов. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Логос, 2000. - 431 с.

санитарно-гигиенических норм, медицинская грамотность, отношение к аддикциям (курение, употребление алкоголя, употребление наркотиков), занятие физкультурой и спортом, прогулками, особенности реагирования на болезнь (самолечение, обращение к медицине, игнорирование болезни). В основе образа жизни лежит то, какое место здоровье занимает среди ценностей индивида, что и выступает мотивирующим фактором для соответствующих действий и поступков в сфере сохранения и улучшения здоровья. Подход анализа образа жизни хорошо сочетается также, на наш взгляд, с подходом анализа здоровья как человеческого капитала – анализ поведения в сфере здоровья как определенных инвестиций в здоровье, а также социально-культурных теорий, изложенных в главе 1.

В ходе социологического исследования, проведенного автором в 2010-2011 гг. на тему «Здоровый образ жизни, физкультура, спорт и Универсиада глазами молодежи» были опрошены 1 182 молодых людей в возрасте от 15 до 29 лет. Половозрастная структура респондентов представлена в табл. 8.

Таблица 8

Половозрастная структура опрошенных*

Опрошенные	15–17 лет		18–24 лет		25–29 лет		всего	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Юноши	124	50,2	293	45,9	116	37,9	535	44,8
Девушки	123	49,8	346	54,1	190	62,1	648	55,2
Всего	247	20,7	640	53,6	306	25,6	1182	100

**Источник:* составлено автором

В ходе опроса были изучены основные жизненные ориентации молодежи, прежде всего, что именно является признаком жизненного успеха и наиболее значимо, ценно для молодежи. Особенно важно было определить, насколько значимо в реестре жизненных ценностей молодежи понятие «состояние здоровья». Согласно И.В. Журавлевой, «ценность здоровья относится к высшим жизненным ценностям и провозглашается как безусловная норма нашей жизни. Будучи качественной характеристикой

личности, здоровье способствует достижению многих целей и удовлетворению различных потребностей человека, а в условиях сегодняшней экономической и социальной реальности выступает иногда как единственное средство достижения поставленных задач, что делает его в большей степени объектом эксплуатации, а его ценность становится все более инструментальной»¹⁰⁴. По мнению Ю.И. Ченцова, ценностная ориентация представляет собой важный элемент внутренней структуры личности, во многом обуславливающий мотивацию поведения и поступков индивида¹⁰⁵. Следовательно, осознание молодежью ценности здоровья лежит в основе формирования самосохранительного поведения.

В ходе проведенного опроса выяснилось, что больше половины опрошенных респондентов (67,0%) считают, что состояние здоровья – наиболее важная ценность в жизни. Еще три категории жизненных ценностей можно отнести к ведущим: «хорошее образование», «счастливая семья», «деньги» – они набрали 47,1%; 65,2%; 33,2% (прил. 3, рис. 1). При распределении ответов на данный вопрос по полу было выявлено, что для девушек более очевиден приоритет семьи: на первое место ее поставили 74,7% респондентов. У юношей критерий «состояние здоровья» стоит на первом месте (60,6%), далее – «счастливая семья» (55%) и «хорошее образование» (45,6%) (прил. 3, рис. 2). Следует отметить, что с увеличением возраста респондента ценность состояния здоровья возрастает. Так, 59,3% подростков 15–17 лет (из них 57,6% юношей и 60,7% девушек) как наивысшую ценность отметили «состояние здоровья», тогда как среди молодежи 18–24 лет этот процент составил 65,2%, а среди 25–29 летних 74,98% (прил. 3, рис. 3).

Одним из наиболее значимых показателей отношения индивида к своему здоровью является субъективная оценка (самооценка) своего

¹⁰⁴Журавлева И.В. Поведенческие факторы здоровья подростков // Социология медицины. – 2002. – № 1. – С. 32–47.

¹⁰⁵Ченцов Ю.И. Современные взгляды врачей на традиционные нравственные ценности // Советское здравоохранение. – 1990. – № 1. – С. 26–29.

состояния здоровья. По мнению И.В. Журавлевой, самооценка как структурный компонент отношения к здоровью, как оценка и осознание личностью своих физических и духовных сил непосредственно взаимосвязано с целостной самооценкой человеком самого себя, своих возможностей качеств, осознанием жизненной перспективы и места среди других людей, что, собственно, и обуславливает ее регулятивную функцию¹⁰⁶. На сегодняшний день наряду со многими негативными показателями статистики здоровья социально-демографических групп населения, в том числе молодежи, существуют неблагоприятные тенденции в самооценке состояния собственного здоровья опрошенного контингента. Оценивая состояние своего здоровья, люди не могут провести объективную экспертизу, отстранившись от других обстоятельств жизни. Как подчеркивает С.А. Ефименко, самооценка здоровья связывается человеком с оценками самых разнообразных своих возможностей и качеств, с осознанием жизненной перспективы и места среди других людей, является своеобразным отражением адаптированности к социально-экономическим условиям, а также несет на себе отпечаток устоявшихся традиций и культурных ценностей¹⁰⁷. Полученные нами данные свидетельствуют, что большинство респондентов (51,9%) склонны оценивать свое здоровье как «хорошее». Удовлетворительную оценку своему здоровью дали 26,9% респондентов, плохую – 4,1%. В то же время назвать свое здоровье «отличным» смогли только 14,5% опрошенных и 2,6% затруднились дать какую-либо оценку своему здоровью (рис. 9).

¹⁰⁶ Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. – М.: Наука, 2006. – 238 с.

¹⁰⁷ Ефименко С.А. Потребители медицинских услуг в бюджетных организациях и их самооценка здоровья // Социологические исследования. – 2007. – № 9. – С. 110–114.

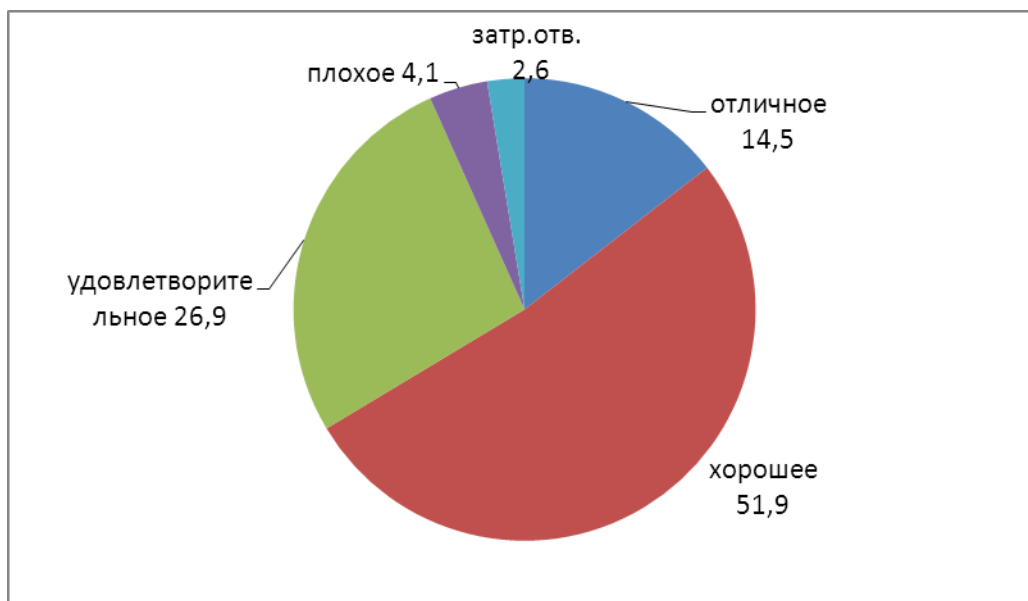


Рис. 9. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья на сегодняшний день?», в %

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что юноши чаще, чем девушки охарактеризовали состояние своего здоровья как «отличное» (Прил. 3, рис. 4). Заметим, что полученные данные не позволяют зафиксировать информацию о реальном состоянии организма респондентов. Они отражают лишь субъективное отношение респондентов к своему здоровью на основе особенностей социальных условий, в которых они находятся в настоящее время и воспитанных паттернов восприятия здоровья. Так, например, для одних частые недомогания и хронические простудные заболевания будут оцениваться как норма, а для других – свидетельство плохого состояния здоровья. Так, 21,6% опрошенных подростков (27,1% – юноши, 16,2% девушки) оценили состояние здоровья как «отличное», тогда как среди 18–24-летних этот показатель составил 14,1%, а среди 25–29-летних 9,8% (Прил. 3, рис. 5).

Тип поселения на состояния здоровья может повлиять двояким образом. По данным О.А. Кислицыной, с одной стороны, можно предположить, что дети, проживающие в сельской местности, подвержены плохому здоровью по сравнению с городскими сверстниками в связи с возможным более низким уровнем жизни, меньшим доступом к

качественным услугам здравоохранения на селе. С другой стороны, возможна и обратная ситуация. Сельские дети физически более активны, питаются более здоровой пищей и, в целом, проживают в более экологически чистой местности и менее стрессовой обстановке, и, таким образом, могут быть более здоровыми по сравнению городскими.¹⁰⁸ Анализ влияния места проживания на самооценку состояния здоровья респондентов показал, что подобная зависимость существует, она обусловлена территориальными факторами, а конкретно, социальной инфраструктурой, экологией, уровнем медицинского обслуживания в конкретном районе (Прил. 3, рис. 6).

Степень самосохранительного поведения молодежи была выявлена и при анализе ответов на вопрос «Уделяете ли Вы достаточное внимание своему здоровью?». Так, довольно большой процент опрошенных (71,1%) обращают внимание на здоровье лишь «время от времени», 19,5% опрошенных уделяют внимание своему здоровью постоянно, 4% совсем не следят за своим здоровьем, 5,5% затруднились ответить на данный вопрос (Прил. 3, рис. 7). Следует добавить, юноши больше уделяет внимание своему здоровью, чем девушки: вариант ответа «постоянно уделяю внимание своему здоровью» выбрали 21,7% юношей, тогда как этот же вариант выбрали 17,8% девушек (Прил. 3, рис. 8). При рассмотрении данного вопроса по возрастным группам, выявлено, что респонденты в возрасте 25–29 лет больше заботятся о своем здоровье (вариант ответа «постоянно» выбрали 20,5%), тогда как среди подростков данный показатель составил 19,2% (24,1% – юноши, 14,5% – девушки). Таким образом, мы получили вывод о том, что с возрастом растет осознание индивидом ценности здоровья. Интересно отметить наличие своеобразного противоречия между декларируемой ценностью здоровья и

¹⁰⁸ Кислицына О.А. Многомерный статистический анализ факторов, детерминирующих состояние здоровья детей и подростков // Доклады III Социологического конгресса. – URL: http://www.isras.ru/publications_bank/1227976828.pdf (дата обращения: 23.02.2012)

объемом времени, уделяемого здоровью респондентами. На практике здоровье выступает, скорее, разделенной общепризнанной ценностью, но не поддерживается в ходе повседневности большинством опрошенных.

При оценке влияния различных факторов на здоровье специалисты в области здравоохранения на первое место ставят образ жизни человека, на второе – наследственность, на третье – экологию, четвертое – состояние здравоохранения, т.е. оказание медицинской помощи¹⁰⁹. В нашем исследовании были получены данные, отражающие мнение молодежи о влиянии тех или иных факторов на состояние их здоровья. Из предложенного списка факторов, оказывающих негативное влияние на состояние здоровья, около половины респондентов указали на загрязненность окружающей среды (54,1%), каждый третий – на нарушение режима труда и отдыха и на наличие вредных привычек, на плохой психологический климат на работе или в семье; каждый четвертый – на плохое качество медицинского обслуживания и т.д. (Прил. 3, рис. 8). Следует добавить, что примерно одинаковое количество юношей и девушек отметили вариант «загрязненность окружающей среды» (юноши – 52,9%, девушки – 54,3%); каждый второй юноша и девушка обеспокоены наличием вредных привычек (38,2% и 27,1% соответственно) и нарушением режима труда и отдыха (34,8% и 36,3% соответственно) и т.д. (Прил. 3, рис. 9). Обращает на себя внимание, что приоритетность основных факторов, оказывающих негативное влияние на состояние здоровья, одинакова как для всех возрастных групп молодежи (Прил. 3, рис. 10), так и для городской и сельской молодежи РТ (Прил. 3, табл. 1).

Как показали результаты исследования, подростки и молодежь, участвующие в исследовании, достаточно информированы о факторах, негативно влияющих на состояние их здоровья. Подавляющее число опрошенных считают, что на их состояние здоровья негативно влияют, прежде всего, неблагоприятная экологическая ситуация, нарушение ритма

¹⁰⁹ Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения <http://www.who.int/ru/>

труда и отдыха. Лишь незначительное число респондентов придают значение собственному поведению по формированию рационального образа жизни, что позволяет утверждать о недостаточном самосохранительном поведении большинства молодежи Республики Татарстан.

При исследовании здоровья подростков большое внимание уделяется профилактике заболеваний и тем мерам, которые человек предпринимает для сохранения и укрепления своего здоровья. Так и в нашем опросе были заданы вопросы об основных оздоровительных мероприятиях респондентов. На вопрос «Что Вы делаете для сохранения и укрепления своего здоровья?» каждый второй анкетированный ответил, что не курит; каждый третий – не употребляет спиртное и следит за своим питанием; каждый четвертый – регулярно занимается физической культурой и спортом и своевременно обращается за медицинской помощью и т.д. (Прил. 3, рис. 11).

Виды деятельности по сохранению и укреплению своего здоровья несколько отличаются среди юношей и девушек: избегают курения 35,3% юношей и 47,2% девушек; не употребляют спиртное 28,2% юношей и 36,2% девушек; правильно питаются, соответственно 22,4% и 33,8%. Своевременно обращаются за медицинской помощью больше девушек (26,7%), чем юношей (17,4%), а регулярно занимаются физической культурой и спортом больше юноши – 32% (19,5% – противоположный пол). За своими эмоциями следят примерно одинаковое количество юношей (15,9%) и девушек (16,6%). Обращает внимание следующее обстоятельство: 11,60% молодежи ничего не делают для сохранения и укрепления своего здоровья – это 12,9% юношей и 10,3% девушек (Прил. 3, рис. 12). Таким образом, наибольшая доля лиц, не уделяющих должного внимания своему здоровью, относится к мужскому полу, в отличие от девушек, которые чаще уделяют внимание своему питанию, эмоциональному состоянию, повышению уровня своего гигиенического просвещения. Выявлено, что с возрастом становится все меньше лиц, отказавшихся от курения и употребления алкогольных напитков. Ничего не делают для сохранения и укрепления своего здоровья

13,1% респондентов в возрасте 18–24 лет, в то время как среди остальных групп этот процент составил: у подростков 14–17 лет – 9,2; у 25–29-летних – 9,6% (Прил. 3, рис. 13). При распределении ответов на данный вопрос по территориальному признаку выявлено, что приоритетность основных мероприятий по сохранению и укреплению здоровья примерно одинакова (Прил. 3, рис. 14).

Следует отметить, что каждый второй респондент занимается физкультурой несколько раз в неделю, каждый четвертый – несколько раз в месяц, каждый восьмой – каждый день, каждый девятый – несколько раз в год. Заметим, что 16,4% опрошенной молодежи физкультурой совсем не занимаются (Прил. 3, рис. 15). Среди тех, кто не занимается физкультурой, больше девушек (18,3% против 14% юношей) (Прил. 3, рис. 16). Было выявлено, что с возрастом увеличивается доля лиц, занимавшихся физкультурой. Следовательно, подростки занимаются физкультурой меньше, чем остальные группы респондентов (Прил. 3, рис. 17). Юноши подросткового возраста больше занимаются физкультурой, чем их сверстницы (Прил. 3, рис. 18). Полученные нами данные схожи с результатами общероссийского опроса, согласно которому забота о своем здоровье, прежде всего, сводится к отсутствию вредных привычек (33%) и обращению к врачам в случае болезней (32%)¹¹⁰.

Положительная картина выявлена при изучении занятия спортом молодежью республики. Выявлено, что несколько раз в неделю занимаются спортом 30% опрошенных (из них – 37,1% юноши, 24% девушки) (Прил. 3, рис. 19, 20). Следует отметить, что с возрастом уменьшается доля молодежи, занимающейся спортом (Прил. 3, рис. 21). Отметим, что юноши-подростки занимаются спортом каждый день больше, чем девушки (Прил. 3, рис. 22).

В изучении здоровья молодежи особое внимание было уделено особенностям рискованного поведения среди молодежи. «Привычки,

¹¹⁰ «Наше здоровье: что делать и кто виноват?» Пресс-выпуск № 2084.09.08.2012 /// Всероссийский центр изучения общественного мнения. – URL: <http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=112951> (дата обращения: 15.01.2013)

сопряженные с риском для здоровья, являются неотъемлемой характерной чертой процесса взросления, так как зачастую способствуют формированию у молодого человека ощущения своей «взрослости»¹¹¹. Несмотря на очевидное негативное влияние табакокурения, употребления алкоголя и наркотиков на здоровье, распространенность этих вредных привычек в подростковой среде в Республике Татарстан уменьшается незначительно, и нет тенденций, указывающих на возможности долгосрочного положительного прогноза.

Курение и алкоголизм среди молодежи на сегодняшний день выступают серьезной медико-социальной проблемой¹¹². Приведем данные опроса. В целом по выборочной совокупности практически каждый второй опрошенный подросток пробовал курить. При этом было выявлено, что возраст приобщения к курению снижается. Приведем данные опроса. В целом по выборочной совокупности практически каждый второй опрошенный подросток пробовал курить. При этом было выявлено, что возраст приобщения к курению снижается. Выявлено, что 46,6% опрошенных мальчиков и 30,6% девочек подросткового возраста курят. При этом было выявлено, что 50,2% курящих подростков курят ежедневно. В результате исследований выявлено, что возраст приобщения к курению снижается. Среди опрошенной молодежи впервые пробовали курить лица в возрасте 12 лет и младше – 9,0%; 13 лет – 12,4%; 14 лет – 18,3%, 15 лет – 21,4%, 16 лет – 20,2%, 17 лет – 7%, 18 лет и старше – 5%, остальные отказались отвечать на данный вопрос (рис. 10).

¹¹¹ Здоровье молодежи // Абросимова М.Ю., Альбицкий В.Ю., Галлямова Ю.А., Созинов А.С. – Казань, 2007. – 220 с.

¹¹² High Cumulative Risk of Lung Cancer Death among Smokers and Nonsmokers in Central and Eastern Europe / P. Brennan, A. Crispo, D. Zaridze, N. Szeszenia, Dabrowska, P. Rudnai, J. Lissowska, E. abianova, P. Boffetta // American Journal of Epidemiology. – 2006. – Vol. 164. – P. 1233-1241

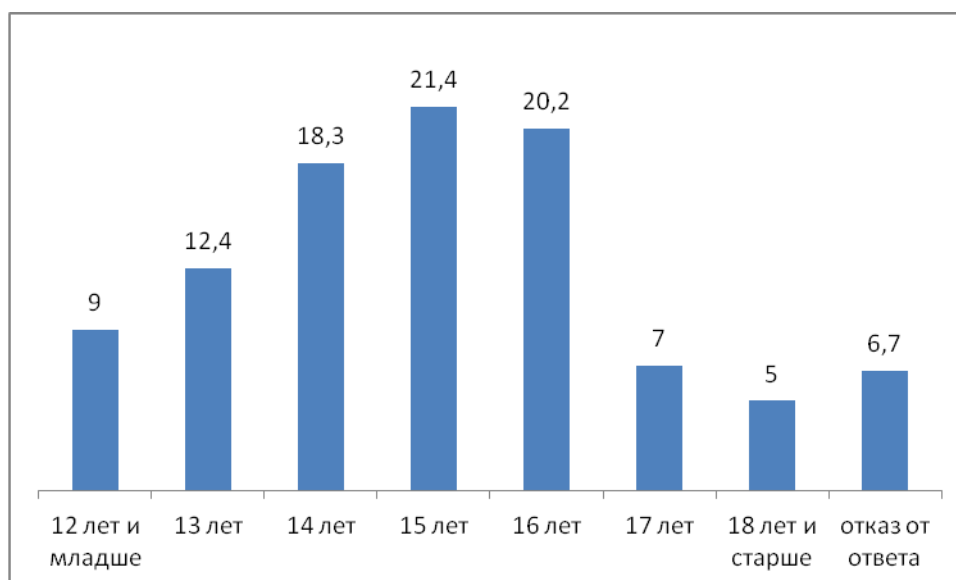


Рис. 10. Распределение ответов на вопрос: «В каком возрасте Вы впервые попробовали курить?», в %

Сравнивая полученные данные с данными международного исследования здоровья подростков-школьников, проведенного Всемирной организацией здравоохранения в 2005–2006 гг., можно обнаружить определенные сходства. Так, 54% опрошенных подростков в возрасте 15 лет хотя бы один раз попробовали курить табак (по России этот показатель равен – 63%, самый же высокий – в Литве – 77%), постоянно курят в среднем 16% опрошенных, употребляют крепкие спиртные напитки хотя бы раз в неделю 9% 15-летних подростков, пиво – 16%¹¹³.

Другой масштабной проблемой является употребление алкогольных напитков среди подрастающего поколения. Несмотря на то, что сегодняшний день различными институтами общества прилагаются огромные усилия для профилактики алкоголизма и других зависимостей среди молодежи, печатается огромное количество статей в газетах и журналах по этой теме, посвящается множество фильмов и телевизионных программ данной проблеме, в общеобразовательных учреждениях активно пропагандируется

¹¹³ Candace Currie et al. Candace C. Et al. Inequalities in young people's health: HBS International report from the 2005/2006 Survey. Child and Adolescent Health Research Unit CAHRU, World Health Organisation. 2008. – С. 210–213; Interactive versus noninteractive interventions and dose-response relationships for stage-matched smoking cessation programs in a managed care setting // W.F. Velicer, J.O. Prochaska, J.L. Fava [et al.] // Health Psychology. – 1999. – No. 18. – P. 21-28.

трезвость и здоровый образ жизни, алкоголизм среди молодежи распространяется быстрыми темпами.

Многочисленными исследованиями и медицинскими обследованиями доказано, что алкоголь и спиртные напитки пагубно влияют на детский организм. Медики констатируют: у подростков алкоголизм, в отличие от взрослых, имеет ряд характерных особенностей:

- быстрое привыкание к спиртным напиткам (это объясняется анатомо-физиологическим строением детского организма);
- злокачественное течение болезни (в подростковом возрасте организм находится в стадии формирования и устойчивость центральной нервной системы к действию алкоголя снижена, вследствие чего происходят глубокие и необратимые процессы ее разрушения);
- принятие ребенком больших доз алкоголя;
- быстрое развитие запойного пьянства (для подростков становится нормой пить по любому поводу, при этом в состоянии легкого опьянения они начинают чувствовать себя неуверенно);
- низкая эффективность лечения¹¹⁴.

Кроме того, согласно проведенным исследованиям выявлено, если молодой человек начинает употреблять алкоголь ранее 15 лет то в возрасте 18-29 лет среди них находили 40% больных алкоголизмом. Если же начало употребления алкоголя происходило после 19 лет, то лишь 10% среди молодых людей становились алкоголь-зависимыми¹¹⁵.

¹¹⁴ Иванова А.Е., Корнешов А.А. Тенденции и последствия алкоголизации населения// Социальные аспекты здоровья населения. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/187/30/> (дата обращения: 12.02.2011); Скворцова Е.С., Шурыгина Т.Е., Лившиц В.В. Социально-гигиеническая характеристика употребления алкоголя подростками, учащимися профессиональных училищ в России (данные мониторинга 2006–2007 гг.). – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/223/30/> (дата обращения: 12.02.2011); Потребление алкоголя в России. Социологический анализ. – М.: Институт социологии РАН, 2011. – 102 с. – URL: http://www.isras.ru/inab_2011_01.html

¹¹⁵ Kupennan S., Schlosser S.S., Kramer J.R. et al. Risk domains associated with an alcohol dependence diagnosis // *Addiction*. 2001. Vol. 96. P. 629-636.; Richard J. Bonnie and Mary Ellen O'Connell *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility*. Committee on Developing a Strategy to Reduce and Prevent Underage Drinking. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press, 2004.

Результаты исследований показали, что 46,6% опрошенной молодежи на момент опроса употребляют алкогольные напитки, не употребляют всего лишь 52,1%, остальные (1,5%) отказались отвечать на данный вопрос. 52,1% юношей употребляют алкогольные напитки, тогда как среди девушек данный показатель составил 42,4%, следовательно, юноши больше привержены к употреблению алкогольных напитков (Прил. 3, рис. 23). Среди подростков 15–17 лет, положительно ответивших на вопрос об употреблении алкогольных напитков, показатель составил 30% (из них 38,1% – юноши, 22% – девушки). Следует обратить внимание, что с возрастом увеличивается доля лиц, употребляющих алкогольные напитки. Так среди подростков, положительно ответивших на данный вопрос, показатель составил 30%, а среди 18–24-летних респондентов – 48,7%, следовательно, среди 25–29-летних опрошенных – 55,6% (Прил. 3, рис. 24).

При сравнении ответов подростков, проживающих в городе и в селе, выяснилось, что доля подростков, употребляющих спиртные напитки больше в г. Казань (51,3%), далее – г. Набережные Челны – 43,5%, другие города Республики Татарстан – 44,5%; поселки городского типа, села Республики Татарстан – 34,7%. Несмотря на данные официальной статистики, приведенные в параграфе 2.1, где утверждается, что алкоголизм больше распространен среди сельских подростков, мы выяснили, что доля употребляющих алкогольные напитки больше в городской местности (Прил.3, рис.25).

В ходе социологического опроса планировалось выяснить частоту употребления алкогольных напитков молодежью Республики Татарстан. Так, наиболее популярным алкогольным напитком среди татарстанской молодежи является пиво: почти каждый день его употребляют 3,1% опрошенной молодежи. Тогда как более крепкие спиртные напитки (водка, коньяк, ликер, вино, шампанское) употребляют намного реже (Прил. 3, табл. 2). По возрастным группам было выявлено, что подростки (5,5%) больше, чем остальные группы молодежи, употребляют пиво каждый день, причем это

отмечено только среди юношей (рис. 11,12). На сегодняшний день многочисленные исследования констатируют, что современные подростки начинают приобщаться к употреблению алкогольных напитков очень рано и, более того, образ жизни многих из них связан с достаточно частым употреблением определенных видов спиртных напитков, в частности, пива. Это привело к появлению новой формы алкогольной зависимости, получившей название «пивная зависимость» или «баночная зависимость». В отличие от традиционного алкоголизма, который формируется за счет употребления крепких алкогольных напитков (прежде всего, водки и вина), пивной или баночный алкоголизм – следствие потребления слабоалкогольных напитков – пива, коктейлей и джин-тоников. Особую опасность этой новой разновидности алкоголизма медики видят в том, что она формируется незаметно, поскольку большинство считает, что слабоалкогольные напитки безвредны для человеческого организма. Однако процесс протекания пивного алкоголизма проходит тяжелее обычного, а его последствия для здоровья и психосоциального развития человека более разрушительны, особенно в детском и подростковом возрасте¹¹⁶.

¹¹⁶ Колесникова Н.Б., Петрушкина Е.В. Аддиктивное подростковое и юношеское поведение: опыт социологического исследования. – URL: <http://www.regioncentre.ru/generation/publications/publication19/> (дата обращения: 19.02.2011)

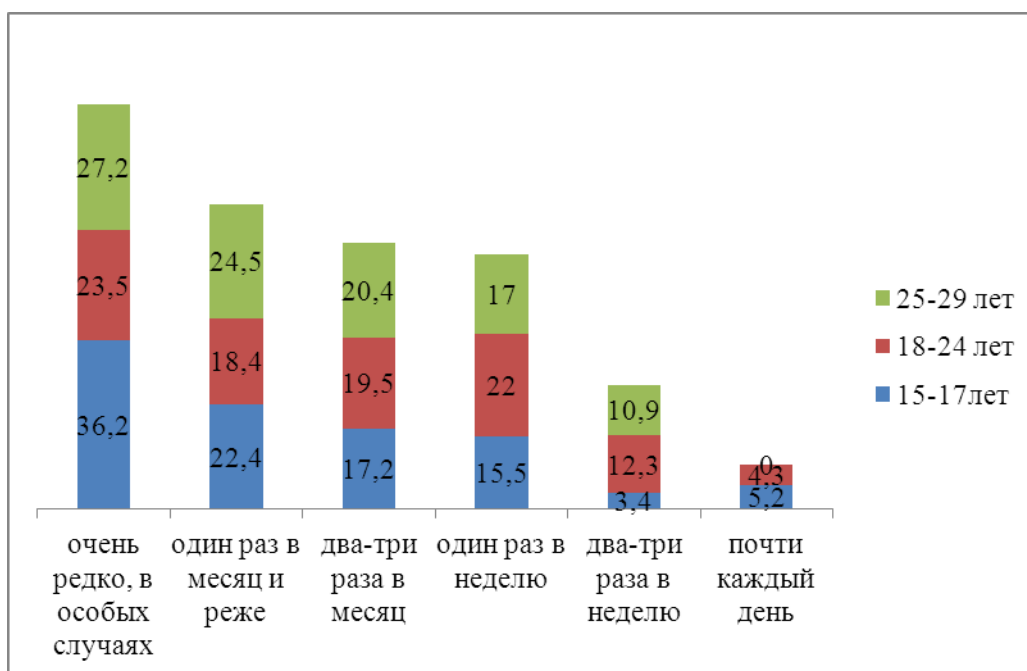


Рис. 11. Распределение ответов на вопрос: «Как часто Вы употребляете пиво?» в зависимости от возраста, в %

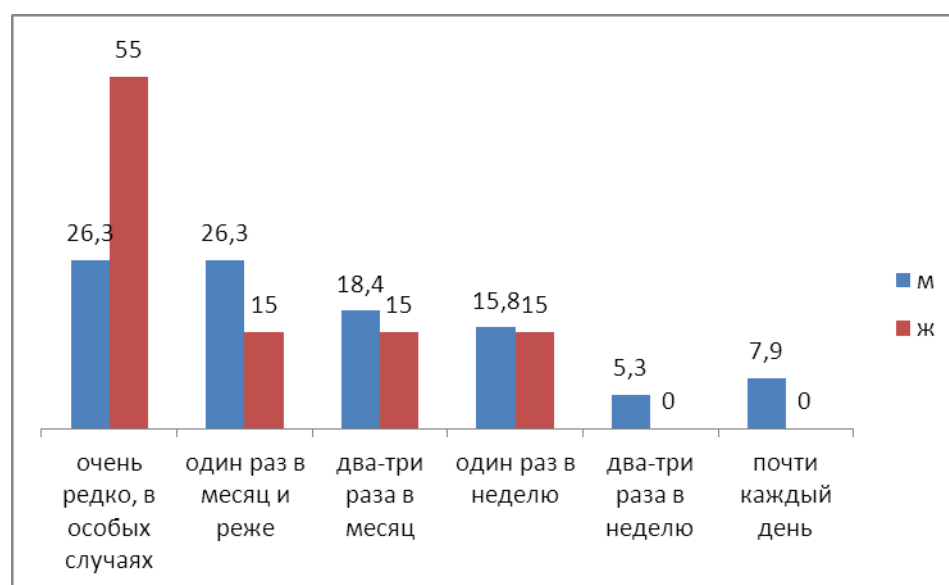


Рис. 12. Распределение ответов подростков 15–17 лет на вопрос: «Как часто Вы употребляете пиво?», в %

В ходе исследования было выявлено, что только 76,6% опрошенных подростков считают алкоголь вредным для здоровья, 18,5% – отметили, что все зависит от количества алкоголя; остальные затруднились ответить. Анкетирование показало, что лишь 21,2% подростков никогда не пробовали

алкоголь. Остальные впервые попробовали алкогольные напитки в возрасте 11–12 лет – 25,8%, 13–14 лет – 49,8%, 15–16 лет – 18,4%. Показательно, что чаще всего в качестве первого алкогольного напитка у подростков были шампанское и пиво. В 11–12 лет первое знакомство с алкоголем произошло либо случайно (ребенок сам из любопытства попробовал спиртное), либо его дали «для аппетита, лечения». В 12–13 лет мотивами первого употребления алкоголя чаще являются традиционные поводы: «праздник», «семейное торжество» и т.д. Это говорит о том, что родные зачастую сами становятся инициаторами первой пробы алкоголя у ребенка. Из всего опрошенного контингента лишь 13% подростков отметили, что в их семьях совсем не употребляют алкоголь; 26,8% подростков отметили, что в их семьях употребляют алкоголь несколько раз в год; 63,6% – по праздникам, на семейных торжествах; 6,7% – практически ежедневно. Исследования подтверждают тот факт, что дети алкоголиков с большей вероятностью по сравнению с детьми, родители которых не злоупотребляли алкогольными напитками, потребляют алкоголь, становятся алкоголиками¹¹⁷. Курение, потребление алкоголя и наркотиков также связывают с низким социальным капиталом¹¹⁸.

С 14–15 лет в формировании установки к алкоголю превалирует роль компании. Нередко функционирование подростковой группы организуется главным образом вокруг употребления спиртных напитков еще до проявления у отдельных членов группы явных признаков зависимости от алкоголя. Обращает на себя внимание, что больше половины опрошенных подростков положительно ответили на вопрос «Есть ли среди твоих

¹¹⁷ Lieb R., Merikangas K.R., Hofler M., Pfister H., Isensee B. Wittchen H.U., Parental alcohol use disorders and disorders of offspring a community study // *Psychological Medicine*. 2002. 32. P. 63-78.; Hill S.Y., Shen S., Lowers L., Locke J. Factors predicting the onset of adolescent drinking in families at high risk for development alcoholism // *Biological Psychiatry*. 2000. 48. P. 265-275; Herbert, D.F. Adolescents' smoking behavior and attitudes: the influence of parents' smoking communication, behavior and attitudes / D.F. Herbert. – New York: Fordham University, 2000.; Kawachi, I. Social Capital and Health / I. Kawachi, S.V. Subramanian, D. Kim. – New York: Springer, 2008.

¹¹⁸ Lundborg P. Social Capital and Substance use Among Swedish Adolescents – an Explorative Study // *Social Science & Medicine*. 2005. № 61. P. 1151–1158.; Kawachi, I. Glass R: Social capital and self-rated health: Acontextual analysis / I. Kawachi, B. Kennedy // *American Journal of Public Health*. – 1999. – No. 89(8). – P. 1187-1193

товарищей «выпивающие ребята?». Результаты исследования доказывают, что потребление алкоголя приятелями может оказывать сильное воздействие на приобщение подростков к алкоголю, что связано с тем, что в подростковом возрасте ребенок начинает все больше времени проводить с друзьями¹¹⁹. Причем, как показывают исследования, девочки подвержены большему влиянию со стороны сверстников по сравнению с мальчиками¹²⁰.

Анализ отношения к употреблению алкоголя показывает, что первая проба алкогольных напитков и табака начинается в подростковом возрасте. Таким образом, среди молодежи Республики Татарстан распространено рискованное поведение, связанное с курением и с употреблением алкоголя.

Самосохранительное поведение молодежи характеризует и медицинская активность. Следует отметить, что в России термин «медицинская активность» недостаточно разработан, но в области общественного здоровья и здравоохранения основу медицинской активности составляет осознание человеком непреходящей ценности здоровья, необходимости личного участия в его поддержании и предупреждения патологических состояний¹²¹. В зарубежной науке существует теория «health behaviour», что означает «теория поведения в сфере здоровья», близкая к термину «медицинская активность»¹²². Медицинская активность или поведение человека в сфере здоровья включает такие показатели, как, посещение медицинских учреждений, самосохранительное поведение, выполнение медицинских предписаний, поведение при лечении, занятия самолечением,

¹¹⁹ Unger J. B., Chen X. The role of social networks and media receptivity in predicting age of smoking initiation // *Addictive Behaviors*. 1999. 24(3). P. 371-381; Kupennan S., Schlosser S.S., Kramer J.R. et al. Risk domains associated with an alcohol dependence diagnosis // *Addiction*. 2001. Vol. 96. P. 629-636

¹²⁰ Donovan J.E. Gender differences in alcohol involvement in children and adolescents: a review of the literature / In *Women and alcohol: Issues for prevention research*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 1996. Research Monograph No. 32. Bethesda, MD.; Hackauf, H. Health and lifestyles of young people / H. Hackauf // *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. – 2002. – No. 11. – P. 879-884.

¹²¹ Усачев Н.С. К уточнению понятия «медицинская активность» // *Советское здравоохранение*. – 1990. – № 8. – С. 41–45.

¹²² Seth M. Noar, Rick S. Zimmerman Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? // *Health Education Research*. – 2005. – № 20 (3). - 275–290.

целенаправленная деятельность человека по поддержанию здорового образа жизни.

Весьма наглядно уровень культуры самосохранения человека характеризуют информированность и те меры, которые он применяет в отношении своего здоровья. В исследовании проведенного автором был рассмотрен один из аспектов образа жизни человека – медицинская активность. Впервые в России развернутое определение понятия «медицинская активность» было дано Ю.П. Лисицыным. Под медицинской активностью он понимал «отношение к своему здоровью и здоровью других людей, выполнение медицинских предписаний и назначений, гигиенических рекомендаций, норм, правил посещения лечебно-профилактических учреждений и работы самих учреждений и других видов деятельности человека, группы населения в связи с его здоровьем»¹²³. Н.С. Усачев считал, что «осознание человеком непреходящей ценности здоровья, необходимости личного участия в его сохранении и укреплении еще до того, как ухудшится здоровье, является главным условием медицинской активности»¹²⁴.

Наиболее важным показателем медицинской активности является своевременное обращение за медицинской помощью в случае заболевания. Согласно данным, полученным в ходе исследования, большинство респондентов предпочитают обращаться за медицинской помощью только при резком ухудшении здоровья (64,30%), из них 65,2% юношей и 63% девушек. При первых признаках заболевания обращаются за медицинской помощью в медицинское учреждение не больше четверти респондентов (19,6%), вовсе не обращается 16,1% от всей выборочной совокупности (рис. 13).

¹²³ Лисицын Ю.П. Основной вопрос медицины (образ жизни, общественное здоровье, саналогия): актовая речь. – М., 1987. – 41 с.

¹²⁴ Усачев Н.С. К уточнению понятия «медицинская активность» // Советское здравоохранение. – 1990. – № 8. – С. 41–45.

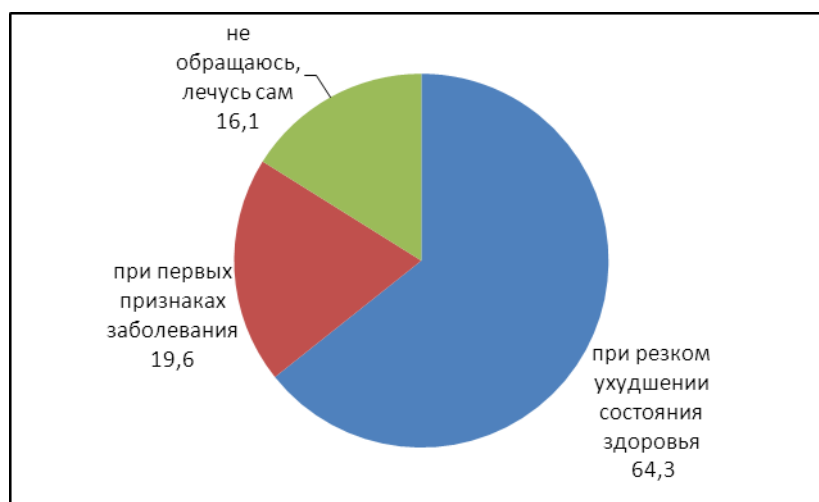


Рис. 13. Распределение ответов на вопрос: «В каких случаях обычно Вы обращаетесь за медицинской помощью?», в %

Для лиц мужского пола в большей степени характерно вовсе не обращаться за медицинской помощью в случае заболевания, а для лиц женского пола – самолечение и обращение за медицинской помощью при первых признаках заболевания (Прил. 3, рис. 26). Анализ распределения возрастных групп позволил обнаружить следующую тенденцию: с возрастом уменьшается число лиц, своевременно обращающихся в случае заболевания к медицинским работникам. При первых симптомах заболевания обращается за медицинской помощью каждый четвертый подросток (из них 20,25% юношей, 27,6% девушек), каждый пятый респондент – в возрасте 18–24 лет и каждый пятый респондент в возрасте 25–29 лет (Прил. 3, рис. 27,28). Эти данные коррелируют с данными общероссийского опроса Всероссийского центра общественного мнения: треть населения предпочитают бороться с недомоганием самостоятельно (33%)¹²⁵.

Для подробного рассмотрения самосохранительного поведения молодежи следует проанализировать обращаемость молодежи по поводу заболевания по типу медицинского учреждения. Так, по данным нашего исследования, по поводу своего заболевания чуть больше половины (62,2%)

¹²⁵ «Государственная поликлиника и самолечение – наш ответ болезням» Пресс-выпуск № 2183. 06.12.12 // Всероссийский центр изучения общественного мнения. – URL: <http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=113438>

опрошенных респондентов обращаются в государственные учреждения (из них 64,7% – девушки, 58% – юноши), 28,8% занимаются самолечением (Прил. 3, рис. 29,30). По возрастным и территориальным признакам при анализе данного вопроса особых различий не выявлено (Прил. 3, рис. 31,32). Таким образом, уровень медицинской активности молодежи, особенно юношей, можно оценить как низкий, что обусловлено редкими обращениями за медицинской помощью только в случае ухудшения состояния здоровья.

На сегодняшний день в Российской Федерации проходит реформирование системы здравоохранения. Основной целью государственной политики является улучшение состояния здоровья населения, в том числе и на основе медицинской помощи, что должно способствовать повышению качества жизни¹²⁶. В настоящее время в литературе встречается несколько десятков формулировок понятия «качество медицинской помощи». С учетом рекомендаций Всемирной организации здравоохранения в российском здравоохранении под качеством медицинской помощи понимают «содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации профессионала, т.е. его способности снижать риск прогрессивного имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента его взаимодействием с системой здравоохранения»¹²⁷.

Каждый человек, принимая медицинскую помощь, может оценить степень совпадения своих надежд и реального воплощения в каждом конкретном случае обращения к врачу или в медицинское учреждение.

Респондентам был задан вопрос об удовлетворенности качеством медицинского обслуживания в своем населенном пункте. Анализ ответов показал, что большинство опрошенной молодежи недовольны состоянием

¹²⁶ Подушкина И.В., Зубков В.М., Курносое А.В., Петров В.Н. Качество медицинской помощи и возможности использования методологии медико-социологических исследований в его оценке // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. – 2009. – № 1(13). – С. 53–61.

¹²⁷ Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения – URL: <http://www.who.int/ru/>

медицинского обслуживания (42%), довольны лишь 31,1% опрошенной молодежи; 26,9% – затруднились ответить. При анализе возрастных групп было выявлено, что подростки чаще дают положительные отзывы о медицинском обслуживании, чем другие группы (38,7%). При анализе возрастных групп было выявлено, что с увеличением возраста респондентов растет недовольство медицинским обслуживанием (Прил. 3, рис. 33).

Поликлиника является одним из базовых структурных элементов системы здравоохранения, поэтому в исследовании была изучена степень удовлетворенности респондентов предоставляемой медицинской помощью в амбулаторно-поликлинических учреждениях республики. Анализ показал, что в 2010-2011 гг. в поликлинику обращались 49,7% опрошенных, такое же количество не обращалось (Прил. 3, рис. 34). Среди тех, кто обращался за медицинской помощью в поликлиники, девушки и юноши составляют практически равные доли – 50,3% и 48,8% соответственно (Прил. 3, рис. 35). Следует отметить, что среди обратившихся в поликлиники больше подростков (58%), далее – молодежь в возрасте 18–24 лет (49,9%) и молодежь 25–29 лет (42,4%) (Прил. 3, рис. 36).

При анализе причин недовольности молодежи работой амбулаторно-поликлинических учреждений преобладают причины организационного характера. Из тех, кто обращался в поликлиники в 2010-2011 гг. выявлены следующие замечания: очереди на прием к врачу-специалисту в поликлинике отметили больше половины опрошенных (54,4%), «невнимательное, грубое отношение медицинского персонала» (39,3%), «невозможность попасть на прием к узким специалистам» (38,7%), «тесные, непригодные помещения» (23,1%).

В данном исследовании был задан вопрос о работе стационарных учреждений в Республике Татарстан. В 2010 г. за медицинской помощью в больницы РТ обращались 19,3% опрошенной молодежи; не обращались 78,5%, затруднились ответить – 2,3%. В этом аспекте вызывает несомненный интерес анализ мнения анкетированных о качестве медицинского

обслуживания в стационарах. Из числа тех, кто обращался в стационары на момент проведения опроса выявлено, что большинство опрошенных (67,4%) не довольны санитарными условиями в стационарах, отсутствием необходимого оборудования, лекарств не довольны 29,6% опрошенных, «за все нужно отблагодарить медицинский персонал» отметили 28,7% респондентов, питанием не довольны 25,7% опрошенной молодежи.

По данным официальной статистики, в Республике Татарстан быстрыми темпами происходит хронизация заболеваний у населения (см. подробно 2.2). Так и в нашем исследовании 28,20% опрошенных респондентов отметили наличие у себя хронических заболеваний, на их отсутствие указали большее количество опрошенных (56,20%), а 15,60% опрошенных затруднились ответить.

В связи с этим нужно отметить, что больше девушек (33,3%), чем юношей (21,7%) отметили наличие у себя хронического заболевания (Прил. 3, рис. 37). Доля молодежи в возрасте 25–29 лет, зафиксировавших наличие у себя хронических заболеваний, больше, чем в остальных группах молодежи. Таким образом, была выявлена тенденция: с возрастом растет число респондентов, зафиксировавших наличие у себя хронических заболеваний (Прил. 3, рис. 38). Больше молодежи с хроническими заболеваниями проживает в городской местности (в г. Казани – 32,9%, в г. Набережные Челны – 27%). Сельская молодежь по данным исследования болеет меньше, чем городская по самооценке респондентов (Прил. 3, рис. 39).

При проведении опроса также планировалось выяснить кратность обращений респондентов с хроническими заболеваниями к врачам–специалистам. Как и отмечалось, большинство респондентов не зафиксировали наличие у себя хронических заболеваний. Но, обращает на себя внимание следующее обстоятельство: даже при наличии хронических заболеваний большая часть опрошенной молодежи не обращается к врачу. Это касается, прежде всего, таких заболеваний, как новообразования (не обращаются к врачу 10,9% опрошенной молодежи); болезни кожно-

мышечной системы (не обращаются к врачу 10%); болезней нервной системы (9,9%) и т.д. (Прил. 3, табл. 10).

В исследовании был поставлен вопрос о наличии заболеваний, передаваемых половым путем (далее ЗППП). Примечательно, что «как свой вариант ответа» в список ЗППП некоторые респонденты включили такие заболевания, как «ОРЗ», «энцефалит», что говорит о недостаточной информированности молодого поколения в сфере заболеваний передаваемых половым путем. Примечательно, что многие с такими заболеваниями не сталкивались (Прил.3, рис. 40). Однако это не является свидетельством отсутствия ЗППП у молодежи, многие не способны идентифицировать признаки подобных заболеваний в силу низкой информированности. Подобные ответы среди подростков были получены и при проведении социологического исследования по изучению особенностей репродуктивного поведения подростков Республики Татарстан.

Репродуктивное поведение определяет состояние репродуктивной системы, а с другой – обеспечивает взаимосвязь между различными составляющими репродуктивного здоровья. Компонентами репродуктивного поведения являются сексуальное поведение, репродуктивные установки и регулирование рождаемости¹²⁸. В опросе, проведенного автором среди подростков 15-17 лет в Республике Татарстан были изучены особенности репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения¹²⁹.

Опрошенные подростки на открытый вопрос: «Какие заболевания, передающиеся половым путем, Вы знаете?» 85% ответили «СПИД», 73,75% «ВИЧ», 40% «сифилис». Несколько иные ответы были получены у сельских подростков: 100% отметили СПИД и такое же количество процентов – ВИЧ. Надо отметить, что подростки знают наиболее часто упоминающиеся

¹²⁸ Репродуктивное здоровье и поведение женщин России / В.Ю. Альбицкий, А.Н. Юсупова, Е.И. Шарапова, Г.М. Волкова. – Казань, 2001. – 248 с.

¹²⁹ Исследование было проведено в 2008 г. диссертантом в Республике Татарстан (n=200). Целью исследования было выявление особенностей репродуктивного и сексуального поведения подростков, а также определение отношения подростков к половому просвещению и половому воспитанию.

заболевания, а ЗППП– около 30%, что говорит о невысокой степени информированности подростков в этой сфере.

По данным опроса выявлено, что подростки к основным мерам для защиты от ЗППП относят использование средств предохранения (см. табл.9)

Таблица 9

Распределение ответов на вопрос: «Каким образом можно защититься от заболеваний, передающихся половым путем?», в %*

Варианты ответов	Городские подростки	Сельские подростки
Использовать средства предохранения, прежде всего – презерватив	85	58
Избегать случайных половых связей	58,75	56
Соблюдать гигиену, вести здоровый образ жизни	38,75	35
Иметь одного партнера	25	30
Обращаться к врачам, делать прививки	30	17
Защититься невозможно	3,75	-

**Источник: составлено автором.*

Важный аспект проблемы репродуктивного здоровья подростков – информированность подростков в данной сфере. На темы полового развития родители разговаривают лишь с 22,5% опрошенных из всей выборочной совокупности, с 45% опрошенными такие разговоры не ведутся совсем, затруднились ответить – 32,5%. Следует отметить, что существуют определенные различия между ответами юношей и девушек: 37% опрошенных девушек отметили, что родители разговаривают с ними на темы полового развития. Особенно родительским вниманием обделены юноши (42%). Такие гендерные различия в семейной социализации были отмечены и в ответах сельских подростков: с 28% юношей родители ведут беседы на эти темы, а среди девушек такие разговоры ведутся в 32% случаев. Надо отметить, что с девушками в основном разговаривают на такие темы, как «нежелательность раннего брака и раннего рождения ребенка» (41%); «опасность заражения венерическими заболеваниями» (34%). Что же касается ответов юношей, то среди ответов преобладает вариант «об опасности заражения венерическими заболеваниями» (30,5%); также с ними

разговаривают в основном «о необходимости контрацепции», «о вреде половой жизни для здоровья и о нежелательности раннего брака и раннего рождения ребенка». О методах контрацепции с подростками говорят лишь 27%, 55% – не разговаривают, 45% – затруднились ответить. Подобные ответы были получены и у сельских подростков: 17% респондентов дали положительный ответ; 46% – отрицательный, следовательно, 37% – затруднились ответить. О методах контрацепции с девушками говорят лишь 14% родителей, с юношами же – 33,3%.

В целом, на наш взгляд, существуют значительные гендерные различия в сексуальном воспитании на семейном уровне: внимание акцентируется преимущественно на девочках, с ними более подробно обсуждают проблемы нежелательной беременности, а также опасность заражения венерическими заболеваниями. Разговоры с девушками ведутся преимущественно со стороны матери особое внимание уделяется психоэмоциональной составляющей беседы. С юношами беседы на подобную тематику не ведутся вообще, либо ведутся очень редко и, в основном, речь идет о методах контрацепции. На наш взгляд, это может привести юношей к безответственности и халатности во взрослой сексуальной жизни.

Экспертам также был задан вопрос о том, должны ли говорить родители с детьми на темы полового развития. Все эксперты, в том числе врачи и педагоги ответили положительно. Социально-экономические факторы признавались интервьюируемыми главной причиной отсутствия таких разговоров между родителями и детьми. Это можно проиллюстрировать словами одного из информантов: «У нас очень много малоимущих семей, 40% населения живут за чертой бедности. Родители заняты добыванием денег, им надо прокормить семью. Какое тут половое воспитание? Им бы выжить в такой ситуации». (Эксперт – 1). Это может быть объяснено социально-экономическими факторами: родителям, в частности, отцам не хватает времени на такие разговоры с детьми, а матери просто стесняются говорить с ними на эти темы.

Репродуктивное здоровье подростков России, как отмечают информанты, отличается от репродуктивного здоровья подростков за рубежом. К примеру, в таких странах, как США, Голландия, в отличие от России, во-первых, пропагандируется здоровый образ жизни, во-вторых, развито половое просвещение, а в Голландии половое просвещение введено государством.

Второй аспект в изучении репродуктивного здоровья подростков – это источник информации. Главным источником информации в подростковой среде, как правило, называют сверстников и друзей. Так и в нашем исследовании, на вопрос «Какими источниками сексуальной информации Вы пользуетесь?» были получены следующие результаты: среди городских подростков основным источником сексуальной информации являются разговоры с друзьями (62,5%), а среди сельских подростков – книги, журналы, газеты (41%). Настораживает тот факт, что в обоих исследованиях разговорам с родителями и преподавателями отводится не первая роль.

Об информированности подростков в сфере репродуктивного здоровья и сексуального поведения свидетельствуют ответы на вопрос: «Какой информации, касающейся репродуктивного здоровья Вам не хватает?» (табл. 10).

Таблица 10

Распределение ответов городских и сельских подростков на вопрос: «Какой информации, касающейся репродуктивного здоровья Вам не хватает?», в %*

Варианты ответов	Городские	Сельские
а) психология взаимоотношений между полами	45	15
б) зачатие, беременность и роды	10	10
в) брак и семейная жизнь	18,75	10
г) профилактика ЗППП и СПИДа	16,25	16
д) проявление, лечение ЗППП	12,5	9
е) методы контрацепции	10	13
ж) последствия ЗППП, аборт	15	16
з) не знают	23	30
и) информации не хватает	35	27

*Источник: составлено автором

Столь низкая потребность в подобной информации в подростковом возрасте, когда сфера сексуальной жизни представляет повышенный интерес, сама по себе может свидетельствовать о слабом половом просвещении подростков, несформированном репродуктивном поведении.

Подростковый период – это время, когда у несовершеннолетних закладываются определенные ценности и установки, в том числе и репродуктивные. Данные, полученные в результате опроса, позволяют проанализировать репродуктивные установки подростков Республики Татарстан. На вопрос о желаемом количестве детей более половины опрошенных (65%) отметили, что хотели бы иметь двоих детей; 12,5% респондентов отметили, что хотят одного ребенка; 10% – троих; 12,5% опрошенных ответили, что дети им вообще не нужны. Надо отметить, что 77% девушек хотят иметь двоих детей, в то время как среди юношей двоих хотят только 50%. Таким образом, можно предположить, что подростки имеют установку на рождение одного – двух детей.

На вопрос «Считаете ли Вы вступление в брак обязательным условием для рождения детей?» ответы распределились следующим образом: больше половины респондентов (56,25%) дали положительный ответ, в то время как 51,25% дали отрицательный ответ, 13,75% – затруднились ответить. Идеальным возрастом для начала половой жизни и городские (47,6%) и сельские (52,4%) подростки отмечают период 18–20 лет. Надо отметить, что вариант «после замужества» отметили лишь несколько подростков, что говорит о том, что в подростковой среде сексуальные отношения до брака считаются нормальным явлением. По данным нашего исследования, половую жизнь ведут 37,5% из общего числа опрошенных (из них 28,6% юношей, 8,9% девушек), 30% – половой жизнью не живут, следовательно, 32,50% отказались отвечать на данный вопрос. На открытый вопрос «Сколько половых партнеров у Вас было?» 1,25% опрошенных указали, что 1, также 1,25% отметили, что – 2; 1,25% – 5; 1,25% – 10 партнеров.

Контрацептивные установки являются важной составляющей репродуктивного здоровья подростков, живущих половой жизнью. По данным опроса, среди тех, кто живет половой жизнью, 5% девушек используют контрацептивы, которые посоветовали друзья; 5% – которые принес партнер. Юноши пользуются контрацептивами, которые принес партнер (22,2%), которые часто рекламируются в СМИ (8,3%), которые посоветовали друзья – 5,5%, которые посоветовали родители – 2,7%. Вариант «которые подобрал врач» никто не отметил. Следовательно, можно сказать, что подростки в этой области не доверяют врачам или просто их не посещают.

В ходе исследования изучалось мнение подростков в отношении абортов в подростковой среде. На вопрос «Как вы думаете, допустимы ли аборты для несовершеннолетних?» 56% девушек и 25% юношей выбрали вариант «допустимы исключительно в случаях, когда есть угроза жизни девушки или аномальное развитие плода», 41,6% опрошенных юношей и 20,4% девушек затруднились ответить на данный вопрос.

Целью исследования также было определение отношения подростков к введению курсов сексуального просвещения в школьную программу. Так больше половины опрошенных (48,72%) относятся к таким курсам положительно, аргументируя это следующими доводами (открытый вопрос): «чтобы все знали о всех «+» и «-» секса», «чтобы дети предохранялись от ЗППП», «чтобы быть проинформированы в этой области», «нужно правильно объяснить ребенку последствия половой жизни, часто дети считают это только удовольствием, но это большая ответственность; «каждый ребенок обязательно должен пройти курсы психологии и полового воспитания», «чтобы дети знали, какие последствия могут быть, если не пользоваться контрацептивами», «чтобы подростки не совершали связанных с этим необдуманных поступков» и др. 33% респондентов затруднились дать ответ на этот вопрос.

Мнения экспертов схожи с большинством мнений подростков. Абсолютно все эксперты, которые принимали участие в интервью, «за» введение полового просвещения в школах. Эксперты отметили, это то, что в школах такие курсы должны вести не только учителя, но и специалисты в этой области. Здесь должен быть комплекс мер, где участвуют и школа, и государство, и общественные организации, Министерства образования и здравоохранения. Введению полового просвещения мешает, с точки зрения большинства информантов, отсутствие государственной инициативы. Эксперты отметили, что здоровье подростков, репродуктивное в том числе, это, прежде всего, проблема общества.

На сегодняшний день аборт среди молодежи Республики Татарстан и России в целом является серьезной медико-социальной проблемой. В исследовании был изучен такой аспект данной проблемы, как отношение молодежи к абортам. Выяснилось, что большая часть опрошенной молодежи (44,10%) выбрали вариант как «допустимы исключительно в случаях, когда есть угроза жизни девушки или аномальное развитие плода»; из них 49,5% – девушки, 38,2% – юноши (рис. 14).

Аборты в любом случае допускают 9,30% молодежи (рис. 12), (9,4% девушек, 7,7% – юношей (Прил. 3, рис. 41).



Рис. 14. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы считаете, допустимы ли аборты?», в %

Следует добавить, что с увеличением возраста респондента увеличивается доля лиц положительно относившихся к абортам среди молодежи (Прил. 3, рис. 42).

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что, несмотря на то, что молодежь выделяет категорию состояния здоровья среди жизненных ценностей как основную, отмечается низкая самосохранительная культура, низкая медицинская активность данного контингента. Причем, по мнению молодежи, среди факторов, оказывающих негативное влияние на состояние здоровья, превалируют загрязненность окружающей среды, нарушение ритма труда и отдыха, наличие вредных привычек, плохой психологический климат в семье или на работе, учебе, а также плохое качество медицинского обслуживания по месту жительства. Как выяснилось, наибольшие претензии у молодежи вызывают очереди и плохие условия пребывания в медицинских учреждениях, недостаточная квалификация медицинского персонала.

Итак, на основании полученных результатов социологических исследований мы проанализировали здоровье молодежи Республики Татарстан. Резюмируя вышесказанное, мы пришли к таким выводам:

1. Информированность молодежи Республики Татарстан о наиболее известных отрицательных последствиях влияния на организм человека алкоголя, курения, наркотических веществ находится на низком уровне. Большинство опрошенных подростков употребляют алкогольные напитки, каждый четвертый подросток курит. Причем время первой пробы алкогольных напитков и возраст начала курения приходится на подростковый период, что в очередной раз доказывает тот факт, что подростковый период является периодом риска. Причем в рейтинге часто употребляемых спиртных напитков первое место занимает пиво.

2. Низкая культура репродуктивного поведения подростков проявляется в высоком уровне заболеваемости инфекциями передаваемыми половым путем по сравнению с развитыми странами; отсутствием знаний у подростков о методах контрацепции, абортах в подростковой среде. Примечательно, что «как свой вариант ответа» в список ЗППП некоторые респонденты включили такие заболевания, как «ОРЗ», «энцефалит», однако это не является свидетельством отсутствия ЗППП у молодежи, многие не способны идентифицировать признаки подобных заболеваний в силу низкой информированности.

3. При анализе медицинской активности подростков Республики Татарстан был рассмотрен критерий медицинской активности – обращаемость за медицинской помощью. Только каждый пятый опрошенный подросток обращается за медицинской помощью в медицинское учреждение при первых признаках заболевания, тогда как больше половины опрошенных – только при резких ухудшениях состояния здоровья. Обращает на себя внимание следующее обстоятельство: даже при наличии хронических заболеваний большая часть опрошенных не обращаются к врачу.

4. В данной части работы также проанализировано качество медицинской обслуживания в Республике Татарстан с точки зрения подростков. Как выяснилось, большинство опрошенной молодежи недовольны состоянием медицинского обслуживания (42%), довольны лишь 31,1% опрошенной молодежи; 26,9% – затруднились ответить. При анализе возрастных групп было выявлено, что подростки чаще дают положительные отзывы о медицинском обслуживании, чем другие группы (38,7%). При анализе возрастных групп было выявлено, что с увеличением возраста респондентов растет число респондентов, не довольных медицинским обслуживанием.

Глава III. СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА

3.1. Политика государства в области охраны здоровья подростков на федеральном и региональном уровнях

В предыдущей главе мы проанализировали показатели здоровья подростков Республики Татарстан по данным официальной статистики и конкретных социологических исследований, но, тем не менее, для эффективной оценки здоровья подростков Республики Татарстан целесообразно проанализировать правовое обеспечение охраны здоровья подростков. Социальная политика охраны здоровья подростков Республики Татарстан как субъекта федерации в данной сфере может быть рассмотрена в контексте общероссийской политики, хотя, как и в любом регионе, в республиканской политике есть свои особенности, которые также выступали объектами анализа.

В Российской Федерации система правового обеспечения в области охраны здоровья подростков опирается на основные положения целого ряда международных правовых документов. Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) уделяет большое внимание разработке программ по охране здоровья детей, подростков и молодежи. В стратегии ЮНИСЕФ в области здравоохранения охрана здоровья подростков и молодежи определяется как новая приоритетная задача организации. ЮНИСЕФ стремится развивать организации и службы медицинской помощи, информации и образования, которые создают дружественную обстановку для молодежи¹³⁰. Одна из таких программ – создающиеся в России молодежные информационные центры. В их функции входит пропаганда здорового образа жизни, планирование и осуществление

¹³⁰ Официальный сайт ЮНИСЕФ. – URL: <http://www.unicef.ru/about/russia/>

программ санитарного просвещения, консультирование по вопросам планирования семьи и безопасного поведения¹³¹.

Обеспечение охраны здоровья подростков и молодежи регламентируется рядом международных правовых актов, таких как:

1. Декларация прав ребенка (провозглашена Резолюцией 1386 Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1959 г.) которая основывается на положении, что ребенок, ввиду его физической и умственной незрелости нуждается в специальной охране и заботе¹³².

2. Оттавская Хартия по развитию здоровья (принята Первой международной конференцией по развитию здоровья. Оттава, Канада, 17–21 ноября 1986 г.). В ней утверждается, что «укрепление здоровья – это процесс, дающий людям возможность влиять на свое здоровье и улучшать его»¹³³.

3. Международный кодекс медицинской этики (Принят 3-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Женева, Швейцария, в октябре 1949 г., дополнен 22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, в августе 1968 г. и 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 г.)¹³⁴. В кодексе описываются общие обязанности врачей, обязанности врача по отношению к пациентам и друг к другу.

4. Конвенция о правах ребенка (принята Резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1989 г. Вступила в силу 2 сентября 1990 г.)¹³⁵. Данный документ имеет огромное значение в защите детей во всем мире. В ст. 6 данной Конвенции государства-участники признают, что каждый ребенок имеет неотъемлемое право на жизнь, и

¹³¹ Здоровье молодежи / М.Ю. Абросимова, В.Ю. Альбицкий, Ю.А. Галлямова, А.С. Созинов. – Казань, 2007. – 199 с.

¹³²Официальный сайт Организации Объединенный Наций. – URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/childdec.shtml

¹³³Официальный сайт ВОЗ. – URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf

¹³⁴URL: <http://www.med-pravo.ru/Ethics/seventh1.htm>

¹³⁵Официальный сайт Организации Объединенный Наций. – URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml

обеспечивают в максимально возможной степени выживание и здоровое развитие ребенка.

5. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков» (Всемирная Организация Здравоохранения, 2005 г.).¹³⁶ В решениях и программных документах Всемирной Организации Здравоохранения достаточно большое внимание уделяется состоянию и укреплению здоровья подростков. В данном документе отмечается, что здоровье детей и подростков характеризуется проблемами в репродуктивном и сексуальном здоровье, нездоровыми формами поведения, связанными с использованием психоактивных веществ, рационом питания и физической активностью, психическим здоровьем и травмами. В Стратегии выделяются приоритеты в формировании здорового образа жизни, предупреждении опасных форм поведения, развитии служб здравоохранения, ориентированных на молодежь, профилактике всех форм насилия, формировании здоровой школьной среды, способствующих физическому и психосоциальному благополучию подростков и т.д.

7. Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей (Принята Всемирной встречей на высшем уровне в интересах детей, Нью-Йорк, 30 сентября 2000 г.)¹³⁷, задачами которой являются улучшение здоровья и питания детей, проявление заботы и оказание поддержки детям-инвалидам, а также другим детям, находящимся в крайне трудных условиях и т.д.

Законодательную основу охраны здоровья подростков в Российской Федерации составляют различные законодательные акты (федеральные законы, программы), указы Президента, постановления и предложения правительства, правительственные и министерские указы. Основным документом, регламентирующим охрану здоровья подростков в России,

¹³⁶Официальный сайт ВОЗ. –

URL:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/79401/E87710R.pdf (дата обращения: 28.10.2011)

¹³⁷Официальный сайт Организации Объединенный Наций. – URL:
http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/decl_child90.shtml

является Конституция Российской Федерации. Подростки являются субъектами гражданско-правовых отношений, и они в полной мере обладают всем гражданскими правами, гарантированными Конституцией, в которой провозглашаются обязанности государства по созданию условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека (Ст. 39). Согласно ст. 41 Конституции РФ, подростки имеют право на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 25)¹³⁸.

В законе «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (в ред. от 07.12.2011)» говорится о приоритете охраны здоровья детей, об их праве на охрану здоровья. Прописано, что государство признает охрану здоровья; каждый ребенок независимо от семейного и социального благополучия подлежит особой охране, включая заботу о здоровье и надлежащую правовую защиту в сфере охраны здоровья, и имеет приоритетные права при оказании медицинской помощи; все медицинские организации, общественные объединения обязаны признавать и соблюдать права детей в сфере охраны здоровья и др. Также в ст. 54 ФЗ № 323 прописаны права несовершеннолетних на прохождение медицинских осмотров, оказание медицинской помощи, санитарно-гигиеническое просвещение, обучение и труд в условиях, соответствующих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов и т.д.¹³⁹.

Следует отметить, что в ходе обсуждений и доработок предложенный Министерством здравоохранения и социального развития документ подвергался жесткой критике со стороны СМИ, представителей профессионального сообщества и рядовых граждан. В основном их недовольство было связано с пунктом данного закона о платной медицине, который предполагает совмещение платной и бесплатной помощи в рамках

¹³⁸ Конституция Российской Федерации.

¹³⁹ Об охране здоровья граждан: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323

государственных и муниципальных учреждений. По мнению специалистов, это практически невозможно осуществить, поскольку получившие возможность взимать плату за свои услуги врачи будут подвергаться соблазну получить дополнительный заработок. Также эксперты указывали на очевидные противоречия между принципом бюджетного финансирования больниц и поликлиник и механизмом оказания платных услуг. В частности, известный педиатр, президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль указывал на необходимость четкого законодательного разделения платного и бесплатного медицинского обслуживания. В итоге его пожелания были учтены авторами законопроекта¹⁴⁰.

Права детей закреплены в Федеральном законе «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24.07.1998 №124-ФЗ. Согласно ст. 6 данного закона, ребенку от рождения принадлежат и гарантируются государством права и свободы человека и гражданина в соответствии с Конституцией РФ, общепризнанными принципами и нормами международного права, международными договорами РФ, данным Федеральным законом, Семейным кодексом РФ и другими нормативно-правовыми актами. В силу возрастных особенностей физического и умственного развития дети не в состоянии в полной мере осознать свои интересы, соответствующим образом использовать свои права и в случае необходимости самостоятельно отстаивать их. Поэтому в соответствии со ст. 7 данного закона ребенку оказывают содействие в реализации защиты его прав и законных интересов органы государственной власти и местного самоуправления, родители или лица, заменяющие родителей, различные специалисты и общественные объединения. По поручению органов опеки и попечительства других компетентных органов они могут наряду с родителями участвовать в мероприятиях по обеспечению и защите законных

¹⁴⁰ Официальный сайт 1 канала.-URL: <http://www.1tv.ru/>

прав и законных интересов ребенка, в том числе в органах здравоохранения в качестве его законных представителей¹⁴¹.

В ст. 19 Федерального закона от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» описываются права и социальная поддержка несовершеннолетних (в том числе и подростков) в возрасте до 18 лет с ВИЧ-инфекцией. Подросткам с ВИЧ-инфекцией, согласно этому закону, назначается социальная пенсия, пособия и представляются меры социальной поддержки, которые установлены для детей-инвалидов законодательством Российской Федерации¹⁴².

Согласно ст. 51 закона Российской Федерации «Об образовании» от 10.07.1992 № 3266-1, государством гарантируется охрана здоровья обучающихся и воспитанников. Образовательное учреждение обязано создавать условия, гарантирующие охрану и укрепление здоровья обучающихся, воспитанников¹⁴³.

24 июня 1999 г. Государственной Думой РФ принят Федеральный Закон № 120-ФЗ «Об основах государственной системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», служащий правовой базой для предупреждения беспризорности, обеспечивающий защиту прав несовершеннолетних, способствующий профилактике малолетних правонарушителей, их адаптации к принятым в обществе правилам и нормам поведения. Органы управления здравоохранением в пределах своей компетенции должны: организовать распространение санитарно-гигиенических знаний среди несовершеннолетних, их родителей или законных представителей, а также пропаганду здорового образа жизни;

¹⁴¹Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации: Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ.

¹⁴²О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции): Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ.

¹⁴³Об образовании: Закон Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1.

развитие сети детских и подростковых учреждений, оказывающих наркологическую и психиатрическую помощь; медицинское обследование несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей или законных представителей, и подготовку рекомендаций по их устройству с учетом состояния здоровья и т.д.¹⁴⁴.

Согласно Семейному кодексу Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ, родители обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей. Данный документ возлагает на родителей в первую очередь обязанность по защите прав и интересов детей¹⁴⁵.

В ст. 20 Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» от 23 февраля 2013 г. говорится о «запрете продажи табачной продукции несовершеннолетним и несовершеннолетними, потребления табака и несовершеннолетними, а также вовлечение детей в процесс потребления табака». Также в ст. 16 данного закона речь идет о «запрете рекламы и стимулирования продажи табака, спонсорства табака»¹⁴⁶. Однако, в связи со сложностью осуществления контроля за выполнением данного запрета он часто нарушается. «... другое дело, что непонятно, кто за выполнением этого закона будет следить. В нашей стране, где предписываемые ограничения, скорее всего, будут нарушаться в массовом порядке, контролировать его исполнение крайне сложно, даже с учетом того, что за курение в неположенных местах предусматривается административная ответственность»¹⁴⁷.

¹⁴⁴Об основах государственной системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних: Федеральный Закон от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ.

¹⁴⁵ Семейный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ.

¹⁴⁶ Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака: Федеральный закон от 23 февраля 2013 г.

¹⁴⁷ Интервью врача, доцента кафедры общественного здоровья и здравоохранения первого МГМУ им. И.М. Сеченова Ислама Шахабова газете «Аргументы недели». – URL: <http://argumenti.ru/gorodm/n397/269466> (дата обращения: 17.07.2013)

Важным в сфере охраны здоровья подростков является Закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 № 52-ФЗ. Данный закон регламентирует организацию и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий (ст. 29)¹⁴⁸.

Федеральный закон от 4 декабря 2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» предусматривает охрану здоровья граждан при занятиях физической культурой и спортом (ст. 20)¹⁴⁹.

Среди подростков, обучающихся в различных образовательных учреждениях нашей страны, есть такие, которые работают. Согласно Трудовому кодексу Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ, несовершеннолетние работники в трудовых правоотношениях пользуются теми же правами, что и взрослые работники и, необходимо учитывать, что несовершеннолетние, впервые вступая в трудовые правоотношения, нуждаются в особой охране здоровья, создании специальных условий безопасности труда¹⁵⁰.

В Федеральном законе от 13 марта 2006 г. № 38-ФЗ «О рекламе» в ред. от 07.05.2009 № 89-ФЗ) провозглашена задача предотвращения и пресечения ненадлежащей рекламы, способной нанести вред здоровью граждан. Ст. 6 данного закона предусматривает защиту несовершеннолетних от злоупотреблений их легковерностью, доверчивостью и отсутствием жизненного опыта при производстве, размещении и распространении рекламы¹⁵¹.

Согласно Федеральному закону от 7 марта 2005 г. № 11-ФЗ «Об ограничениях розничной продажи и потребления (распития) пива и напитков, изготавливаемых на его основе», не допускается розничная продажа пива и

¹⁴⁸О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ.

¹⁴⁹О физической культуре и спорте в Российской Федерации: Федеральный закон от 4 декабря 2007 г. № 329-ФЗ.

¹⁵⁰Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ.

¹⁵¹О рекламе: Федеральный закон от 13 марта 2006 г. № 38-ФЗ.

напитков, изготавливаемых на его основе несовершеннолетним¹⁵². Однако, опять-таки в связи со сложностью осуществления контроля над выполнением данного запрета, он часто нарушается. К тому же, по данным социологических исследований, проведенных автором и при участии автора доказано, что наиболее часто употребляемым видом алкогольных напитков среди подростков является пиво.

Особенности организации медицинского обслуживания подростков в основном учтены в Приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.05.1999 № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста», в соответствии с которым осуществлен поэтапный перевод медицинского обеспечения детей в возрасте с 15 до 17 лет включительно в детские амбулаторно-поликлинические учреждения общей сети. В 1990-х гг. серьезной проблемой стало отсутствие необходимой преемственности между детскими поликлиниками и поликлиниками для взрослых в медицинском обеспечении подростков. В 1992 г. Министерством здравоохранения Российской Федерации было рекомендовано обеспечивать медицинское обслуживание учащихся старших классов общеобразовательных школ силами детских поликлиник. В то же время не были решены вопросы медицинского обеспечения подростков специализированными и стационарными видами медицинской помощи. Сложившаяся система охраны здоровья детей была не в полной мере готова к решению специфических проблем подростков. Последствия рискованного поведения, проблемы репродуктивного здоровья не могли быть успешно решены только в рамках действующей системы медицинской помощи подросткам. В решении Коллегии Минздрава России в 2001 г. была провозглашена идея о целесообразности выделения специалиста по подростковой медицине, но эта идея не получила дальнейшего развития¹⁵³.

¹⁵²Об ограничениях розничной продажи и потребления (распития) пива и напитков, изготавливаемых на его основе: Федеральный закон от 7 марта 2005 г. № 11-ФЗ.

¹⁵³ Клиники, дружелюбные к подросткам и молодежи Российской Федерации: инициатива, опыт, результат, сотрудничество, устремленность в будущее. – М., 2010. – С. 26–27.

Таким образом, на сегодняшний день подросток наблюдается в детской поликлинике и с наступлением 18-летия переводится во взрослую поликлинику.

В «Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации», одобренной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 марта 2003 г. № 113, говорится о том, что молодежь в Российской Федерации должна быть более здоровой и лучше подготовлена к тому, чтобы выполнять свои обязанности в обществе¹⁵⁴. Отметим, что решение задач по охране здоровья возможно только при постоянном контроле за его состоянием на основе проведения периодических медицинских осмотров, постоянного наблюдения за населением с нарушениями здоровья, комплексных лечебно-оздоровительных, реабилитационных мероприятий. На основании этого Правительством Российской Федерации 29 декабря 2001г. принято Постановление № 916 «Об общероссийской системе мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи». Проведение мониторинга включает в себя:

а) наблюдение за состоянием физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи;

б) сбор, хранение, обработку и систематизацию данных наблюдения за состоянием физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи¹⁵⁵.

В «Стратегии социально-экономического развития страны до 2020 года» в ЭГ (экспертная группа) 11 «Здоровье и среда обитания» выдвинуты предложения по таким направлениям, как формирование здорового образа жизни; снижение вредного воздействия экологии на состояние здоровья

¹⁵⁴ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 марта 2003 г. № 113. – URL: http://www.fcgsen.ru/2902/documents/220703_konc_oxrana_zdorov_N113.html (дата обращения: 26.10.2011)

¹⁵⁵ Об общероссийской системе мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи: Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2001 № 916. – URL: <http://russia.bestpravo.ru/fed2001/data01/tx10163.htm> (дата обращения: 27.10.2011)

человека; повышение эффективности системы оказания медицинской помощи; развитие медицинского страхования и регулирование рынка медицинских услуг; совершенствование системы подготовки, переподготовки, повышения квалификации кадров и управления человеческими ресурсами в сфере здравоохранения¹⁵⁶.

Таким образом, мы проанализировали лишь некоторые, на наш взгляд наиболее важные законы и положения, действующие на территории Российской Федерации в сфере охраны и укрепления здоровья молодежи. Отметим, что при анализе выявлено, что нормативно-правовая база Российской Федерации в области охраны здоровья молодежи слишком сложная и разнообразная. Законы и положения, которые принимаются на разных уровнях в целом, на наш взгляд непоследовательны и не согласованны, часто повторяют, и противоречат друг другу. К тому же, существует разобщенность ведомств и органов управления, призванных осуществлять охрану здоровья подростков. Это проявляется в несогласованности действий органов здравоохранения, образования, органов социальной и экологической защиты, физической культуры и спорта. Сегодня в России нет межведомственного взаимодействия в плане охраны здоровья подростков. Особую тревогу вызывает оказание детям и подросткам высокотехнологичных видов медицинской помощи. Возможным выходом стало бы создание межрегиональных лечебно-диагностических, реабилитационных и профилактических центров в России.

Отметим, что ни в одной из федеральных программ не говорится о подростках, об охране и укреплении их здоровья как отдельной категории населения. Их включают либо в категорию детей, либо в категорию молодежи, что является, на наш взгляд, недостатком нормативно-правовой, законодательной базы. На наш взгляд, недостатком является и то, что при создании и принятии законов не учитываются территориальные,

¹⁵⁶Стратегия социально-экономического развития страны до 2020. – URL: <http://strategy2020.rian.ru/g11/> (дата обращения: 17.07.2013)

региональные и гендерные различия. Это касается, например, наличия спортивных объектов в регионах России. На сегодняшний день по регионам России количество спортивных объектов распределено неравномерно. Кроме того, недостатком является и то, что не учитываются гендерные различия при составлении нормативно-законодательной базы и федеральных программ. Отсутствуют отдельные программы для мальчиков и девочек. Помимо этого, не выделяются подростки, проживающие в северных регионах, не учитываются региональные особенности.

Проанализировав нормативно-правовую базу Российской Федерации, перейдем непосредственно к изучению нормативно-правовой базы Республики Татарстан.

В Республике Татарстан Постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан утверждена долгосрочная целевая программа «Дети Татарстана». В данной целевой программе в приложении 1 приведена подпрограмма «Здоровое поколение», целью которой является создание благоприятных условий для комплексного развития и жизнедеятельности детей, государственная поддержка детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, задачей - охрана здоровья детей и подростков, в том числе репродуктивного здоровья¹⁵⁷.

Долгосрочная целевая программа профилактики наркотизации населения Республики Татарстан на 2010–2015 гг. утверждена постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 29.10.2010 № 865. Цель Программы – снижение масштабов незаконного распространения и немедицинского потребления наркотиков в Республике Татарстан. Основными задачами программы являются: «активизация усилий правоохранительных органов по борьбе с незаконным оборотом наркотиков; совершенствование системы лечебной и реабилитационной помощи; создание условий для вовлечения детей и молодежи в систематические занятия в кружках по интересам, физической культурой и спортом;

¹⁵⁷ Официальный сайт Правительства Республики Татарстан. –URL: <http://prav.tatarstan.ru>

формирование у населения отрицательного отношения к потреблению наркотиков и мотивации на ведение здорового образа жизни»¹⁵⁸.

В республике проводится серьезная работа по предупреждению употребления психоактивных веществ. В образовательных учреждениях продолжается внедрение федеральных и республиканских антинаркотических программ для работы с учащимися и их родителями. Министерствами и ведомствами реализуются профилактические проекты, направленные на предупреждение употребления наркотиков детьми и подростками («Самостоятельные дети», «Аврора», «Феникс», «Дружные дворы», «Уличная социальная работа», «Надежда» и др.). В городах и районах республики осуществляются показы антинаркотических спектаклей («Алхимик», «Звук позади самолета», рок-опера «Грань»), проводятся различные конкурсы, фестивали, массовые мероприятия по популяризации навыков здорового образа жизни. Активизировалась работа, направленная на профилактику наркотизации и других негативных социальных явлений среди студенческой молодежи. Разработаны и внедряются проекты «Клубная жизнь без наркотиков», «Психологическая служба в вузах». Продолжается проведение профилактических медицинских осмотров среди учащихся образовательных учреждений и лиц призывного возраста. За 2007–2009 гг. осмотрено 493 тыс. учащихся, выявлено 679 потребителей наркотических средств и психотропных веществ. Наибольшее количество употребляющих наркотические средства отмечается среди учащихся учреждений начального профессионального образования и лиц, подлежащих призыву на военную службу и отправке в войска¹⁵⁹. В связи с этим ситуация с наркоманией и токсикоманией в Республике Татарстан улучшилась. По данным официальной статистики за период с 2004г. по 2012г. первичная заболеваемость подростков в возрасте 15–17 лет, страдающих наркоманией, в

¹⁵⁸ Там же

¹⁵⁹ Информационный портал Республики Татарстан по вопросам наркомании. – URL: <http://www.antinarc.ru/program/program2010-2015> (дата обращения: 26.10.2011)

Республике Татарстан снизилась с 3,8 до 0,8 на 100000 детей соответствующего возраста¹⁶⁰.

По официальным данным Министерства здравоохранения Республики Татарстан, в 2012 г. в здравоохранении реализуются 1 федеральная, 10 республиканских и 10 отраслевых целевых программ. Остановимся на тех, где упоминаются подростки. Для реализации мероприятий республиканской целевой программы «Дети Татарстана» по подпрограмме «Здоровое поколение» в 2012 г. бюджетом Республики Татарстан выделено 13,4 млн руб.. В рамках мероприятий по исполнению программы отдыха, оздоровления, занятости детей и молодежи Республики Татарстан на 2012 г. Минздраву РТ выделено 28 224,0 тыс. руб.¹⁶¹ В остальных республиканских программах здоровье подростков не упоминается.

Кроме того, на сегодняшний день в Республике Татарстан существуют 7 клиник дружественных к молодежи: на базе детской больницы № 7 г. Казань, в детской больнице № 4 г. Казань, в детской больнице г. Бугульмы, в детской больнице г. Нижнекамска, в детской поликлинике № 2 г. Набережные Челны, в детской больнице г. Чистопольска Республики Татарстан¹⁶². К основным посетителям клиники относятся учащиеся средних учебных заведений в возрасте 16–18 лет. Исходя из интервью, данного главным врачом поликлиники № 4 А. Зиатдиновым общественно-политической газете «Республика Татарстан»: «Потребность в медучреждениях подобного рода продиктована специфическими причинами, Подростки – это отдельная целевая группа, взрослеющие дети, сталкивающиеся с изменениями в своем организме, конфликтующие с семьей и обществом. Физически зрелые, но социально еще инфантильные люди. И у них, как мы с вами прекрасно понимаем, есть масса проблем, с

¹⁶⁰ Более подробный анализ заболеваемости подростков социально-значимыми заболеваниями приведен в параграфе 2.1 данной работы

¹⁶¹ Официальный сайт Министерства здравоохранения Республики Татарстан. - URL: <http://minzdrav.tatarstan.ru/>

¹⁶² Материалы с сайта Детской республиканской клинической больницы Республики Татарстан. – URL: <http://www.drkbmzrt.ru/news-new-297.html> (дата обращения: 07.10.2012)

которыми они постесняются обратиться к родителям или прийти на официальный прием в районную поликлинику. У нас же для них выделен отдельный блок со своей регистратурой; записаться на прием можно через Интернет, так что в общей очереди в коридоре сидеть не надо, обследуют анонимно...»¹⁶³. Это учреждение, оказывающее комплексную медицинскую и психолого-социальную помощь по проблемам сохранения здоровья, с учетом специфики подросткового возраста. Реализацией идеологии клиник дружественных к молодежи является оказание помощи подросткам и молодежи через понимание их проблем, а также совместный поиск путей изменения поведения, направленных на сохранение здоровья. Основным недостатком деятельности клиник дружественных к молодежи на наш взгляд, является недостаточная информированность родителей, а также самих подростков о существовании подобных центров. К тому же подобные клиники существуют лишь в крупных городах республики, муниципальных районах они отсутствуют. В виду того, что среди сельских подростков показатели алкоголизации и некоторые виды заболеваемости выше, чем в городах республики, целесообразно рассмотреть возможности открытия подобных центров по всей республике.

Следует отметить, о создании положительного эффекта от таких программ, как «Тропинки здоровья» и «Пятилетка здоровья»¹⁶⁴. Основной целью проекта «Тропинки здоровья» была мотивация детей к здоровому образу жизни¹⁶⁵. После изучения аспектов данного проекта мы пришли к выводу, что основным недостатком данной программы является применение только в начальных классах, разработка и преподавание программы без участия медицинских работников. Оказалось, что мониторинг программы осуществляется лишь с педагогической точки зрения, в то время как

¹⁶³ В Казани появилась клиника дружественная к молодежи. – URL: <http://www.rt-online.ru/articles/rubric-73/107733/> (дата обращения: 07.10.2012)

¹⁶⁴ Пятилетка здоровья. Программа Казанского местного отделения Партии «Единая Россия» на 2010–2015 гг. – URL: <http://www.kzn.ru/page14958.htm> (дата обращения: 22.11.2011)

¹⁶⁵ «Тропинки здоровья» в Казани принесли положительные результаты. – URL: <http://www.kzn.ru/news/show/24789> (дата обращения: 22.11.2011)

медицинский аспект отсутствует¹⁶⁶. По словам начальника Управления образования г. Казани И.Д. Хадиуллина, «только тесное взаимодействие со всеми заинтересованными структурами, родителями детей позволит реализовывать целевые установки, подходы и тенденции, направленные на сохранение здоровья детей»¹⁶⁷.

В Республике Татарстан на основании приказа Министерства здравоохранения Республики Татарстан № 663 от 10.07.01¹⁶⁸ с целью комплексного решения основных медико-социальных проблем, возникающих у подростков, на базе Детской республиканской клинической больницы Министерства здравоохранения Республики Татарстан создано отделение (Центр) медико-социальной помощи детям подросткового возраста. По информации, которая выставлена на официальном сайте «принципами деятельности Центра являются добровольность, доступность, доброжелательность, доверие. Одно из приоритетных направлений деятельности Центра – сохранение репродуктивного здоровья подростков. Помимо оказания индивидуальной гинекологической помощи девушкам, ведется работа по созданию службы планирования семьи»¹⁶⁹.

Следует отметить, что в 2012 г. финансирование здравоохранения в РТ составило более 45,8 млрд рублей, что на 33,5% больше, чем в 2011 г. За 2012 г. из федерального бюджета привлечено 25 858,8 млн рублей, в том числе на реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье» - 3 032,13 млн рублей. Финансирование Программы государственных гарантий на 2012 г. из средств консолидированного бюджета здравоохранения составило 29,33 млрд руб., что выше расходов 2011г. на 10%; в расчете на душу населения – 7 874,72 руб., что выше установленного норматива по РФ на 241,32 руб. (в РФ - 7 633,40 руб.). Исполнение плана по средствам ОМС составило 99,8%.

¹⁶⁶К «Тропинкам здоровья» подключатся медики. – URL: <http://www.kzn.ru/news/show/23520> (дата обращения: 23.11.2011)

¹⁶⁷ Доклад начальника Управления образования И.Д. Хадиуллина на аппаратном совещании Мэрии города 31 октября 2011 г. – URL: [http://www.kzn.ru/upload/wysiwyg/hkadiullin_31102011\(1\).doc](http://www.kzn.ru/upload/wysiwyg/hkadiullin_31102011(1).doc)

¹⁶⁸ Приказ МЗ РТ № 663 от 10.07.01.

¹⁶⁹ Официальный сайт ДРКБ МЗ РТ. – URL: <http://www.drkbmzrt.ru/>

Соотношение расходов бюджетов и средств ОМС (в том числе на осуществление преимущественно одноканального финансирования через систему ОМС) составило 35% и 65%¹⁷⁰. По данным Министерства здравоохранения Республики Татарстан, все мероприятия были запланированы с учетом наиболее приоритетных направлений – снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, онкологии и смертности от внешних причин, укрепление службы родовспоможения и детства, первичной медико-санитарной помощи сельского населения.

Отметим, что эффективность системы здравоохранения необходимо измерять не количеством приобретенной техники, не размерами финансирования, а снижением показателей заболеваемости и улучшением состояния здоровья подростков. Несмотря на финансирование, наличия современного медицинского оборудования, существования клиник, дружественных к молодежи идет увеличение заболеваемости подростков 15-17 лет Республики Татарстан, что подтверждают данные официальной статистики и социологические исследования.

Таким образом, подводя итог данному параграфу, можно сказать, что в Российской Федерации сформирована нормативно-правовая база, позволяющая учитывать особенности здоровья и поведения в сфере здоровья детей и подростков. Вместе с тем, на наш взгляд, существующая на сегодняшний день социальная политика в области сохранения и укрепления здоровья подростков не в полной мере отвечает потребностям самих подростков. В частности, не хватает межведомственного подхода в решении проблем охраны здоровья подростков. Каждое учреждение, будь то школа, поликлиника, больница пытаются решать проблемы подростков по своему, тогда как требуется взаимодействующая межведомственная система, ориентированная на формирование здорового образа жизни, самосохранительного поведения у подростков. Кроме того, в Республике

¹⁷⁰ Справка о деятельности органов учреждений здравоохранения в Республике Татарстан в 2012 г. – URL: <http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/info.php?id=525635> (дата обращения: 17.07.2013)

Татарстан, как и в Российской Федерации, при составлении региональных и республиканских программ и законодательных актов не учитываются территориальные, гендерные признаки. Существующая нормативно-правовая база в республике ориентирована на всю молодежную аудиторию, тогда как следует разделять городскую и сельскую молодежь, городских и сельских подростков. Примером может служить ситуация с медицинской помощью. Подростки, проживающие в крупных городах, пользуются большей доступностью медицинской помощи. Те же клиники дружественные к подросткам и молодежи существуют только в г. Казани, а районных центрах республики, не говоря уже о селах и деревнях, подобные центры отсутствуют.

Проведенный анализ показал, что подросткам необходимо оказание комплексной медико-социальной помощи, а не решение отдельных медицинских проблем. Охрана здоровья должна оказываться в первую очередь комплексным методом, совместными усилиями специалистов различных областей. Многие эксперты и специалисты считают, что подростки, нуждающиеся в квалифицированной медицинской помощи, зачастую сталкиваются с препятствиями, такими как недоступность медицинской помощи, недолжное качество представленной помощи, неинформированность подростков в части медучреждений, оказывающих медицинскую помощь именно подросткам и другие. Для примера можно привести систему оказания медицинской помощи в странах Западной Европы и Северной Америки. В этих странах наиболее эффективно специфические медико-социальные проблемы подростков решаются в специально созданных центрах. Так, в США во всех территориально-административных образованиях штата Джорджия организованы центры комплексной медицинской помощи для подростков 10–19 лет. Центры обеспечивают медицинскую помощь, решают задачи обеспечения социального благополучия подростков, профилактики рискованного, аддиктивного поведения (курения табака, потребления алкоголя и наркотиков), насилия и

суицидов среди подростков. Важное направление деятельности центров – проведение тренингов по выработке жизненных навыков¹⁷¹. Подобные центры существуют и в Швеции. Результатами их деятельности являются повышение уровня знаний подростков о своем здоровье; улучшение показателей репродуктивного здоровья подростков и населения в целом; заметное уменьшение среди подростков случаев ВИЧ/СПИДа и инфекций, передаваемых половым путем¹⁷². Действительно, в большинстве стран Европы на государственном уровне была организована сеть молодежных клиник. Основным направлением их деятельности является оказание медицинской помощи людям в возрасте от 10 до 24 лет включительно. Все они в основном работают бесплатно, предлагая добровольный и персональный выбор консультанта без участия родителей, а также оказывают широкий ряд услуг, включая консультирование по вопросам контрацепции и остальным вопросам, касающимся репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения¹⁷³.

На наш взгляд, при разработке программ по охране здоровья подростков следует учитывать гендерные особенности. На сегодняшний день в общеобразовательных учреждениях лекции по здоровью ведутся для всех, тогда как следует ввести отдельные предметы, кружки для мальчиков и девочек. В данном случае большую роль могут играть социальные работники. Воспитание культуры поддержания здоровья, репродуктивного здоровья, культуры планирования семьи, работа с несовершеннолетними родителями, работа с жертвами сексуального насилия выступают одними из наиболее востребованных направлений деятельности социальных работников. Задачами социального работника в данном контексте являются:

¹⁷¹ Клиники дружественные к подросткам и молодежи в Российской Федерации: инициатива, опыт, результаты, сотрудничество, устремленность в будущее. – М., 2010. – С. 27–28.

¹⁷² Там же, с. 28.

¹⁷³ Анализ положения детей в Российской Федерации: на пути к обществу разных возможностей. Совместный доклад независимого института социальной политики и Детского фонда ООН (Юнисеф). – М., 2011. – С. 74.

- способствование формированию самосохранительного поведения в отношении здоровья (репродуктивного в том числе);
- выявление степени соблюдения личной гигиены и информирование об имеющихся способах гигиены;
- помощь в выработке чувства ответственности по отношению к себе здоровью партнера;
- предоставление информации по способам контрацепции;
- информирование о том, где девушка и юноша могут получить бесплатную квалифицированную помощь по вопросам контрацепции и предохранения от заболеваний, передающихся половым путем¹⁷⁴.

Подобная система должна реализовываться при обязательном, осознанном и активном участии в подготовке и непосредственной реализации таких программ самих подростков.

3.2. Перспективы совершенствования социальной политики в отношении охраны здоровья подростков: экспертные оценки, государственное регулирование и социальный контроль

В данной части работы речь пойдет о перспективах совершенствования охраны здоровья подростков в изучаемом регионе на основе экспертных интервью, будут предложены рекомендации в сфере сохранения и укрепления здоровья подростков.

Диссертантом в рамках экспертного опроса были проведены глубинные интервью среди экспертов (врачи высшей категории, директора школ, организационно-методические работники и т.д.), связанных по роду своей деятельности с данными проблемами, в частности, со здоровьем подростков и охраной здоровья населения. Целью интервью было изучение мнения экспертов здоровью подростков в Татарстане, в том числе подростков «группы риска». Подростковый возраст является наиболее чувствительным к разного рода негативным социальным факторам, которые в ряде случаев

¹⁷⁴ Мухарямова Л.М., Кузнецова-Моренко И.Б. Социальная работа в здравоохранении. – Н. Новгород, 2011. – С. 44.

могут выступить в качестве механизма активизации девиантного или делинкветного поведения, что, в свою очередь, является как причиной, так и следствием дезадаптации. Об этом свидетельствует включенность подростков в асоциальные формы поведения¹⁷⁵.

Следует отметить, что экспертами были даны различные определения понятия группы риска. «Ну не знаю, если среди подростков, для девочек это – угроза репродуктивного здоровья, для мальчиков – привлечение для службы в армии, так с ходу если посмотреть. Как знать на 100 процентов? Есть какие-то отправные точки, по которым можно ориентироваться» (эксперт 9, детский нарколог). Другие к группе риска отнесли всех подростков. «Наверное, все подростки в нашем обществе, на мой взгляд, относятся к группе риска. Потому что подростковый возраст – это переходный период от детства к взрослости, и именно в этом возрасте дети подвержены заболеваниям» (эксперт 8, доцент, кандидат медицинских наук). Как уже было отмечено в параграфе 1.1, на сегодняшний день существуют различные определения понятия группы риска. Риски, угрожающие здоровью человека, могут быть «глобального» характера, т.е. угрожающие существованию всего человечества, а также наследственные и поведенческие, обусловленные образом жизни пациента. Факторы риска здоровья принято разделять на:

- первичные: курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, гиподинамию, психо-эмоциональный стресс;
- вторичные: диабет, артериальная гипертензия, липидемия, холестеринемия, ревматизм, аллергия, иммунодефициты.

К временным характеристикам, определяющим рискованное поведение пациентов в сфере здоровья относятся: переутомление, ухудшение состояния здоровья, состояние депрессии, стресс, фрустрация,

¹⁷⁵Иванникова Е.Д. Социализация подростков «группы риска» в социокультурных условиях современной России (на материалах Ставропольского края): дис. ... канд. социол. наук. – Ставрополь, 2009. – С. 107.

напряженность, ситуационная тревожность, агрессивность, алкогольное опьянение и т.п.¹⁷⁶.

По мнению диссертанта, анализ существующих определений группы риска позволяет прийти к выводу, что в целом к группе риска можно отнести подростков, которые имеют отклонения от нормы по определенным показателям: состояние здоровья (хронические заболевания, распространенность вредных привычек); взаимоотношения в семье, школе; проблемы в учебной деятельности; девиантное, делинкветное поведение и т.д. Это те подростки, особенности поведения которых значительно выходят за границы общепринятых норм и требований и представляют собой потенциальную угрозу субъекту поведения, развитию его личности, окружающим его людям, обществу в целом¹⁷⁷. На сегодняшний день специалисты социальной работы выделяют также подростков «группы социального риска». Под группой социального риска принято рассматривать «разновидность социальной номинальной группы, объединяющей людей, которые в силу своего социального положения и образа жизни подвержены опасным отрицательным воздействиям и в результате этого представляют угрозу нормальной жизнедеятельности общества»¹⁷⁸. Данное понятие может учитываться при определении термина «подростки группы риска», которых можно рассмотреть как категорию «подростков, которые обладают слабой сопротивляемостью к факторам социального риска в силу возрастных и психофизиологических особенностей; они объективно (добровольно или нет) находятся в зоне реального или потенциального риска, проявляют различные формы социальной дезадаптации вследствие нарушения процесса их социализации»¹⁷⁹.

¹⁷⁶Ефименко С.А. Социология пациента: автореф. дис. ... д-ра социол. наук. – М., 2007. – 49 с.

¹⁷⁷Гриценко Г.Д., Часовская Л.А. Подрастающее поколение как группа риска в современном российском обществе. – Ставрополь, 2009. – С. 9.

¹⁷⁸Социальная работа: словарь-справочник. – М.: 1998. – С. 48.

¹⁷⁹Гриценко Г.Д., Часовская Л.А. Подрастающее поколение как группа риска в современном российском обществе. – С. 11.

Опрошенные эксперты к «группе риска» отнесли молодежь, подростков, употребляющих наркотики, спиртные напитки, беспризорников, детей – сирот.

Каждый подросток сам выбирает сферу жизнедеятельности, что определяет его образ жизни, под которым понимается совокупность типичных видов и способов деятельности. Деятельность подростка определяется системой его ценностей и условиями жизни. Можно сказать, что рассмотренные нами в первой главе социально-экономические и социокультурные факторы служат основанием для риска здоровья подростков. Акцентируя внимание на факторах риска для подростков, следует отметить ценность исследования, проведенного в рамках международного проекта MONEE в целях улучшения положения семьи и детства с помощью анализа реформ в экономической и социальной сферах¹⁸⁰. На основе результатов исследования предполагается, что ситуацию риска для детей и подростков создают восемь факторов: нищета; война и перемещение населения; деградация окружающей среды; состояние здоровья и смертность среди родителей и детей; изменения в составе семей; факторы риска в учебных заведениях; образ жизни и состояние здоровья молодежи; молодежная преступность.

Наши эксперты образ жизни подростков групп риска охарактеризовали по-разному. «У наркоманов «наркоманский образ жизни», их ничего не интересует кроме наркотиков, их интересует только то, как достать наркотики, как достать деньги, чтобы достать наркотики» (эксперт 9, детский нарколог). «У детей групп риска, в частности, беспризорных, беспорядочный образ жизни. Они никогда точно не говорят, где они обитают, боятся, что мы их сдадим в полицию. Ну, как правило, это подвалы, чердаки каких-то высотных домов. Бывают и такие, которые живут у друзей. Например, у одного освободился дом, все туда сбегаются и там живут. Если это улица, то

¹⁸⁰ Дети риска в Центральной и Восточной Европе: угрозы и надежды // Проект MONEE. Краткое изложение регионального мониторингового доклада. -1997. – № 4. – С. 3–14.

подвалы, соответственно, грязная среда, т.е. все что к ней прилагается» (эксперт 13, социальный работник, Доверие). Мы согласны, что образ жизни подростков в группе риска можно охарактеризовать как «рискованное поведение». Д.Б. Эльконин в своих трудах выделил закономерности развития подростков¹⁸¹. Главное среди них – это возникновение трудностей в отношениях с родителями, взрослыми. В этот период характер, поведение подростка характеризуется негативизмом, упрямством, уходом из школы и из дома, безразличием ко всему и т.д. В это время подростки начинают вести дневники, тайные тетради, где записывают все самое тайное, сокровенное, о чем они не скажут родителям. И на данном этапе жизни ребенок особенно нуждается в родительской ласке и заботе, разговорам по душам. Если таких разговоров мало в семье, либо они совсем отсутствуют, то ребенок ищет поддержки извне, тогда начинают появляться детские компании, что приводит к образованию неформальных подростковых сообществ.

Причины формирования подобных групп риска разнообразны. «Обычно причины делятся на «от чего» уходит ребенок и к «чему уходит» Если говорит – «от чего» уходит, то это – насилие в семье, неприятие родителей, отчима, мачехи, т.е. элементарная не компетентность родителей.. Это процентов 70 наверно, когда насилие в семье как основной фактор ухода ребенка из дома. Также может быть насилие эмоциональное, физическое, сексуальное. Пренебрежение нуждами – это тоже насилие в семье. Если говорить что к чему – то ребенок уходит к свободе, для многих улица это – «живу, как хочу», «делаю то, что хочу», «проводить время с тем, с кем хочу» (эксперт 13). Некоторые в качестве причины формирования групп риска отметили «научно-технический прогресс» (эксперт 8). Были мнения, что причиной возникновения не может быть лишь единичное явление, это комплекс факторов, которые взаимодействуют между собой. Например: «У наркомании мультифакторная этиология возникновения, это микро-,

¹⁸¹Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды / под ред. В.В. Давыдова, В.П. Зинченко. – М., 1989.

макросоциальные, биологические. Нет только одного фактора. Это и отсутствие должного внимания, воспитания родителей. Отсутствие должного понимания своих жизненных целей. Стремление к личному успеху, проповедуемого сейчас везде, это эгоизм, все это ведет к наркомании, употреблению спиртных напитков, курению, конфликтам и т.д.» (эксперт 9). Действительно, современное поколение молодежи, подростков, выросшее на стыке эпох с распадом Советского Союза во многом утратило способность рефлексировать по поводу общественно значимых ценностей. Индивидуализация и индивидуализм как ценностная парадигма в российском обществе приняла извращенные формы, когда единственно значимыми мотивами выступают личные интересы. Социально ориентированные образцы уступают место эгоцентризму¹⁸².

Вместе с тем поведенческий фактор, т.е. самосохранительное поведение человека имеет большое значение. «В большей степени поведенческий фактор является причиной формирования подобных групп риска. Даже если ты употребляешь наркотики, их можно употреблять безопасно; если имеешь несколько половых партнеров, то должен знать, как не заразиться ЗППП» (эксперт 12). Среди причина формирования подобных групп риска среди подростков экспертами также была названа социально-экономическая обстановка в республике: «...видимо не налаженные законодательные механизмы, которые регулируют процессы в рамках здоровья молодежи. Люди, которые работают в этой структуре, сами не очень заинтересованы в этом, не хотят связываться что ли... и потом, у нас нет налаженной социальной структуры, во-первых, в плане материальных пособий, во-вторых, в плане неблагополучных семей... Здесь проблема именно в общегосударственном масштабе» (эксперт 17). «...влияние улицы, СМИ, семьи и т.д., т.е. и родители не смотрят, и в школе совсем другие проблемы, вопросы. СМИ – на одной странице могут говорить о формировании здорового образа жизни, а с другой стороны обязательно

¹⁸² Зубок Ю.А. Феномен риска в социологии. – М.: Мысль, 2003. – С. 229.

ложку дегтя бросят, покажут, как плохо работает система здравоохранения, как плохо лечат врачи и т.д., это тоже все сказывается» (эксперт 5).

Таким образом, к классификации неблагоприятных воздействий на подростков, т.е. к объяснению причин формирования подобных групп риска существует множество подходов. Мы группируем следующие факторы риска: социально-экономические (низкий материальный уровень семьи, неполные семьи, семьи с асоциальным образом жизни, плохие жилищные условия); медицинские (болезнь, алкоголизм, наркомания, табакокурение, недоступность медицинских услуг, репродуктивное поведение); социально-психологические (семьи с деструктивными эмоционально-конфликтными отношениями супругов, родителей и детей, педагогической несостоятельностью родителей и их низким общеобразовательным уровнем, деформированными ценностными ориентациями, взаимоотношения в семье, среди сверстников, конфликтность, педагогическая запущенность); экологические (неблагоприятная среда обитания).

Изучив литературу и проведя социологические исследования здоровья подростков и экспертный опрос, диссертант пришел к выводу, что основными факторами риска для подростков являются социально-экономические, социокультурные факторы, такие как, взаимоотношения в семье, образ жизни родителей, отношения между родителями и детьми, образ жизни подростка (осмысление жизненных ценностей, умение различать «что хорошо и что плохо», самопознание, осознанная мотивация несовершеннолетнего, легкий доступ к алкоголю и сигаретам, наркотикам и т.д.). Следующий важный фактор в изучении здоровья молодежи, а именно подростков групп риска – проблемы со здоровьем. По данным наших экспертов, состояние здоровья подростков Республики Татарстан характеризуется низкими показателями. Это проявляется «в росте числа хронических заболеваний, заболеваний опорно-двигательной системы (сколиозы и т.д.), желудочно-кишечного тракта, неврозы, психические заболевания...суицидов сейчас столько...и в армию брать-то некого»

(эксперт 17). Некоторые эксперты охарактеризовали здоровье подростков, как среднее «... не плохое, не хорошее, обычное. Такое же, как и было 20 лет назад, мало что изменилось» (эксперт 10). Что же касается молодежи, употребляющей наркотики, то это «ВИЧ инфекция, снижение иммунитета, инфекционные заболевания, но больше психические расстройства...» (эксперт 9), «наркоманы составляют отдельную социальную страту в разрезе общества, они не живут интересами общества, а живут своими эгоистическими, наркоманскими интересами» (эксперт 8). Социологи придерживаются такого же мнения, что и медицинские работники: «по мнению большинства опрошенных (72%), сегодня дети школьного возраста обладают плохим здоровьем; мнения, что здоровье у детей хорошее, придерживаются только 13%» (эксперт 3, кандидат социологических наук).

Проблема здоровья подростков, на наш взгляд, является глобальной проблемой с серьезными последствиями. Действительно, многочисленными медицинскими и социологическими исследованиями уже давно доказано, что пережитые заболевания в подростковом возрасте отрицательно влияют на состояние здоровья, образ жизни человека в последующем. «К сожалению, надо признать, что здоровье молодежи является серьезной глобальной, масштабной проблемой. И на уровне государства, общества следует предпринять меры по улучшению состояния здоровья данного контингента, менять социальную политику и т.д.» (эксперт 1). «Это действительно масштабная проблема, хотя и говорят, что беспризорных детей у нас мало, они есть, есть такие семьи. Мне кажется каждая вторая семья в г. Казань такая, все идет из семьи. Сегодня 70% детей живут в кризисных семьях...» (эксперт 13). Как показали ответы специалистов, они в большей степени связывают свою работу с преодолением, а не с предупреждением дезадаптации, причины которой чаще всего для всех респондентов неопределенны или однотипны (например, нестабильная социально-экономическая ситуация и т.д.). Между тем известно, что хорошо продуманная систематическая профилактическая работа не только

способствует предупреждению дезадаптации, но и сокращает ее масштабы, создавая условия для поиска резервов преодоления подобных проблем.

Экспертам также был задан вопрос об оценке мер предпринимаемых государством в плане решения подобных проблем (здоровья подростков, охраны здоровья молодежи и т.д.). Опрошенные медицинские работники, специалисты, рассказали про профилактические мероприятия, которые проводятся в их медицинских и образовательных учреждениях. Ряд экспертов выразили мнение, что ничего действенного в Республике Татарстан в плане укрепления и сохранения здоровья подрастающего поколения не делается. Например, «ничего не делается...ну, конечно, что-то предпринимают, ну чтобы это было действительно,...например, в плане наркомании, мы здорово ушли от тех законов, которые ограничивали наркоманию в советское время. Если бы они и сейчас действовали, но наркоманов на сегодняшний день было бы меньше» (эксперт 7). Также прозвучало мнение, что «у нас много чего делается, но все делается для галочки, ничего эффективного у нас, к сожалению, не предпринимается» (эксперт 17).

Система организации учебной и воспитательной деятельности в учреждении образования имеет первостепенное значение для охраны здоровья детей, формирования здорового образа жизни. Плохое состояние здоровья школьников специалисты объясняют низкой социальной защищенностью детей с большими затратами сил организма ребенка на школьную нагрузку. По данным Минобразования РФ, среди причин, влияющих на здоровье школьников, 21% составляют факторы внутришкольной среды¹⁸³. Причины ухудшения здоровья подростков можно проиллюстрировать словами одного из гинекологов: «Если говорить даже о здоровье подростков-школьников, то это, наверное, большая психоэмоциональная нагрузка в школе, может быть и в семье. Если брать то, как живут подростки сейчас и как жили раньше, то сейчас это – большая

¹⁸³ Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. –М.: Наука, –2006.– С. 186.

нагрузка в школах, нагрузка репетитора; особенно нагрузка в школах с углубленным изучением предметов; это проблема, когда подростки мало занимаются физической нагрузкой, т.е. они пытаются брать освобождения от занятий; поэтому нет нормальной физической адекватной нагрузки. Это – гиподинамия, постоянная нагрузка, это стрессы. Мы видим, что нарушение менструального цикла имеет какую-то сезонность, связанную, скажем, в старших классах с экзаменами, со вступлением в вуз» (Эксперт 3).

Таким образом, результаты изученной литературы и наших собственных социологических исследований показали, что в современных социально-экономических условиях состояние здоровья подростков, молодежи остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем. Установлено, что негативные тенденции в показателях, характеризующих здоровье индивида (заболеваемость, употребление алкогольных напитков, наркотиков, курение и т.д.), в значительной степени обусловлены поведением, образом жизни подростка, не способствующим сохранению и укреплению здоровья.

В сложившихся условиях, на наш взгляд, назрела необходимость разработки межведомственной стратегии по охране здоровья подростков в Республике Татарстан, да и в России в целом, а также адекватной молодежной политики в плане охраны и укрепления здоровья молодого поколения. Не менее важным направлением в сохранении и укреплении здоровья современных подростков является усиление социальной роли семьи. В настоящее время многие социологи констатируют наличие кризиса социального института семьи¹⁸⁴. Основными показателями кризиса семьи в Республике Татарстан, по мнению Ф.А. Ильдархановой, являются: рост неполных семей (преимущественно материнских), увеличение числа гражданских браков, внебрачных детей, уменьшение количества многодетных семей, увеличение числа разводов, увеличение количества

¹⁸⁴ Антонов А.И., Борисов В.А. Кризис семьи и пути его преодоления. – М., 1990; Гурко Т.А. Трансформация института семьи: постановка проблемы // Социологические исследования. – 1995. – № 10.

детей-сирот, беспризорных детей¹⁸⁵. Подобного мнения придерживается и ряд опрошенных экспертов, например: «У нас очень много малоимущих семей, 40% населения живут за чертой бедности. Родители заняты добыванием денег, им надо прокормить семью. Какое тут половое воспитание? Им бы выжить в такой ситуации» (эксперт 1).

На III Общенациональном форуме «Здоровье детей – основа здоровья нации» были определены следующие проблемы в системе охраны здоровья подростков:

1. Низкий уровень рождаемости.
2. Остающийся многочисленным контингент детей групп высокого социального риска (социальные сироты, беспризорные и безнадзорные дети, дети подвергнувшиеся насилию и др.).
3. Высокий уровень хронической патологии у детей – от 10% в дошкольном и до 60% в старшем подростковом возрасте.
4. Острые проблемы репродуктивного (например, высокий уровень абортов у подростков) и психического (поведенческие расстройства, девиантное поведение) здоровья подростков.
5. Сохраняющийся в детской популяции высокий уровень социальной патологии – наркомании, туберкулеза, инфекций, передающихся половым путем и др.»¹⁸⁶. Вместе с тем на форуме было предложено создание партийного проекта «Российскому подростку – внимание и заботу общества», в который могут войти меры по противодействию наркотикам, формированию здорового образа жизни. Кроме того, специалисты обратили внимание на охрану здоровья детства при составлении региональных программ модернизации, где необходимо учитывать региональные особенности детской заболеваемости, инвалидности и смертности, связанные

¹⁸⁵Ильдарханова Ф.А. Семья и общество. Социальные и этнодуховные аспекты возрождения семьи/ Ф.А. Ильдарханова. – Казань, 2002. – С. 23.

¹⁸⁶III Общенациональный Форум «Здоровье детей - основа здоровья нации» Доклад первого заместителя руководителя фракции «Единая Россия», члена Комитета Госдумы по охране здоровья, заслуженного врача РФ, доктора медицинских наук, профессора Татьяны Яковлевой. – URL: <http://www.remedium.ru/news/reilis/detail.php?ID=42364> (дата обращения: 14.02.2012)

с особенностями климата, экономическим положением, экологией региона, даже национальными традициями¹⁸⁷.

При рассмотрении вопросов, связанных с сохранением, укреплением здоровья подростков, необходимо учитывать тот факт, что совершенствование здоровья зависит от многих условий и факторов. В процессе формирования культуры охраны здоровья участвуют многие институциональные субъекты: семья, школа, система здравоохранения, средства массовой информации, государство как институт охраны здоровья.

В условиях современного общества наиболее перспективными направлениями, которые способны принести качественные изменения в состоянии здоровья молодежи, следует признать целенаправленные формы социализации (Например, это просвещение подростков).

На наш взгляд, перспективным направлением в совершенствовании здоровья подрастающего поколения является повышение информированности в сфере здоровья и воспитание у них соответствующих потребностей мотивов на сохранение и укрепление здоровья. Воздействие на самосохранительное поведение подрастающего поколения через образование в сфере здоровья в рамках учебных программ и соответствующее время для проведения занятий в рамках программ могли бы стать эффективной основой для проведения профилактической работы, что дало бы определенные положительные результаты. По мнению президента Российской Федерации, «если приоритет здорового образа жизни будет в полной мере реализован в школе, то мы гораздо легче справимся и с формированием современной системы здравоохранения в целом»¹⁸⁸.

«Тем не менее ситуация с охраной здоровья детей и подростков остается неблагоприятной, несмотря на то, что к решению этой проблемы

¹⁸⁷ Там же.

¹⁸⁸ Послание Федеральному Собранию Российской Федерации от 5 ноября 2008 года Москва, Большой Кремлевский дворец. – URL:http://archive.kremlin.ru/appears/2008/11/05/1349_type63372type63374type63381type82634_208749.shtml (дата обращения: 08.11.2011)

неоднократно обращались руководители высших органов власти, специалисты, ученые, общественность и врачи. Основной проблемой при этом считается несовершенство отечественного законодательства, регулирующего соблюдение и защиту законных прав и интересов ребенка в части охраны его здоровья»¹⁸⁹. Сегодня становится очевидным факт, что среди множества нереализованных медико-социальных проблем наиболее остро стоят вопросы реального обеспечения прав семьи, детей и подростков на охрану здоровья. По мнению специалистов по соблюдению прав ребенка, в России сформирована идеология государственной семейной политики, общая цель которой – преодоление нарастания негативных тенденций и стабилизация положения детей, а также создание ощутимых предпосылок положительной динамики процессов жизнеобеспечения детской популяции в целом¹⁹⁰. Причем они считают, что требуется продолжать разработку новых нормативно-правовых актов, которые укрепили бы правовую базу оказания бесплатной медицинской помощи женщинам и детям.

На сегодняшний день как в Республике Татарстан, так и во всей России подростковой медицины как науки, изучающей здоровье подростков в качестве отдельной группы населения, не существует. Лишь в некоторых специализированных службах, таких как наркология, психиатрия есть подростковые врачи. Сегодня чрезвычайно необходимы разработка и реализация программ медико-социальной помощи семье и детям. Данные программы должны ориентироваться на профилактику заболеваний, укреплению и сохранению здоровья, формирования здорового образа жизни и т.д. В современной России в особой защите нуждаются даже основные права ребенка: на жизнь (главная угроза для жизни исходит от современного состояния экологии: воздух, вода и т.д.), здоровый, достойный образ жизни, на жилище, на образование, на воспитание, на медицинское обслуживание.

¹⁸⁹ Дьяченко В.Г., М.Ф. Рзянкина, Л.В. Солохина Руководство по социальной педиатрии. – Хабаровск: Издательство ГОУ ВПО Дальневосточный гос. мед. университет, 2010. – С.98

¹⁹⁰ Проблемы оптимизации медицинского обеспечения детей и подростков / Л.П. Чичерин, И.А. Лешкевич, Е.В. Михальская, В.А. Прошин // Российский педиатрический журнал. – 2005. – № 4. – С. 51–54.

Работы социологов последних лет убедительно доказывают, что «проводимая государственными органами политика по отношению к детям по своему содержанию не отвечает интересам всех групп детей»¹⁹¹.

В связи с этим мы полагаем, что при разработке соответствующих нормативно-правовых актов и документов в сфере охраны здоровья необходимо исходить из сложных социально-экономических проблем среднестатистической российской семьи. К наиболее распространенным проблемам следует отнести: уровень образования, особенности трудоустройства, жилищные условия родителей и семьи и т.п. Более того, медицинское обслуживание должно быть дополнено медико-социальным направлением. Целью медико – социальной работы должны стать учет психологических, биологических, социальных особенностей подростков; проведение соответствующих мероприятий для сохранения и укрепления здоровья, формирование соответствующего самосохранительного поведения у подрастающего поколения, а также обеспечение их социальную и правовую защиту. Для эффективной организации этого направления необходима организация структурного подразделения, основной задачей которого является решение медико-социальных проблем у детей и подростков. На наш взгляд, в Республике Татарстан необходимо разработать межведомственную стратегию по охране здоровья подростков. Основные задачи данной стратегии заключаются в следующем:

1. Учитывая особенности репродуктивного поведения и репродуктивного здоровья современной молодежи, недостаточную информированность подростков в сфере сексуальных отношений, профилактики заболеваний передающихся половым путем, наконец, заинтересованность самих подростков в получении квалифицированной информации в данной сфере, возможным выходом стало бы введение в школьную программу курсов по половому просвещению, подростковой психологии.

¹⁹¹ Щеглова С.Н. Социология прав детей в России: новый век, новые проблемы, новые перспективы. – М.: 2001. – С. 4.

2. Средствам массовой информации необходимо уменьшить, исключить рекламу о спиртных напитках и о сигаретах, активизировать разъяснительную работу о вреде курения, употребления алкоголя, наркотиков и по формированию у молодежи навыков самосохранительного поведения и здорового образа жизни.
3. Для занятия спортом и физкультурой современной молодежи необходимо предоставлять льготы при посещении спортивных комплексов, бассейнов. Для детей-инвалидов предоставлять бесплатное посещение.
4. Необходимо совершенствование образовательных программ, включение в школьную программу курсов «Здоровья», а также увеличение подготовки кадров по данной дисциплине.
5. Необходимо совершенствование организации медицинского обслуживания в дошкольных и школьных образовательных учреждениях, разработка и реализация программ профилактической направленности по вопросам репродуктивного здоровья, безопасности жизни, психологической помощи и т.д.

Отметим, что вышеперечисленные рекомендации должны выполняться комплексными мерами, соединением усилий и медицинских работников, учителей, социальных работников, министерств разных уровней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной диссертационной работе проанализированы особенности здоровья подростков 15-17 лет в Республике Татарстан. Многочисленными социологическими, психологическими и медицинскими исследованиями доказано, что подростковый возраст является одним из критических этапов в жизни человека. В Российской Федерации подростки достаточно долго не изучались как отдельный контингент, так как считалось, что для них не характерно наличие социально-психологических проблем, а также рост заболеваемости, распространенности аддиктивных и девиантных поведений. В Российской Федерации подростки являются своеобразной маргинальной группой. В науке подростки как отдельная категория населения не изучается, их включают либо в категорию детей, либо в категорию молодежи. В силу отсутствия подростковой медицины, незащищенности подростков с социально-экономической и правовой точек, вопросы охраны здоровья подростков требуют особого внимания. Общественно-политические, экономические проблемы, происходящие сегодня в обществе, негативным образом влияют на состояние здоровья современных подростков, что доказывает актуальность изучения самосохранительного поведения, образа жизни состояния здоровья подростков.

В результате анализа подросткового возраста диссертант делает вывод о том, что, несмотря на множественность определений понятия «подростки» и границ подросткового периода, существующие на сегодняшний день, разные исследователи оперируют схожими мнениями и идеями, которые связаны с пониманием тесной связи между биологическими, психологическими и социальными, социокультурными факторами, определяющими состояние здоровья подростков. В настоящей работе автор рассматривает подростков как переходную группу от детства к взрослости, возрастными границами в пределах от 15 до 17 лет, характеризующуюся физиологическими, психологическими, социально-статусными, социокультурными особенностями. Проведя анализ существующих подходов

к понятию «здоровье», автор определяет его как состояние полного физического, духовного и социального благополучия, которое основано на системе медицинских, биологических, психологических, социальных характеристик индивида и общности, меняющиеся под воздействием социально-экономических, социокультурных и других факторов.

Материалы государственной и ведомственной статистики, результаты многочисленных исследований свидетельствуют о складывающихся негативных медико-демографических процессах, снижении качества жизни, ухудшении состояния здоровья, множестве медико-социальных проблем детей и подростков. В настоящей работе проанализировано здоровье подростков 15-17 лет проживающих в Республике Татарстан по данным официальной статистики. В Республике Татарстан по данным официальной статистики на 2012год подростки составили 124 818 чел., из них – 63 721 юношей (51,1%), 61 097– девушек (48,9%). Проведенный анализ данных официальной статистики свидетельствует о том, что показатели здоровья подростков Республики Татарстан ухудшаются с каждым годом. За период с 2004 по 2012гг. темп прироста первичной заболеваемости среди подростков 15–17 лет в Республике Татарстан составил 50,9%, темп прироста распространенности болезней – 40,0%. Анализ показал, что в 2004–2012 гг. рост распространенности болезней среди подростков 15–17 лет в Республике Татарстан отмечается практически по всем классам болезней: травмам и отравлениям – на 67,1%, болезням эндокринной системы – на 55,2%, новообразованиям – на 54,2%, болезням костно-мышечной системы - на 49,7%, болезням органов дыхания - на 49,3%, болезням системы кровообращения – на 41,7% . Число впервые выявленных заболеваний среди подростков 15–17 лет увеличилось, прежде всего, по следующим классам заболеваний: травмы и отравления – на 96,6%, болезни костно-мышечной системы – на 83,6%, новообразования – на 76,2%, болезни органов дыхания – на 57,2%, болезни нервной системы – на 52,8%. Кроме того, проанализированы особенности здоровья городских и сельских подростков

Республики Татарстан. Распространенность болезней среди сельских подростков возросла за обследуемый период с 1219,3 случая на 1000 подросткового населения в 2004г. до 1689,8 в 2012г. (темп прироста составил 38,6%). Среди городских подростков распространенность болезней увеличилась с 1873,9 случаев в 2004г. до 2829,5 случаев на 1000 населения в 2012г. (темп прироста составил 51,0%). В Республике Татарстан наблюдается снижение уровня наркомании, алкоголизма, сифилиса и гонореи при одновременном сохранении уровня заболеваемости туберкулезом. За последние шесть лет число подростков в возрасте 15–17 лет, страдающих хроническим алкоголизмом, в Республике Татарстан, снизилось с 7,6 до 1,6 на 100000соответствующего возраста, прежде всего за счет подростков, проживающих в городе. Данные полученные при анализе официальной статистики свидетельствует о неблагоприятных прогнозах для будущего Республики Татарстан.

Отметим, что национальным бедствием становится распространение среди детско-подросткового контингента так называемых саморазрушающих форм поведения (алкоголизма, курения, не распространенность занятий физической культурой и спортом, низкая медицинская активность и др.), инфекций передаваемых половым путем, СПИДа, безнадзорности и беспризорности, правонарушений несовершеннолетних.

Результаты социологических исследований проведенных автором и при участии автора подтверждают тенденции ухудшения здоровья молодежи. Диссертантом было опрошено 1382 молодых людей проживающих на территории Республики Татарстан. В исследованиях анализировались следующие аспекты здоровья подростков: самосохранительное поведение (рейтинг здоровья в системе жизненных ценностей, курение, употребление алкогольных напитков, самооценка здоровья, медицинская активность и др.); репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение (информированность о заболеваниях передающихся половым путем, источники информации, проблемы полового воспитания и полового просвещения, репродуктивные

установки и др.); образ жизни респондентов (внимание к своему здоровью и характеристика основных оздоровительных мероприятий, занятия спортом и физической культурой и др.). В результате проведенных социологических исследований здоровья подростков Республики Татарстан мы пришли к выводу, что самосохранительное поведение подростков находится на очень низком уровне и проявляется в высоком уровне потребления алкоголя, распространения курения, низкой медицинской активности, нераспространенность занятий физкультурой и спортом, неинформированность подростков в сфере репродуктивного здоровья и т.д.

Выявлено, что 46,6% опрошенных мальчиков и 30,6% девочек подросткового возраста курят. При этом было выявлено, что 50,2% курящих подростков курят ежедневно. В результате исследований выявлено, что возраст приобщения к курению снижается. Среди опрошенной молодежи впервые пробовали курить лица в возрасте 12 лет и младше – 9,0%; 13 лет – 12,4%; 14 лет – 18,3%, 15 лет – 21,4%, 16 лет – 20,2%, 17 лет – 7%, 18 лет и старше – 5%, остальные отказались отвечать на данный вопрос.

Действующие запретительные меры в отношении курения оказались не очень эффективными – так, продавцы киосков и небольших магазинов, как правило, не спрашивают паспорт у молодых людей, приобретающих сигареты, люди курят на улице, в кафе, в подъездах. Выявлено, что среди подростков 15-17 лет алкогольные напитки употребляют 30% (из них 38,1% – юноши, 22% – девушки).

Выявлено, что среди подростков 15–17 лет алкогольные напитки употребляют 30% (из них 38,1% – юноши, 22% – девушки). Нами была выявлена следующая закономерность: с возрастом увеличивается доля лиц, употребляющих алкогольные напитки. Если среди подростков, положительно ответивших на данный вопрос, показатель составил 30%, а среди 18–24-летних респондентов – 48,7%, следовательно, среди 25–29-летних опрошенных – 55,6%.

Кроме этого, выявлено, что большинство молодых людей предпочитает обращаться за медицинской помощью только при резком ухудшении здоровья – 64,30%, из них 65,2% юношей и 63% девушек. При первых признаках заболевания обращаются за медицинской помощью в медицинское учреждение не больше четверти респондентов (19,6%), вовсе не обращаются 16,1% от всей выборочной совокупности. Для лиц мужского пола в большей степени характерно вовсе не обращаться за медицинской помощью в случае заболевания, а для лиц женского пола – самолечение и обращение за медицинской помощью при первых признаках заболевания. Обращает на себя внимание следующее обстоятельство – даже при наличии хронических заболеваний большая часть опрошенных не обращается к врачу. По данным официальной статистики ожидаемая продолжительность жизни мужчин за 2011 год в Республике Татарстан составила – 65,8 лет, ожидаемая продолжительность жизни женщин – 77,03¹⁹². На наш взгляд, низкая медицинская активность лиц мужского пола влияет в последующем на продолжительность жизни. В силу того, что мужской пол более приобщен к употреблению алкоголя и курению, низкой медицинской активности продолжительность их жизни уменьшается.

Основная масса опрошенных недовольны качеством медицинского обслуживания. Основные претензии к медицинскому обслуживанию: очереди, грубое отношение медицинского персонала, плохое питание, тесные помещения, отсутствие необходимых лекарств.

По мнению диссертанта, современные подростки осознают ценность, важность здоровья в жизни человека, но это не является мотивацией к сохранению здоровья. По данным социологических исследований, у большей части подрастающего поколения нет понимания взаимосвязи здоровья и его состояния с социальной успешностью. Выход из ситуации связан не только с совершенствованием нормативно-правовой базы, но и с повышением общего

¹⁹² Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2008-2012 годы): А.З. Фаррахов, В.Г. Шерпутовский, Н.И. Молокович [и др.].–Казань,2013.–38с.

культурного уровня подростков, формированием четкой системы ценностей и смысловых ориентаций, в которой здоровье займет важной терминальной ценности.

Анализ нормативно-правовой базы Российской Федерации показал, что на сегодняшний день в Российской Федерации существуют множество законов и положений, касающихся здоровья молодежи. По мнению автора в силу отсутствия механизма регулирования законов и положений законодательные акты работать не будут. Отметим, что ни в одной из федеральных программ не говорится о подростках, об охране и укреплении их здоровья как отдельной категории населения. Их включают либо в категорию детей, либо в категорию молодежи, что является, на наш взгляд, недостатком нормативно-правовой, законодательной базы.

Законодательно-нормативная база Республики Татарстан соответствует нормативно-правовой базе Российской Федерации, в которой есть свои нюансы. В Республике Татарстан есть положительные сдвиги в плане охраны и укрепления здоровья молодежи: открылись клиники, дружественные к молодежи, на базе Детской республиканской клинической больницы создан центр медико-социальной помощи детям подросткового возраста, идет увеличение финансирования здравоохранения. Кроме этого, в связи с проведением в 2013 в г. Казани «XXVII Всемирной летней Универсиады 6-17 июля 2013 года» было построено множество спортивных сооружений. На наш взгляд, несмотря на финансирование, наличия современного медицинского оборудования, существования клиник, дружественных к молодежи идет увеличение заболеваемости подростков Республики Татарстан, что подтверждают данные официальной статистики и социологические исследования. Кроме этого, нет разграничений в программах городской и сельской молодежи касающихся здоровья.

В завершении автором сформулированы основные рекомендации по совершенствованию охраны и укреплению здоровья подростков.

1. Администрации республики, городов и районов, министерству здравоохранения Республики Татарстан для снижения распространенности алкоголизма, табакокурения, наркотиков среди детей и подростков необходимо ужесточить контроль за соблюдением Федерального закона от 23 февраля 2013 г. «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», Федерального закона от 7 марта 2005 г. № 11-ФЗ «Об ограничениях розничной продажи и потребления (распития) пива и напитков, изготавливаемых на его основе».

2. Социальная политика государства должна сопровождаться мерами, которые будут влиять на все виды рисков для здоровья молодежи, такие как: социально-экономические (низкий материальный уровень семьи, неполные семьи, семьи с асоциальным образом жизни, плохие жилищные условия); медицинские (болезнь, алкоголизм, наркомания, табакокурение, недоступность медицинских услуг, репродуктивное поведение); социокультурные (образ жизни родителей, подростка); социально-психологические (семьи с деструктивными эмоционально-конфликтными отношениями супругов, родителей и детей, педагогической несостоятельностью родителей и их низким общеобразовательным уровнем, деформированными ценностными ориентациями, взаимоотношения в семье, среди сверстников, конфликтность); экологические (неблагоприятная среда обитания).

3. Совершенствование образовательных программ, включение в школьную программу курсов «Здоровье», а также увеличение подготовки кадров по данной дисциплине. «Наиболее значительный прирост нарушений состояния здоровья отмечен в наиболее критические периоды детства: у младших школьников – в 7, 10 лет и у подростков – в период от 12 до 17 лет. При этом считается, что отрицательное влияние внутришкольной среды и, прежде всего, перегрузок в начальной школе составляет 12%, а в старшей –

21%»¹⁹³. На уроках целесообразно применение оздоровительных методик, технологий, которые основаны на активных приемах и формах работы с учащимися. Особое внимание должно отводиться вопросам повышения самосохранительного поведения, здорового образа жизни, регулярных занятий физической культурой и спортом.

4. Совершенствование организации медицинского обслуживания в дошкольных и школьных образовательных учреждениях, разработка и реализация программ профилактической направленности по вопросам репродуктивного здоровья, безопасности жизни, психологической помощи и т.д. Кроме того, перспективным направлением является создание центров и отделений медицинской профилактики и реабилитации, информационных центров на базе общеобразовательных учреждений. Это позволит приблизить медицинскую помощь к детям, не отрывая их при этом от учебного процесса. Такие отделения, оборудованные медицинской техникой и спортивным инвентарем, созданы и функционируют в Республике Башкортостан, Чувашской Республике и Пензенской области. «Например, в Пензенской области отделения профилактики и реабилитации действуют на базе 65 образовательных учреждений. Эффективность оздоровления в 2009–2010 учебном году составила 94,1%, в результате чего пропуски в образовательном учреждении одним ребенком по болезни снизились с 4,7 в 2006 г. до 3,1 дня в 2009–2010 учебном году»¹⁹⁴.

5. При разработке региональных программ, направленных на сохранение и улучшение здоровья подростков, необходима разработка отдельного комплекса мер для крупных, малых городов, сел, с учетом существующих различий в образе, уровне и качестве жизни подростков территориальных образований различного типа. Например, как было выяснено на основе экспертного интервью, в г. Казани сотрудниками

¹⁹³ Нагаева Т.А., Ильиных А.А., Закирова Л.М. Особенности состояния здоровья современных школьников//Информационно-аналитический портал SocPolinika.ru. – URL: <http://www.socpolitika.ru/rus/conferences/3985/3989/3991/document4211.shtml> (дата обращения: 07.10.2012)

¹⁹⁴ Официальный сайт Полномочный представитель Президента Российской Федерации в Приволжском федеральном округе. – URL: <http://www.pfo.ru/?id=10712> (дата обращения: 07.10.2012)

Республиканского наркологического диспансера регулярно проводятся лекции, беседы, обследования, тренинги с учащимися. Для подобных лекций создаются специальные выездные группы. Создание подобных групп целесообразно и в сельской местности республики.

6. Перспективным направлением может служить создание единой, бесплатной горячей телефонной линии по проблемам здоровья для подростков, а также для родителей по всем регионам Российской Федерации. Подобное направление целесообразно разработать и в сельских местностях Республики Татарстан. Также положительного просветительского эффекта можно достигнуть, создав официальный справочный ресурс по проблемам здоровья подростков в сети Интернет, доступный для подростков и их родителей.

7. Создание в общеобразовательных учреждениях кружков, лекций для родителей, а также создание специальных семейных центров. Просвещение родителей в плане охраны здоровья, воспитания самосохранительного поведения среди подростков. Перспективными формами работы по противодействию наркотизации и алкоголизации несовершеннолетних, улучшению и сохранения репродуктивного здоровья, самосохранительного поведения являются консультации семей с подростками психологов, социально-психологические занятия с элементами конкурсов, сочинений, рисунков, концертов, инсценировки спектаклей, спортивно-оздоровительные мероприятия.

8. Обеспечение общеобразовательных учреждений медицинскими кадрами. На сегодняшний день профессия школьного врача и среднего медицинского работника становится непривлекательной в связи с низкой заработной платой, большим объемом выполняемых обязанностей, что в конечном итоге отражается на качестве проводимой профилактической работы среди школьников. В связи с этим необходимо рассмотреть вопрос об увеличении заработной платы школьным врачам и психологам.

9. Увеличение роли социальных работников в сохранении и укреплении здоровья подростков. Следует отметить, что социальные работники «способствуют переводу единичных фактов социального неблагополучия отдельного человека или отдельной группы, угрожающей здоровью, в статус общественной проблемы»¹⁹⁵. В связи с этим проведение социальной работы, профилактической работы (беседы, лекции, тренинги и т.д.) с подростками, в особенности с подростками групп риска.

10. Повышение уровня правосознания, правового просвещения родителей и детей. Целесообразно разработать специальные информационные программы по повышению правовой грамотности в области защиты прав детей для родителей и детей, активнее привлекать СМИ к освещению подобных проблем.

11. В Республике Татарстан министерствам здравоохранения и образования целесообразно регулярно проведение социологических исследований среди подростков.

По нашему мнению, сохранение и укрепление здоровья подростков возможно только при комплексном подходе и взаимодействии всех социальных институтов общества.

Таким образом, обеспечение и сохранение здоровья детей и подростков – самый перспективный вклад в интеллектуальный, экономический, политический, нравственный и репродуктивный резерв общества. От уровня здоровья подростков зависят жизненные планы – профессиональная подготовка, создание семьи и рождение детей, стремление к социальному развитию, ведь это именно те факторы, которые определяют развитие страны в целом.

В данной диссертационной работе невозможно охватить и проанализировать весь круг проблем по здоровью подростков. На наш взгляд, существует спектр вопросов, требующих дополнительного изучения

¹⁹⁵ Социальная работа в здравоохранении / под ред. Л.М. Мухарямовой, И.Б. Кузнецовой-Моренко. – Н. Новгород, 2011. – С. 25.

и проработки. В частности, требуется дальнейшее изучение взаимосвязи здоровья подростков и социальных институтов, в частности, СМИ, семьи, образования, здравоохранения, физкультуры и спорта, объединения их усилий в формировании здорового образа жизни современной молодежи; проработка методики и методологии в изучении данных вопросов.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Аберкромби, Н. Социологический словарь: пер. с англ. / Н. Аберкромби, С. Хилл, Б.С. Тернер; под ред. С.А. Ерофеева. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Экономика, 2004. – 620 с.
2. Авдеев, А.А. Проблемы изучения структуры самосохранительного поведения / А.А. Авдеев // Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни: сб. статей. – М.: ИС АН СССР, 1989. – С. 25–31.
3. Анализ положения детей в Российской Федерации: на пути к обществу разных возможностей. Совместный доклад независимого института социальной политики и Детского фонда ООН (Юнисеф). – М., 2011. – 272 с.
4. Антонов, А.И. Кризис семьи и пути его преодоления / А.И. Антонов, В.А. Борисов. – М.: Ин-т социологии, 1990. – 36 с.
5. Антонов, А.И. Основные положения программы исследования // Отношение человека к здоровью и продолжительность жизни / А.И. Антонов. – М.: Ин-т социологии АН СССР, 1989.
6. Беличева, С.А. Основы превентивной психологии / С.А. Беличева. – М.: Консорциум «Социальное здоровье России», 1994. – 224 с.
7. Бендина, О.А. Практики сохранения здоровья в контексте культуры: автореф. дис. ... канд. социол. наук / О.А. Бендина. – Саратов, 2009. – 20 с.
8. Бинсвангер Л. Феноменология и психопатология// Логос.–1992.–№3.–С.125-136
9. Богомолова, Т.Ю. Бедность в современной России: измерение и анализ / Т.Ю. Богомолова, В.С. Тапилина // Социология: методология, методы и математическое моделирование (Социология 4М).–2006.– № 22. – С. 90–113.

10. Большая советская энциклопедия: в 30 т. – Т. 19. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, гл. ред. Б.В. Петровский, 1975. – 608 с.
11. Бояркина, Ю.В. Социокультурные факторы и тенденции развития культуры репродуктивного здоровья в современной России: дис. ... канд. культурол. наук / Ю.В. Бояркина. – М., 2008. – 212 с.
12. Бурдые, П. Социальное пространство и генезис «классов» / П. Бурдые // Вопросы социологии. – 1992. – № 1. – С. 17–36.
13. Бурдые, П. Социальное пространство и символическая власть / П. Бурдые. – М.: Наука, 1994. – 573 с.
14. В Казани открылась третья клиника, дружественная к молодежи. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.kzn.ru/news/show/23169> (дата обращения: 23.11.2011)
15. В Казани появилась клиника дружественная к молодежи [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.rt-online.ru/articles/rubric-73/107733/> (дата обращения 07.10.2012)
16. Варламова С.Н., Седова Н.Н. Здоровый образ жизни – шаг вперед, два назад // Социологические исследования. – 2010. – № 4. – С. 75–88; Н.Н. Седова Правовые основы биоэтики. – М. – Триумф, 2004. – 224.
17. Васильев, О.С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб. пособие для высших учебных заведений / О.С. Васильев, Ф.Р. Филатов. – М.: Академия, 2001. – 352 с.
18. Вебер, М. Избранные произведения / М. Вебер: пер. с англ. – М.: Прогресс, 1990. – 808 с.
19. Верхименко, Ю.В. Социологическая интерпретация здоровья / Ю.В. Верхименко // Социальные проблемы. – 2008. – № 1. – С. 37–44.
20. Веселова, Е.В. Медико-социальные аспекты охраны здоровья учащейся молодежи: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.В. Веселова. – М., 1992. – 22 с.

21. Гаврилюк, В.В. Динамика ценностных ориентаций в период социальной трансформации (подпоколенный подход) / В.В. Гаврилюк, Н.А. Трикоз // Социологические исследования. – 2002. – №1. – С. 96–105.
22. Гафиатулина, Н.Х. Специфика отношения учащейся молодежи России к здоровью в социокультурном контексте: автореф. канд. социол. наук / Н.Х. Гафиатулина. – Ростов н/Д, 2007. – 28 с.
23. Гидденс, Э. Социология / Э. Гидденс. – М.: Едиториал УРСС, 1999. – 704с.
24. Глазачев, О.С. Современные подходы к анализу подхода «здоровье» в аспекте формирования экологической культуры / О.С. Глазачев // Экология [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.ecogeo.info/publications/7/> (дата обращения: 06.02.2013)
25. Глотов, М.Б. Поколение как категория социологии / М.Б. Глотов // Социологические исследования. – 2004. – № 10. – С.42–48.
26. «Государственная поликлиника и самолечение – наш ответ болезням» // Пресс-выпуск № 2183 (06.12.12) // Всероссийский центр изучения общественного мнения [Электронный ресурс]. – URL: <http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=113438> (дата обращения: 15.01.2013)
27. Гражданский кодекс Российской Федерации. – М.: Инфра-М-Норма, 2007. – 620 с.
28. Григорьева, И.А. Социальная политика: взаимодействие государства, общества и человека: дис. ... д-ра социол. наук / И.А. Григорьева. – СПб., 2005. – 460 с.
29. Гриценко, Г.Д. Подрастающее поколение как группа риска в современном российском обществе: монография / Г.Д. Гриценко, Часовская Л.А. – Ставрополь: Изд-во СГПИ, 2009. – 145 с.
30. Гурко, Т.А. Трансформация института современной семьи / Т.А. Гурко // Социологические исследования. – 1995. – № 10. – С. 95–99.
31. Даль, В. Толковый словарь живого русского языка: в 4 т / В. Даль. – Т. 2. – М.: Прогресс; Универс, 1994. – 2030 с.

32. Демографический энциклопедический словарь. – М.: Советская энциклопедия, 1985. – 608 с.
33. Дети риска в Центральной и Восточной Европе: угрозы и надежды // Проект MONEE. Краткое изложение регионального мониторингового доклада. – 1997. – № 4. – 27 с.
34. Дмитриева, Е.В. Социальное здоровье: методологические проблемы изучения / Е.В. Дмитриева // Общество и социология: новые реальности и новые идеи. – СПб, 2001.
35. Дмитриева, Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы / Е.В. Дмитриева. – М.: Центр, 2002. – 224 с.
36. Добреньков, В.И. История зарубежной социологии / В.И. Добреньков, А.И. Кравченко. Серия: Классический университетский учебник). – М.: ИНФРА-М, 2004. – 767 с.
37. Доклад начальника Управления образования И.Д. Хадиуллина на аппаратном совещании Мэрии города 31 октября 2011 г. [Электронный ресурс]. – URL: [http://www.kzn.ru/upload/wysiwyg/hkadiullin_31102011\(1\).doc](http://www.kzn.ru/upload/wysiwyg/hkadiullin_31102011(1).doc) (дата обращения: 30.11.2011)
38. Дунаева, В.И. Здоровье детей и подростков в условиях социальных изменений российского общества: региональный аспект: дис. ... канд. социол. наук / В.И. Дунаева. – Пенза, 2005. – 94 с.
39. Дьяченко В.Г. Руководство по социальной педиатрии / В.Г. Дьяченко, М.Ф. Рзынкина, Л.В. Солохина. – Хабаровск: Издательство ГОУ ВПО Дальневосточный гос. мед. университет, 2010. – 112 с.
40. Дюркгейм, Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение: пер. с франц / Э. Дюркгейм. – М.: Канон, 1995. – 352 с.
41. Ефименко, С.А. Потребители медицинских услуг в бюджетных организациях и их самооценка здоровья / С.А. Ефименко // Социологические исследования. – 2007. – № 9. – С. 110–114.

42. Ефименко, С.А. Социология пациента: автореф. дис. ... д-ра социол. наук / С.А. Ефименко. – М., 2007. – 48 с.
43. Жидкова, О.И. Конспект лекций по медицинской статистике / О.И. Жидкова. – М.: Эксмо, 2007. – 160 с.
44. Жирнов, В.Д. Мирозренческие и методологические аспекты определения понятия «здоровье» / В.Д. Жирнов // Социально-философские и мирозренческие проблемы здоровья человека. – Львов, 1984. – с. 57-64
45. Журавлева, И.В. Здоровье и самосохранительное поведение // Население и общественное развитие / И.В. Журавлева; отв. ред. Т.Д. Иванова. – М.: Ин-т социологии РАН, 1988.
46. Журавлева, И.В. Здоровье подростков: социологический анализ / И.В. Журавлева. – М.: РАН, 2002. – 240 с.
47. Журавлева, И.В. Отношение к здоровью индивида и общества / И.В. Журавлева. – М.: Наука, 2006. – 238 с.
48. Журавлева, И.В. Отношение к здоровью как социокультурный феномен: дис. ... д-ра социол. наук / И.В. Журавлева. – М., 2005. – 434 с.
49. Журавлева, И.В. Поведенческие факторы здоровья подростков / И.В. Журавлева // Социология медицины. – 2002. – № 1. – С. 32–47.
50. Журавлева, И.В. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения / И.В. Журавлева // Социологические исследования. – 2004. – № 7. – С. 133–142.
51. Журавлева, И.В. Самосохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем / И.В. Журавлева // Социологические исследования. – 2000. – № 5. – С. 66–74.
52. Захаров, С.В. Репродуктивное поведение и здоровье подростков в России. Аналитический обзор / С.В. Захаров, Е.И. Иванова, В.И. Сакевич. – М.: Центр демографии и экологии человека, Ин-т народохозяйственного прогнозирования РАН, 2000. – 62 с.

53. Захарова, Н.А. Здоровье как социокультурный феномен в современной России: автореф. дис. ... канд. социол. наук / Н.А. Захарова. – М., 2007. – 24 с.
54. Здоровье молодежи: монография / М.Ю. Абросимова, В.Ю. Альбицкий, Ю.А. Галлямова, А.С. Созинов. – Казань, 2007. – 220 с.
55. Здравоохранение в Республике Татарстан. Статистический сборник. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Республике Татарстан. – Казань, 2011. – 162 с.
56. Здравоохранение в России. 2013: Стат.сб./Росстат. - М., 2013. - 380 с.
57. Зиятдинова, Ф.Г. Государственное регулирование качества жизни в условиях рынка / Ф.Г. Зиятдинова. – Казань: Изд-во Казан. гос. ун-та, 2009. – 204 с.
58. Зубок, Ю.А. Феномен риска в социологии: опыт исследования молодежи / Ю.А. Зубок. – М.: Мысль, 2007. – 285 с.
59. Иванникова, Е.Д. Социализация подростков «группы риска» в социокультурных условиях современной России (на материалах Ставропольского края): дис. ... канд. социол. наук / Е.Д. Иванникова. – Ставрополь, 2009. – 200 с.
60. Иванова, А.Е. Здоровье населения: понятийные, методические и информационные аспекты / А.Е. Иванова. – М.: ИИСПИ РАН, 1996. – 42с.
61. Иванова, А.Е. Тенденции и последствия алкоголизации населения [Электронный ресурс] / А.Е. Иванова, Корнешов А.А. // Социальные аспекты здоровья населения. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/187/30/> (дата обращения: 12.02.2011)
62. Изуткин, А.М. Социология медицины / А.М. Изуткин, В.П. Петленко, Г.И. Царегородцев. – Киев: Здоровье, 1981. – 184 с.
63. Ильдарханова, Ф.А. Семья и общество. Социальные и этнодуховные аспекты возрождения семьи / Ф.А. Ильдарханова. – Казань, 2002. – С. 23.

64. Ильин В.Я., Доника А.Д. Социально-гигиенические аспекты оценки соматического здоровья молодежи // Демографическая политика в Волгоградской области. Перспективы развития: Материалы научно-практической конференции / Комитет по здравоохранению Администрации Волгоградской области. – Волгоград: ПринТерра, - 2009.

65. Интервью врача, доцента кафедры общественного здоровья и здравоохранения Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Ислама Шахабова газете «Аргументы недели» [Электронный ресурс]. – URL: <http://argumenti.ru/gorodm/n397/269466> (дата обращения: 17.07.2013)

66. Информационный портал Республики Татарстан по вопросам наркомании [Электронный ресурс]. URL: <http://www.antinarc.ru/program/program2010-2015> (дата обращения: 26.10.2011)

67. Ионин Л.Г. Социология культуры: путь в новое тысячелетие: Учеб. пособие для студентов вузов. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Логос, 2000. - 431 с.

68. К «Тропинкам здоровья» подключатся медики. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.kzn.ru/news/show/23520> (дата обращения: 23.11.2011)

69. Казакова, Е.И. Комплексное сопровождение развития учащихся в образовательном процессе / Е.И. Казакова // Дети группы риска: материалы международного семинара. – СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, 1998. – С. 56–70.

70. Калью П.И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация// ВНИИМИ.–1988.–69с.

71. Камсюк, Л.Г. Репродуктивное здоровье населения России. Население и общество: Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народохозяйственного прогнозирования РАМ / Л. Камсюк. – 1999. – № 40.

72. Карцева, Л.В. Социальные ценности и установки современной сельской молодежи: материалы одного социологического исследования: монография / Л.В. Карцева. – Казань: Редакционный издательский центр, 2011. – 132 с.

73. Качество медицинской помощи и возможности использования методологии медико-социологических исследований в его оценке / И.В. Подушкина, В.М. Зубков, А.В. Курносков, В.Н. Петров // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. – 2009. – № 1(13). – С. 53–61.

74. Кашуркина, С.С. Самосохранительное поведение детей и молодежи в современном российском обществе: дис. ... канд. социол. наук / С.С. Кашуркина. – Казань, 2006. – 243 с.

75. Кирилук, О.Г. Социальная ценность здорового образа жизни студенческой молодежи в современном российском обществе: автореф. дис. ... канд. социол. наук / О.Г. Кирилук. – Пенза, 2007. – 25 с.

76. Кислицына, О.А. Многомерный статистический анализ факторов, детерминирующих состояние здоровья детей и подростков / О.А. Кислицына // Доклады III Социологического конгресса [Электронный ресурс]. – URL: http://www.isras.ru/publications_bank/1227976828.pdf. – 2008 (дата обращения: 23.02.2012)

77. Кислицына, О.А. Социально-экономические детерминанты здоровья населения / О.А. Кислицына // Народонаселение. – 2007. – №. – С. 24–37.

78. Клейберг, Ю.А. Социальные нормы и отклонения / Ю.А. Клейберг. – М: Вита-Пресс, 1997. – 145 с.

79. Клиники, дружественные к подросткам и молодежи в РФ: инициатива, опыт, результаты сотрудничества, устремленность в будущее. – М.: «Бэст принт», 2010. – 208 с.

80. Козина, Г.Ю. Физкультурно-оздоровительная деятельность как социальный фактор формирования здоровья современной студенческой

молодежи: автореф. дис. ... канд. социол. наук / Г.Ю. Козина. – Пенза, 2007. – 21 с.

81. Колесникова, Н.Б. Аддиктивное подростковое и юношеское поведение: опыт социологического исследования [Электронный ресурс] / Н.Б. Колесникова, Е.В. Петрушкина. – URL: <http://region.3ebra.com/generation/publications/publication19/> (дата обращения: 12.02.2011)

82. Кон, И.С. Введение в сексологию. Курс лекций. Учеб. пособие для вузов / И.С. Кон. – М.: Олимп, Инфра-М, 1999. – 288 с.

83. Кон, И.С. Подростковая сексуальность на пороге XXI века / И.С. Кон. – М.: Феникс+, 2001. – 208 с.

84. Конституция Российской Федерации.

85. Краткий словарь по социологии / под общ. ред. Д.М. Гвишиани, Н.И. Лапина; сост. Э.М. Коржева, Н.Ф. Наумова. – М.: Политиздат, 2001. – 480 с.

86. Кузьмич, О.С. Влияние здоровья на заработную плату и занятость: эмпирические оценки отдачи от здоровья: препринт WP15/2007/02 / О.С. Кузьмич, С.Ю. Рошин. – М.: ГУ ВШЭ, 2007. – 58 с.

87. Куликов, А.М., Медведев В.П. Подростковая медицина: российский и зарубежный опыт / А.М. Куликов, В.П. Медведев. – СПб., 2008. – 80 с.

88. Кумарина, Г.Ф. Дети «группы риска» / Г.Ф. Кумарина // Советская педагогика. – 1991. – №11. – С. 33-37.

89. Левков, С.А. Концептуальные основания региональной социальной политики (социологический анализ): дис. ... д-ра социол. наук / С.А. Левков. – Хабаровск, 2006. – 335 с.

90. Лисицын, Ю.П. Концепция факторов риска и образа жизни / Ю.П. Лисицын // Здравоохранение РФ. – 1998. – № 4. – С. 49.

91. Лисицын, Ю.П. Основной вопрос медицины (образ жизни, общественное здоровье, саналогия): актовая речь / Ю.П. Лисицын. – М., 1987. – 41 с.
92. Лубышева, Л.И. Социология физической культуры и спорта: учеб. пособие / Л.И. Лубышева. – М.: Академия, 2001. – 240 с.
93. Лэнг Р.Д. Расколотое «Я».–СПб.: Белый Кролик, 1995.–352с.
94. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики.–СПб.: Евразия,1997.–430с.
95. Матюшечкин, А.С. Инвестиции в детей в терминах концепции социального капитала / А.С. Матюшечкин // Социология и социальная работа Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. – 2007. – № 1(6). – С. 56.
96. Медик, В.А. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Общественное здоровье / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: Медицина, 2001. – Ч. I. – 199 с.
97. Медик, В.А. Руководство по статистике здоровья и здравоохранениям / В.А. Медик, М.С. Токмачев. – М.: ОАО «Издательство Медицина», 2006. – 528 с.
98. Международный кодекс медицинской этики [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.med-pravo.ru/Ethics/seventh1.htm> (дата обращения: 20.05.2010)
99. Мертон, Р. Социальная структура и аномия / Р. Мертон // Социология преступности (Современные буржуазные теории). – М.: Прогресс, 1996. – С. 299–313.
100. Мингазова, Э.Н. Репродуктивное здоровье девушек-подростков (медико-социальное исследование учащихся общеобразовательных учреждений): дис. ... д-ра мед. наук / Э.Н. Мингазова. – Казань, 2002. –301 с.
101. Мошкович, П.Г. Особенности самосохранительного поведения российских подростков [Электронный ресурс] / П.Г. Мошкович // Социальные аспекты здоровья. – URL:

<http://vestnik.mednet.ru/content/view/344/27/lang.ru> (дата обращения: 20.03.2012)

102. Мухарямова Л.М., Кузнецова-Моеенко И.Б. Социальная работа в здравоохранении/ Под ред. Мухарямова, И.Б. Кузнецова-Моренко.- Н.Новгород: Изд-во Нижегородского госуниверситета им. Н.И. Лобачевского, 2011.-328с.

103. Нагаева, Т.А. Особенности состояния здоровья современных школьников [Электронный ресурс] / Т.А. Нагаева, Ильиных А.А., Л.М. Закирова // Информационно-аналитический портал SocPolinika.ru. – URL: <http://www.socpolitika.ru/rus/conferences/3985/3989/3991/document4211.shtml> (дата обращения: 07.10.2012)

104. Назарова И.Б. Субъективные и объективные оценки здоровья населения// Социологический журнал.– 1998.–№ 3/4–С.246

105. Назарова, И.Б. Здоровье в представлении жителей России / И.Б. Назарова // Общественные науки и современность. – 2009. – № 2. – С. 91–101.

106. Назарова, И.Б. Здоровье занятого населения / И.Б. Назарова. – М.: ГУ-ВШЭ, МАКС Пресс, 2007. – 526 с.

107. Назарова, И.Б. Период реформ в России: факторы, влияющие на здоровье / И.Б. Назарова // Социологические исследования. – 2003. – № 11 – С. 1–29.

108. Нестерова, И.Ф. Теоретические и практические вопросы взаимодействия и сотрудничества учителя с современной семьей: учеб. пособие / И.Ф. Нестерова. – Тверь, 2000.

109. Нормальная молодежь: пиво, тусовка, наркотики / под ред. Е. Омельченко. – Ульяновск: Изд-во Ульяновского гос. ун-та, 2005. – 180 с.

110. О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции): Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ.

111. О рекламе: Федеральный закон от 13 марта 2006 г. №38-ФЗ.

112. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ.

113. О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 154 от 05.05.1999.

114. О физической культуре и спорте в Российской Федерации: Федеральный закон от 4 декабря 2007 г. № 329-ФЗ.

115. Об образовании: Закон Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1.

116. Об общероссийской системе мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи: Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2001 № 916 [Электронный ресурс]. – URL: <http://russia.bestpravo.ru/fed2001/data01/tex10163.htm> (дата обращения: 27.10.2011)

117. Об ограничениях розничной продажи и потребления (распития) пива и напитков, изготавливаемых на его основе: Федеральный закон от 7 марта 2005 г. № 11-ФЗ.

118. Об основах государственной системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних: Федеральный Закон от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ.

119. Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации: Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ.

120. Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации: Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ.

121. Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака: Федеральный закон № 15-ФЗ от 23 февраля 2013 г.

122. Об охране здоровья граждан: Федеральный Закон от 21.11.2011 № 323.

123. Об утверждении долгосрочной целевой программы «Дети Татарстана» на 2011–2013 гг.». [Электронный ресурс]. – URL: http://prav.tatarstan.ru/rus/docs/post/post1.htm?page=28&pub_id=68111

Официальный портал правительства Республики Татарстан (дата обращения: 28.10.2011)

124. Ожегов С.И. Словарь русского языка / С.И. Ожегов. – М.: Русский язык, 1986. – 468 с.

125. Олпорт Г. Становление личности: избранные труды.–М.: Смысл, 2002.–462с.

126. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации / под ред. В.И. Широковой, Л.А. Михайловой, Е.В. Гусевой, Г.А. Александровой. – М.: Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. – 172 с.

127. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: закон от 22 июля 1993 г. № 5487-1.

128. Официальный сайт «Полномочный представитель Президента Российской Федерации в Приволжском федеральном округе» [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.pfo.ru/?id=10712> (дата обращения: 07.10.2012)

129. Официальный сайт 1 канала.-URL: <http://www.1tv.ru>

130. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.who.int/ru/index.html> (дата обращения: 29.09.2011)

131. Официальный сайт Детской республиканской клинической больницы Республики Татарстан [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.drkbmzrt.ru/news-new-297.html>

132. Официальный сайт Министерства здравоохранения Республики Татарстан.- URL: <http://minzdrav.tatarstan.ru>

133. Официальный сайт Министерства по делам молодежи, спорту и туризму Республики Татарстан [Электронный ресурс]. – URL: <http://mdmst.tatarstan.ru/rus/about.htm> (дата обращения: 23.11.2011)
134. Официальный сайт Организации Объединенный Наций <http://www.un.org/ru>
135. Официальный сайт Правительства Республики Татарстан. –URL: <http://prav.tatarstan.ru>
136. Официальный сайт Российской академии медицинских наук [Электронный ресурс]. – URL: www.ramn.ru
137. Официальный сайт ЮНИСЕФ [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.unicef.ru/about/russia/>
138. Парсонс, Т. О социальных системах / Т. Парсонс. – М.: Академический проект, 2002
139. Послание Федеральному Собранию Российской Федерации от 5 ноября 2008 г. Москва, Большой Кремлевский дворец [Электронный ресурс]. – URL: http://archive.kremlin.ru/appears/2008/11/05/1349_type63372type63374type63381type82634_208749.shtml (дата обращения: 08.11.2011)
140. Потапова О.Н. Здравоохранительное поведение молодежи в концепции народосбережения России / Вестник ВолгГУ.- Сер. 7. Философия. Социология и социальные технологии.- 2010. №1 (11).- С.144-148.
141. Потапова О.Н. Социально-демографические особенности репродуктивного поведения современной молодежи в ракурсе народосбережения России (Известия Саратовского государственного университета. Новая серия. Том 10 Выпуск 2.- 2010.- С.23-26.
142. Потапова О.Н. Социальные потребности детей-инвалидов города Саратова / Социология города. – 2011. №1.- С.34-39.
143. Потребление алкоголя в России. Социологический анализ. – М.: Институт социологии РАН, 2011. – 102 с.

144. Приказ МЗ РТ № 663 от 10.07.2001.

145. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 113 от 21 марта 2003 г. [Электронный ресурс]. – URL:

http://www.fcgsen.ru/2902/documents/220703_konc_oxrana_zdorov_N113.html

(дата обращения: 26.10.2011)

146. Проблемы оптимизации медицинского обеспечения детей и подростков / Л.П. Чичерин, И.А. Лешкевич, Е.В. Михальская, В.А. Прошин // Российский педиатрический журнал. – 2005. – № 4. – С. 51–54.

147. Пятилетка здоровья. Программа Казанского местного отделения Партии «Единая Россия» на 2010–2015 гг. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.kzn.ru/page14958.htm> (дата обращения: 22.11.2011)

148. Разин, В.М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема / В.М. Разин // Мир психологии. – 2000. – № 1(21). – С. 12–30.

149. Раттер, М. Помощь трудным детям / М. Раттер. – М.: Прогресс, 1987. – 424 с.

150. Резер, Т.М. Медико-социальные подходы к организации полового воспитания и сексуального образования / Т.М. Резер // Социологические исследования. – 2003. – № 1. – С. 102–110.

151. Резник, М.И. Философский анализ нормы в медицине: дис. ... канд. филос. наук. – Ленинград, 1980. – 198 с.

152. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России / В.Ю. Альбицкий, А.Н. Юсупова, Е.И. Шарапова, Г.М. Волкова. – Казань, 2001. – 248 с.

153. Решетников, А.В. Социология медицины. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 864 с.

154. Римашевская, Н.М. Здоровье человека – здоровье нации / Н.М. Римашевская // Экономические стратегии. – 2006. – № 2. – С. 36-41

155. Римашевская, Н.М. О методологии определения качественного состояния населения / Н.М. Римашевская // Демография и социология. – 1993. – Вып. 6. – С. 7–21.
156. Римашевская, Н.М. Различия в состоянии здоровья / Н.М. Римашевская, О.А. Кислицина // Народонаселение. – 2005. – № 4. – С. 30.
157. Римашевская, Н.М. Человек и реформы: секреты выживания. – М.: ИСЭПН РАН, 2003. – 392 с.
158. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. — М.: Прогресс, 1994. – 480 с.
159. Рывкина, Р.В. Образ жизни населения России: социальные последствия реформ 1990-х гг. / Р.В. Рывкина // Социологические исследования. – 2001. – № 4. – С. 32–39.
160. Садыкова, Т.И. Образ жизни и состояние здоровья девушек – подростков (медико-социальное исследование по материалам г. Казани): дис. ... канд. мед. наук / Т.И. Садыкова. – Казань, 1999. – 132 с.
161. Седова, Н. Н. Правовые основы биоэтики / Н. Н. Седова. – М. : Триумф, 2004. – 224 с.
162. Семейный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ.
163. Синюткина, Р.В. Социальное воздействие на здоровье детей и подростков: региональный аспект: автореф. дис. ... канд. социол. наук / Р.В. Синюткина. – М., 2010. – 180 с.
164. Скворцова, Е.С. Социально-гигиеническая характеристика употребления алкоголя подростками, учащимися профессиональных училищ в России (данные мониторинга 2006–2007 гг.) [Электронный ресурс] / Е.С. Скворцова, Т.Е. Шурыгина, В.В. Лившиц. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/223/30/> (дата обращения: 12.02.2011)
165. Сорокин, П. Социальная и культурная динамика / П. Сорокин. – М.: Директ-Медиа, 2007. – 1387 с.

166. Сорокин, П.А. Причины войны и условия мира / П. Сорокин // Социологические исследования. – 1993. – № 12. – С. 140–148.
167. Сорокин, П.А. Социальная мобильность / П. Сорокин. – М.: М. : Academia : LVS, 2005. - 588 с.
168. Состояние здоровья, условия жизни и медицинское обеспечение детей в России / Т.М. Максимова и др. – М.: ПЕР СЭ, 2008. – 367 с.
169. Социальная работа в здравоохранении / под ред. Л.М. Мухарямовой, И.Б. Кузнецовой-Моренко. – Н. Новгород, 2011. –328 с.
170. Социальная работа: Словарь-справочник / под ред. В.И. Филоненко; сост.: Е.П. Агапов, В.И. Акопов, В.Д. Альперович и др. – М.: Контур, 1998. – 480 с.
171. Социальные детерминанты здоровья // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. – URL: http://www.who.int/social_determinants/ru/index.html (дата обращения: 08.02.2013)
172. Справка о деятельности органов и учреждений здравоохранения Республики Татарстан в 2012 г. [Электронный ресурс]. – URL: <http://minzdrav.tatarstan.ru/rus/info.php?id=525635> (дата обращения: 17.07.2013)
173. Стародубов, В.И. Научное обоснование развития системы здравоохранения в России в условиях социально-экономических реформ: автореф. дис. ... д-ра мед. наук в форме научного доклада / В.И. Стародубов. – М., 1997. – 60 с.
174. Степанов, А.Д. Критерии здорового образа жизни и предпосылки его формирования / А.Д. Степанов, А.Д. Изуткин // Советское здравоохранение. – 1981. – № 5. – С. 6.
175. Стратегия 2020 [Электронный ресурс]. – URL: <http://strategy2020.rian.ru/g11/> (дата обращения: 17.07.2013)
176. Тарасенко, Е.А. Социальная политика: учеб. пособие / Е.А. Тарасенко, С.Н. Смирнов, Сидорина Т.Ю. – М.: ГУ-ВШЭ, 2004. – 403 с.

177. Тарасенко, Е.П. Социальная адаптация подростков из многодетных семей в условиях трансформации современного российского общества: дис. ... канд. социол. наук / Е.П. Тарасенко. – Волгоград, 2008. – С. 21–22.
178. Твоя профессиональная карьера: рабочая книга для учащихся 7–8 кл. / Т.В.Васильева, А.Я. Журкина, Е.Н. Землянская и др. – М.: ВИГМА, 1998. – 48 с.
179. Теория поколений в России. – URL: <http://rugenerations.su/> (дата обращения: 30.11.2011).
180. Тропинки здоровья в Казани принесли положительные результаты [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.kzn.ru/news/show/24789> (дата обращения: 22.11.2011)
181. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001г. №197-ФЗ
182. Тузиков, А.Р. Государственное проектирование общественного здоровья в России сквозь призму социологии: монография / А.Р. Тузиков. – Казань: изд-во Каз. гос. технол. ун-та, 2009. – 208 с.
183. Укрепление репродуктивного здоровья несовершеннолетних девушек в Республике Татарстан: к вопросу о социальной политике. Социальная политика: реалии XXI в. – Вып. 2:GP/2004/05/ Независимый институт социальной политики / Л.М. Мухарямова, В.Ю. Альбицкий, И.Б. Моренко, Р.Г. Петрова, Л.А. Салахетдинова. – М.: Полиатур, 2004. – С. 348–378.
184. Усачев, Н.С. К уточнению понятия «медицинская активность» / Н.С. Усачев // Советское здравоохранение. – 1990. – № 8. – С. 41–45.
185. Усманов И.М. Здоровье молодежи как общественная ценность в современном российском обществе (социально-философский анализ): автореф. дис. ... канд. философ. наук. – Уфа, 2008. – 25с.
186. Фаррахов, А.З. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2004–2008 гг.):

учебно-метод. пособие / А.З. Фаррахов, А.А. Гильманов, В.Г. Шерпутовский и др. – Казань, 2009. – 261 с.

187. Фаррахов, А.З. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2005–2009 гг.): учебно-метод. пособие / А.З. Фаррахов, А.А. Гильманов, В.Г. Шерпутовский и др. – Казань, 2010. – 267 с.

188. Фаррахов, А.З. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2006–2010 гг.): учебно-метод. пособие / А.З. Фаррахов, А.А. Гильманов, В.Г. Шерпутовский и др. – Казань, 2011. – 268 с.

189. Фромм, Э. Здоровое общество / Э. Фромм. – М.: АСТ, Транзиткнига, 2005.

190. Фуко М. Рождение клиники М.: Академический проект, 2010. — 252 с.

191. Хабибуллин, К.Н. Медицинская социология / К.Н. Хабибуллин. – СПб.: СпбГУ, 2000. – 168 с.

192. Халикова, С.С. Здоровье студенческой молодежи как социальная ценность: региональный аспект (на материалах Хабаровского края): автореф. дис. ... канд. социол. наук / С.С. Халикова. – Хабаровск, 2012. – 25 с.

193. Хрестоматия. Обучение и воспитание детей и подростков «группы риска»: учеб. пособие / сост. В.А. Астапов, Ю.В. Мискадзе. – М.: Ин-т практической психологии, 1996. – 224 с.

194. Ципко, А.С. Социалистический образ жизни и новый человек / А.С. Ципко; под общ. ред. А.И. Арнольдова, Э.А. Орловой. – М.: Политиздат, 1984. – 176 с.

195. Ченцов, Ю.И. Современные взгляды врачей на традиционные нравственные ценности / Ю.И. Ченцова // Советское здравоохранение. – 1990. – № 1. – С. 26–29.

196. Чернявская Е.А. Здоровьесберегающая социализация школьников: автореф. дис. канд. социол. наук. – Ростов на Дону, 2010. – 27с.

197. Чупров, В.И. Молодежь в обществе риска / В.И Чупров, Ю.А. Зубок, К. Уильямс. – 2-е изд.– М.: Наука, 2003. – 230с.
198. Шангараева, З.С. Социальные проблемы здоровья населения (на примере Республики Башкортостан): дис. ... д-ра социол. наук / З.С. Шангараева. – СПб., 2000.
199. Шахматова, Н.В. Социология поколений. Состояние и перспективы институционализации в России / Н.В. Шахматова; под ред. А.Д. Крахмалевой. – Саратов: Изд-во СГУ, 2000. – 144 с.
200. Шевченко, С.Г. Современные тенденции здоровья подростков и управление медико-социальным обеспечением / С.Г. Шевченко // Экономика и управление здравоохранением; под. ред. Б.П. Маштакова. – Красноярск, 1997. – С. 53–55.
201. Шилова, Л.С. Исследование самосохранительного поведения – новый подход в изучении проблем здоровья населения / Л.С. Шилова // Демографические процессы: вопросы изучения. – М.: ИСИ АН СССР, 1987. – С. 33.
202. Шилова, Л.С. Различия в самосохранительном поведении мужчин и женщин / Л.С. Шилова, О.С. Копина // Отношение населения к здоровью. – М.: Ин-т социологии РАН, 1993. – 112-118с.
203. Шиняева, О.В. Здоровье школьников как социальная проблема / О.В. Шиняева. – Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2003. – 128 с.
204. Шиняева, О.В. Социальное неравенство и здоровье молодого поколения россиян / О.В. Шиняева, А.Б. Падиарова. – Ульяновск: УлГТУ, 2010. – 168 с.
205. Шиняева, О.В. Школьная среда и здоровье учащихся: социологический подход / О.В. Шиняева. – Ульяновск: УлГТУ, 2000. – 164 с.
206. Шклярчук, В.Я. Самосохранительное поведение в молодежной среде / В.Я. Шклярчук // Социологические исследования. – 2008. – № 10. – С. 139–142.

207. Шокирующие результаты исследования: после обучения в школе остаются здоровыми лишь 2,5% детей [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.meddaily.ru/article/10jun2011/22perc> (дата обращения: 12.02.2012)
208. Шувалова, В.С. Здоровье учащихся и образовательная среда / В.С. Шувалова, О.В. Шиняева // СОЦИС. – 2000. – № 5. – С. 75–80.
209. Шульга, Т.И. Методика работы с детьми «группы риска» / Т.И. Шульга, В. Слот, Х. Спанярд. – М.: УРАО, 1999. – 104 с.
210. Щеглова, С.Н. Социология прав детей в России: новый век, новые проблемы, новые перспективы. – М.: Социум, 2001. – 86 с.
211. Щеплягина, Л.А. Проблемы подготовки по подростковой медицине в условиях реформирования медицинской помощи детям подросткового возраста. Современный подросток: мат-лы Всерос. конф. с международным участием, Москва, 4–5 декабря 2001 г / Л.А. Щеплягина, Л.М. Сухарева. – М.: ОАО «Типография № 9», 2001. – С. 36–43.
212. Эльконин, Д.Б. Избранные психологические труды / Д.Б. Эльконин; под ред. В.В. Давыдова, В.П. Зинченко. – М., 1989. – 560с.
213. Энциклопедический словарь медицинских терминов: в трех томах. Около 60 000 терминов. – М.: Советская энциклопедия. – С. 341.
214. Юнг К.Г. Собрание сочинений. Психология бессознательного /Пер. с нем.-М.: Канон, 1994.- 320с.
215. Ясперс К. Общая психология.–М.: Практика, 1997.–1056с.
216. III Общенациональный Форум «Здоровье детей - основа здоровья нации»: Доклад первого заместителя руководителя фракции «Единая Россия», члена Комитета Госдумы по охране здоровья, заслуженного врача РФ, доктора медицинских наук, профессора Татьяны Яковлевой [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.remedium.ru/news/relis/detail.php?ID=42364> (дата обращения: 14.02.2012)
217. August G. J., Gewirtz A., Realmuto G. M. Moving the Field of Prevention from Science to Service: Integrating Evidence-based Preventive

Interventions into Community Practice through Adapted and Adaptive Models // Applied and Preventive Psychology. 2009. doi:10.1016/j.appsy.2008.11.001 (дата обращения: 25.09.2010 г.)

218. Be'langer M., O'Loughlin J., Okoli Ch.T.S., McGrath J.J., Setia M., Guyon L., Gervais A.. Nicotine Dependence Symptoms among Young Never-smokers Exposed to Secondhand Tobacco Smoke // Addictive Behaviors. 2008. Vol.33. Iss. 12.

219. Bolaria B.S., Dicinson H.D. Sociology of Health Care in Canada. Toronto etc.: Hercourt, Brace, Jovanovich. 1988. P. 554–557

220. Candace Currietal. Candace C. Etal Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey. Child and Adolescent Health Research Unit CAHRU, World Health Organisation, 2008.

221. Cockerham W.C. The Social Determinants of the Decline of Life Expectancy in Russia and Eastern Europe: a Lifestyle Explanation. // Journal of Health and Social Behavior. 1997. Vol. 38. № 2. P. 117–130.

222. Cockerham, W., Rutten, A., Abel, T. Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving Beyond Weber // Sociological Quarterly 38, pp. 321–42, 1997.

223. Donovan J.E. Gender differences in alcohol involvement in children and adolescents: a review of the literature / In Women and alcohol: Issues for prevention research. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 1996. Research Monograph No. 32. Bethesda. MD.

224. Durkheim, E. Suicide: A study in sociology / E. Durkheim. – Chicago: Free Press, 1951

225. Goffman, E. Asylums: Essays and the Social Situation on Mental Patients and other Inmates / E. Goffman. – N.Y., 1961

226. Hackauf, H. Health and lifestyles of young people / H. Hackauf // Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. – 2002. – No. 11. – P. 879-884.

227. Herbert, D.F. Adolescents' smoking behavior and attitudes: the influence of parents' smoking communication, behavior and attitudes / D.F. Herbert. – New York: Fordham University, 2000.

228. High Cumulative Risk of Lung Cancer Death among Smokers and Nonsmokers in Central and Eastern Europe / P. Brennan, A. Crispo, D. Zaridze, N. Szeszenia, Dabrowska, P. Rudnai, J. Lissowska, E. abianova, P. Boffetta // American Journal of Epidemiology. – 2006. – Vol. 164. – P. 1233-1241

229. Hill S.Y., Shen S., Lowers L., Locke J. Factors predicting the onset of adolescent drinking in families at high risk for development alcoholism // Biological Psychiatry. 2000. 48. P. 265-275

230. Interactive versus noninteractive interventions and dose-response relationships for stage-matched smoking cessation programs in a managed care setting // W.F. Velicer, J.O. Prochaska, J.L. Fava [et al.] // Health Psychology. – 1999. – No. 18. – P. 21-28.

231. Kawachi, I. Glass R: Social capital and self-rated health: Acontextual analysis / I. Kawachi, B. Kennedy // American Journal of Public Health. – 1999. – No. 89(8). – P. 1187-1193

232. Kawachi, I. Social Capital and Health / I. Kawachi, S.V. Subramanian, D. Kim. – New York: Springer, 2008.

233. Kleinjan M., Engels R.C.M.E, Leeuwe J. van, Brug J., Freeman D., Brucks M., Wallendorf M., Boland W. Youths' Understandings of Cigarette Advertisements // Addictive Behaviors. 2009. Vol. 34. Iss. 1. doi:10.1016/j.addbeh.2008.08.007 (дата обращения: 25.09.2010 г.)

234. Kupennan S., Schlosser S.S., Kramer J.R. et al. Risk domains associated with an alcohol dependence diagnosis // Addiction. 2001. Vol. 96. P. 629-636.

235. Lieb R., Merikangas K.R., Hofler M., Pfister H., Isensee B. Wittchen H.U., Parental alcohol use disorders and disorders of offspring a community study // Psychological Medicine. 2002. 32. P. 63-78.

236. Lundborg P. Social Capital and Substance use Among Swedish Adolescents – an Explorative Study // *Social Science & Medicine*. 2005. № 61. P. 1151–1158.
237. Parsons T. *An Approach to Psychological Theory in Studies in General Theory* / Ed. by S. Koch. N.Y.: McGraw-Hill, 1958
238. Parsons, T. *The Social System*. – N.Y., 1951
239. Richard J. Bonnie and Mary Ellen O'Connell *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility*. Committee on Developing a Strategy to Reduce and Prevent Underage Drinking. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press, 2004.
240. Seth, M. Noar, Rick, S. Zimmerman *Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction?* // *In Health Education Research*. – 2005. – June. – № 20(3). – Pp. 275–290.
241. Simon J.W. *Class, Health and Lifestyles: Can Bourdieu Help Us?* // *Sociology-of-Health-and-Illness*. 1995. № 17, 5. P. 577–604
242. Unger J. B., Chen X. *The role of social networks and media receptivity in predicting age of smoking initiation* // *Addictive Behaviors*. 1999. 24(3). P. 371-381
243. Weber, M. *Wirtschaft und Gesellschaft*., Tübingen, 1922.
244. Zundert R.M.P van., Eijnden R.J.J.M. van den. *Mechanisms of Adolescent Smoking Cessation: Roles of Readiness to Quit, Nicotine Dependence, and Smoking of Parents and Peers* // *Drug and Alcohol Dependence* . 2009. Vol. 99.

Приложение 1
Таблица 1

Распространенность болезней (болезненность) среди подростков (15 – 17 лет) по всем классам заболеваний городской и сельской местности Республике Татарстан на 1 000 среднегодового постоянного населения соответствующего возраста

Наименование классов заболеваний	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.
Итого по всем классам заболеваний	1706.8	1888.8	1980.3	2146.9	2120.8	2387.8	2366.9	2398.3	2389.4
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни I	40.9	43.2	42.6	44.1	46.4	46.1	45.4	58.8	42.9
Новообразования II	4.8	5.4	6.0	5.7	5.2	5.8	6.0	6.8	7.4
Болезни крови III	16.3	17.9	19.9	20.7	21.4	23.8	23.7	23.6	21.7
Болезни эндокринной системы IV	65.6	72.9	80.3	93.0	99.7	102.1	111.3	111.9	106.6
Психические расстройства V	34.6	33.6	32.3	34.4	36.8	34.6	33.8	33.0	31.9
Болезни нервной системы VI	76.6	83.8	90.5	103.0	111.1	123.4	129.3	126.1	118.9
Болезни глаза и его придатков VII	150.8	164.6	169.4	172.4	162.4	179.6	181.8	193.9	191.8
Болезни уха и сосцевидного отростка VIII	37.5	36.8	35.1	35.7	35.1	41.9	44.1	43.7	42.7
Болезни системы кровообращения IX	65.4	75.0	79.7	82.4	80.3	91.4	93.7	95.2	92.7
Болезни органов дыхания X	480.1	541.2	562.3	627.8	609.9	762.7	706.9	689.3	716.8
Болезни органов пищеварения XI	193.8	206.8	202.2	205.2	216.7	233.9	237.2	228.2	218.1
Болезни кожи и подкожной клетчатки XII	74.1	81.4	91.5	99.7	103.2	109.4	102.6	107.4	102.1
Болезни костно-мышечной системы XIII	113.6	124.7	133.7	157.2	146.9	174.5	175.5	174.3	170.1
Болезни мочеполовой системы XIV	125.2	134.3	157.2	159.0	142.4	149.3	149.8	143.4	163.5
Беременность, роды и послеродовой период XV	12.0	17.9	17.0	16.8	15.8	15.0	16.7	8.3	7.8
Врожденные аномалии XVII	17.5	20.5	22.4	24.6	26.4	28.1	28.4	26.8	22.3
Симптомы, признаки и отклонения от нормы XVIII	79.5	98.7	96.1	99.9	106.5	104.4	109.4	120.6	127.9
Травмы, отравления и др. IX	124.7	139.2	150.7	173.7	162.6	169.6	180.0	211.4	208.4

Таблица 2

Первичная заболеваемость среди подростков 15 – 17 лет городской и сельской местности по всем классам заболеваний в Республике Татарстан на 1 000 среднегодового постоянного населения соответствующего возраста

Наименование классов заболеваний	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.
Итого по всем классам заболеваний	973.1	1100.4	1178.4	1279.3	1246.6	1442.5	1434.0	1450.3	1468.1
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни I	31.8	35.2	36.1	37.1	40.2	40.4	40.7	48.5	36.7
Новообразования II	2.1	2.2	2.5	2.4	2.3	2.3	3.2	3.5	3.7
Болезни крови III	7.9	9.2	10.0	10.1	10.2	12.1	11.6	11.0	11.0
Болезни эндокринной системы IV	18.5	19.3	23.7	30.2	30.1	27.5	36.1	26.7	24.2
Психические расстройства V	6.9	5.5	5.7	7.3	5.0	5.3	4.0	4.9	3.9
Болезни нервной системы VI	25.0	28.9	29.5	34.9	42.6	42.9	43.6	38.9	38.2
Болезни глаза и его придатков VII	37.3	45.4	48.9	44.6	46.2	50.2	47.4	50.2	51.3
Болезни уха и сосцевидного отростка VIII	27.0	26.7	26.4	26.2	25.0	30.4	32.7	32.1	33.6
Болезни системы кровообращения IX	21.5	23.5	25.0	25.9	22.9	27.3	28.3	31.2	32.8
Болезни органов дыхания X	410.6	465.5	490.3	546.2	519.1	668.5	625.6	609.3	645.6
Болезни органов пищеварения XI	51.7	54.3	56.2	54.6	58.9	68.8	75.2	68.5	69.9
Болезни кожи и подкожной клетчатки XII	56.8	62.2	72.1	79.4	82.0	84.4	81.9	87.8	82.4
Болезни костно-мышечной системы XIII	39.7	46.6	48.6	58.2	54.6	71.5	71.5	73.9	72.9
Болезни мочеполовой системы XIV	54.4	60.9	79.9	75.3	68.9	69.2	72.6	67.1	82.7
Беременность, роды и послеродовой период XV	12.0	17.9	17.0	16.8	15.8	15.0	16.7	8.3	7.8
Врожденные аномалии XVII	3.0	4.8	6.2	4.5	5.9	6.3	6.0	4.7	4.5
Симптомы, признаки и отклонения от нормы XVIII	48.2	62.3	58.1	60.5	62.3	58.5	40.7	76.8	62.5
Травмы, отравления и др. IX	106.0	102.7	150.7	173.7	162.6	169.6	180.0	211.4	208.4

Таблица 3

Первичная заболеваемость подростков (15-17) лет по классам причин в городской местности Республики Татарстан на 1 000 среднегодового постоянного населения соответствующего возраста

Наименование классов заболеваний	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.
Итого по всем классам заболеваний	1070.2	1243.9	1351.4	1467.0	1436.3	1671.6	1662.7	1636.2	1777.7
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни I	36.4	42.0	42.4	44.5	47.4	47.5	46.8	55.2	45.3
Новообразования II	2.4	2.5	2.8	2.6	2.6	2.8	3.6	4.2	5.0
Болезни крови III	6.9	8.5	9.9	8.9	8.8	10.4	10.3	10.0	10.6
Болезни эндокринной системы IV	17.3	19.7	24.8	32.5	33.4	28.7	41.1	29.7	26.7
Психические расстройства V	7.8	6.0	6.0	8.9	5.9	6.2	4.6	5.4	4.7
Болезни нервной системы VI	26.5	32.6	34.1	39.3	51.0	51.7	53.2	45.2	46.1
Болезни глаза и его придатков VII	39.8	51.7	56.2	47.1	50.0	55.7	54.2	56.6	61.2
Болезни уха и сосцевидного отростка VIII	29.3	29.5	29.9	29.4	28.3	35.1	37.0	34.6	37.6
Болезни системы кровообращения IX	20.3	24.3	25.7	26.4	22.9	28.2	31.2	33.7	36.2
Болезни органов дыхания X	468.4	541.2	579.5	645.1	615.6	783.6	724.6	683.6	781.8
Болезни органов пищеварения XI	52.0	54.0	57.7	53.8	60.2	74.7	84.4	73.8	78.5
Болезни кожи и подкожной клетчатки XII	62.9	70.0	83.9	92.1	94.4	99.2	97.6	98.6	100.0
Болезни костно-мышечной системы XIII	40.8	49.4	50.1	62.3	58.7	80.8	81.4	81.0	84.9
Болезни мочеполовой системы XIV	61.5	71.4	97.7	91.7	82.7	83.5	87.7	78.4	108.1
Беременность, роды и послеродовой период XV	13.9	21.7	20.9	20.2	20.0	19.4	21.6	9.2	9.7
Врожденные аномалии XVII	3.5	5.8	7.8	5.5	7.3	8.1	7.8	5.7	5.6
Симптомы, признаки и отклонения от нормы XVIII	44.7	62.1	52.8	56.3	58.7	58.8	63.3	71.7	68.4
Травмы, отравления и др. IX	142.8	162.4	179.7	210.7	198.6	207.1	223.2	264.3	272.3

Таблица 4

Первичная заболеваемость подростков (15-17) лет по классам причин в сельской местности Республики Татарстан на 1 000 среднегодового постоянного населения соответствующего возраста

Наименование классов заболеваний	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.
Итого по всем классам заболеваний	689.7	701.5	724.2	811.7	794.8	909.3	879.2	984.3	946.2
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни I	18.5	16.1	19.5	18.7	23.1	24.0	25.8	31.9	21.9
Новообразования II	1.3	1.5	1.8	2.0	1.4	1.2	2.1	1.8	1.3
Болезни крови III	10.9	11.2	10.1	13.2	13.5	15.9	15.0	13.3	13.5
Болезни эндокринной системы IV	21.9	17.9	21.1	24.4	22.3	24.6	24.0	19.2	21.9
Психические расстройства V	4.6	4.2	5.0	3.2	2.8	3.2	2.5	3.5	2.7
Болезни нервной системы VI	20.7	18.6	17.6	23.8	22.8	22.3	20.2	23.1	25.3
Болезни глаза и его придатков VII	30.0	28.1	29.6	38.3	37.3	37.3	30.9	34.0	35.3
Болезни уха и сосцевидного отростка VIII	20.1	19.0	17.0	18.5	17.2	19.2	22.3	25.8	28.6
Болезни системы кровообращения IX	25.0	21.2	23.0	24.8	22.7	25.1	21.4	24.7	29.2
Болезни органов дыхания X	241.7	255.0	256.2	299.7	289.3	400.7	385.2	423.1	413.6
Болезни органов пищеварения XI	50.9	55.0	52.5	56.6	55.8	55.1	52.8	55.0	58.8
Болезни кожи и подкожной клетчатки XII	39.1	40.7	41.3	47.7	52.5	49.9	43.7	60.7	53.0
Болезни костно-мышечной системы XIII	36.5	38.9	44.7	48.0	44.7	50.0	47.6	56.0	54.5
Болезни мочеполовой системы XIV	33.8	31.7	33.1	34.6	36.1	36.1	36.1	38.8	35.0
Беременность, роды и послеродовой период XV	6.4	7.0	6.8	8.3	5.6	4.6	4.5	6.0	4.6
Врожденные аномалии XVII	1.5	2.1	1.9	1.9	2.6	2.2	1.5	2.0	2.7
Симптомы, признаки и отклонения от нормы XVIII	58.4	63.1	72.2	71.0	71.0	57.8	71.0	89.9	57.1
Травмы, отравления и др. IX	71.8	73.9	74.5	81.4	77.0	82.5	75.0	78.7	89.4

Таблица 5

Распространенность болезней (болезненность) подростков 15-17 лет по классам причин в сельской местности Республики Татарстан на 1 000 среднегодового постоянного населения соответствующего возраста

Наименование классов заболеваний	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г
Итого по всем классам заболеваний	1219.3	1236.6	1300.0	1412.9	1425.2	1592.9	1561.4	1785.1	1689.8
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни I	23.5	19.3	24.0	22.2	29.1	29.3	29.9	41.1	25.6
Новообразования II	3.0	3.2	3.6	3.9	3.0	3.3	3.8	3.8	3.6
Болезни крови III	19.7	20.5	20.9	24.4	25.2	28.4	25.8	29.9	26.6
Болезни эндокринной системы IV	62.8	60.6	68.1	67.7	60.1	64.2	67.2	73.5	65.8
Психические расстройства V	22.8	24.2	25.7	21.9	22.7	24.1	21.6	23.6	26.2
Болезни нервной системы VI	72.1	68.3	71.6	80.0	82.0	86.0	79.6	101.4	98.5
Болезни глаза и его придатков VII	100.7	94.1	102.8	112.2	125.0	126.2	123.9	149.3	154.8
Болезни уха и сосцевидного отростка VIII	30.0	27.2	25.1	28.1	29.4	29.7	32.7	37.3	39.0
Болезни системы кровообращения IX	61.8	60.2	66.5	69.3	67.0	72.1	70.2	81.9	83.2
Болезни органов дыхания X	303.1	319.9	323.2	375.4	363.0	483.8	459.5	503.5	493.0
Болезни органов пищеварения XI	150.6	152.8	158.7	166.0	165.8	177.1	178.4	190.8	176.0
Болезни кожи и подкожной клетчатки XII	48.8	50.5	50.9	60.3	69.0	68.2	61.5	80.7	71.8
Болезни костно-мышечной системы XIII	84.0	87.8	100.2	109.9	112.0	118.1	119.9	147.9	133.5
Болезни мочеполовой системы XIV	69.1	67.4	74.1	75.4	75.3	84.4	81.2	84.5	76.4
Беременность, роды и послеродовой период XV	6.4	7.0	6.8	8.3	5.6	4.6	4.5	6.0	4.6
Врожденные аномалии XVII	8.2	10.2	10.6	13.5	14.6	14.2	15.2	17.4	15.2
Симптомы, признаки и отклонения от нормы XVIII	84.2	92.9	96.1	97.1	102.4	99.2	113.9	136.7	108.8
Травмы, отравления и др. IX	71.8	74.0	74.5	81.5	77.0	82.5	75.1	78.7	89.4

Таблица 6

Распространенность болезней (болезненность) подростков 15-17 лет по классам причин в городской местности Республики Татарстан на 1 000 среднегодового постоянного населения соответствующего возраста

Наименование классов заболеваний	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.
Итого по всем классам заболеваний	1873.9	2123.3	2239.4	2441.4	2412.8	2729.4	2698.8	2642.9	2829.5
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни I	46.8	51.8	49.8	52.9	53.7	53.4	51.7	65.9	52.9
Новообразования II	5.4	6.1	6.8	6.4	6.2	6.9	6.9	7.9	9.5
Болезни крови III	15.1	17.0	19.5	19.2	19.8	21.8	22.8	21.0	20.8
Болезни эндокринной системы IV	66.6	77.4	84.9	103.2	116.4	118.4	129.4	172.2	130.4
Психические расстройства V	38.6	36.9	34.8	39.4	42.7	39.2	38.8	36.8	36.3
Болезни нервной системы VI	78.1	89.4	97.7	112.2	123.3	139.5	149.7	135.9	134.7
Болезни глаза и его придатков VII	168.0	190.0	194.8	196.6	178.1	202.5	205.7	211.6	218.6
Болезни уха и сосцевидного отростка VIII	40.1	40.2	39.0	38.7	37.5	47.1	48.8	46.2	46.6
Болезни системы кровообращения IX	66.7	80.3	84.8	87.7	85.9	99.8	103.4	100.5	102.2
Болезни органов дыхания X	540.7	620.8	653.3	729.1	713.5	882.5	808.9	763.4	853.6
Болезни органов пищеварения XI	208.6	226.2	218.7	221.0	238.1	258.3	261.4	243.1	248.9
Болезни кожи и подкожной клетчатки XII	82.8	92.5	106.9	115.5	117.6	127.1	119.5	118.1	121.3
Болезни костно-мышечной системы XIII	123.7	137.9	146.4	176.2	161.5	198.7	198.4	184.8	195.7
Болезни мочеполовой системы XIV	144.5	158.3	188.9	192.6	170.6	177.2	178.1	166.9	210.7
Беременность, роды и послеродовой период XV	13.9	21.7	20.9	20.2	20.0	19.4	21.6	9.2	9.7
Врожденные аномалии XVII	20.7	24.2	26.9	29.1	31.4	34.1	33.9	30.6	26.6
Симптомы, признаки и отклонения от нормы XVIII	77.9	100.8	96.1	101.0	108.2	106.6	107.5	114.1	143.6
Травмы, отравления и др. IX	142.8	162.6	179.7	210.7	198.6	207.1	223.2	246.3	272.3

Таблица 7

**Инвалидность среди подростков 15-17 лет в Республике Татарстан,
на 10 тыс. среднегодовой постоянной численности детей, соответствующего возраста**

Наименование классов заболеваний	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г
Итого по всем классам заболеваний	229.4	233.7	236.0	247.3	239.3	236.9	233.2	231.5	234.1
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни I	0.95	1.09	1.24	1.48	1.64	1.23	1.21	0.47	0.64
Новообразования II	8.42	8.69	7.68	6.21	7.24	7.21	7.25	6.02	7.53
Болезни крови III	2.13	1.74	1.61	1.77	2.24	2.88	2.19	1.88	1.52
Болезни эндокринной системы IV	14.3	16.6	17.0	18.7	17.5	17.8	18.6	19.8	21.2
Психические расстройства V	59.0	62.4	66.0	74.3	73.9	76.3	71.1	71.8	72.2
Болезни нервной системы VI	45.4	43.3	42.7	42.2	40.7	39.7	41.6	40.2	39.4
Болезни глаза и его придатков VII	19.9	21.1	19.9	20.5	18.3	20.0	19.3	20.3	20.5
Болезни уха и сосцевидного отростка VIII	10.9	9.89	10.4	10.7	9.93	9.88	8.99	9.38	8.81
Болезни системы кровообращения IX	1.75	2.33	2.58	2.72	2.17	1.59	1.59	2.19	1.60
Болезни органов дыхания X	8.56	8.50	8.22	8.10	7.96	8.87	9.74	8.99	9.05
Болезни органов пищеварения XI	2.22	2.19	2.79	2.96	2.70	2.52	2.79	2.50	2.80
Болезни кожи и подкожной клетчатки XII	2.13	2.24	1.99	1.89	1.71	1.59	1.74	1.49	1.20
Болезни костно-мышечной системы XIII	12.2	13.0	13.0	14.1	13.8	10.5	11.7	11.3	12.4
Болезни мочеполовой системы XIV	7.67	7.45	7.84	7.10	6.32	5.55	5.21	5.24	5.37
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде XV	0.05	0.20	0.16	0.12	0.26	0.22	0.15	0.08	0.08
Врожденные аномалии XVII	27.9	26.7	26.3	27.4	26.1	25.9	25.7	26.4	26.4
Травмы, отравления и др. IX	5.96	6.31	6.66	7.10	6.78	5.27	4.31	3.44	3.36

Таблица 8

Заболевания, послужившие причиной инвалидизации среди подростков 15-17 лет в Республике Татарстан

Наименование классов заболеваний	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г
Итого по всем классам заболеваний	4 848	4 705	4 393	4 182	3 637	3 285	3 087	2 961	2 922
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни I	20	22	23	25	25	17	16	6	8
Новообразования II	178	175	143	105	110	100	96	77	94
Болезни крови III	45	35	30	30	34	40	29	24	19
Болезни эндокринной системы IV	302	334	316	316	266	247	246	253	264
Психические расстройства V	1 247	1 257	1 228	1 257	1 123	1 058	942	919	901
Болезни нервной системы VI	959	871	795	713	619	550	551	514	492
Болезни глаза и его придатков VII	420	425	370	347	278	277	255	260	256
Болезни уха и сосцевидного отростка VIII	230	199	194	181	151	137	119	120	110
Болезни системы кровообращения IX	37	47	48	46	33	22	21	28	20
Болезни органов дыхания X	181	171	153	137	121	123	129	115	113
Болезни органов пищеварения XI	47	44	52	50	41	35	37	32	35
Болезни кожи и подкожной клетчатки XII	45	45	37	32	26	22	23	19	15
Болезни костно-мышечной системы XIII	258	261	242	238	210	145	155	144	155
Болезни мочеполовой системы XIV	162	150	146	120	96	77	69	67	67
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде XV	1	4	3	2	4	3	2	1	1
Врожденные аномалии XVII	590	538	489	463	396	359	340	338	330
Травмы, отравления и др. IX	126	127	124	120	103	73	57	44	42

Приложение 2

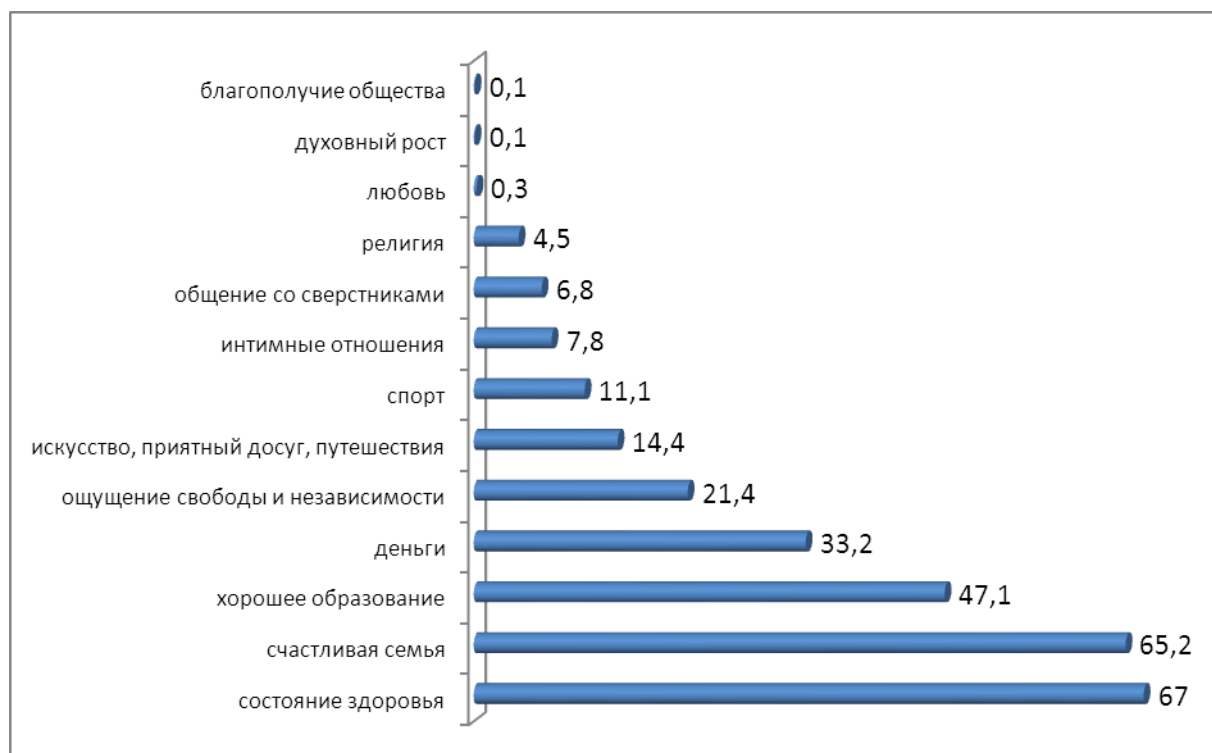
Результаты социологических исследований

Рисунок 1. Распределение ответов на вопрос: «Какие жизненные ценности имеют наибольшее значение для Вас?», в %



Рисунок 2. Распределение ответов на вопрос: «Какие жизненные ценности имеют наибольшее значение для Вас?» в зависимости от пола, в %

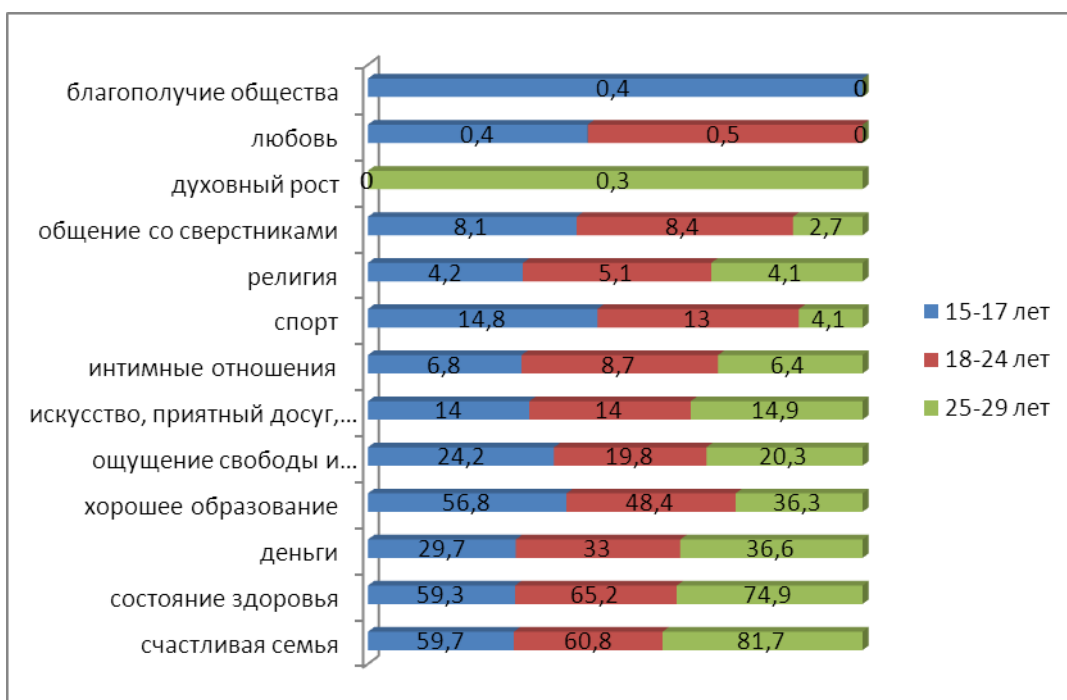


Рисунок 3. Распределение ответов на вопрос: «Какие жизненные ценности имеют наибольшее значение для Вас?» в зависимости от возраста, в %

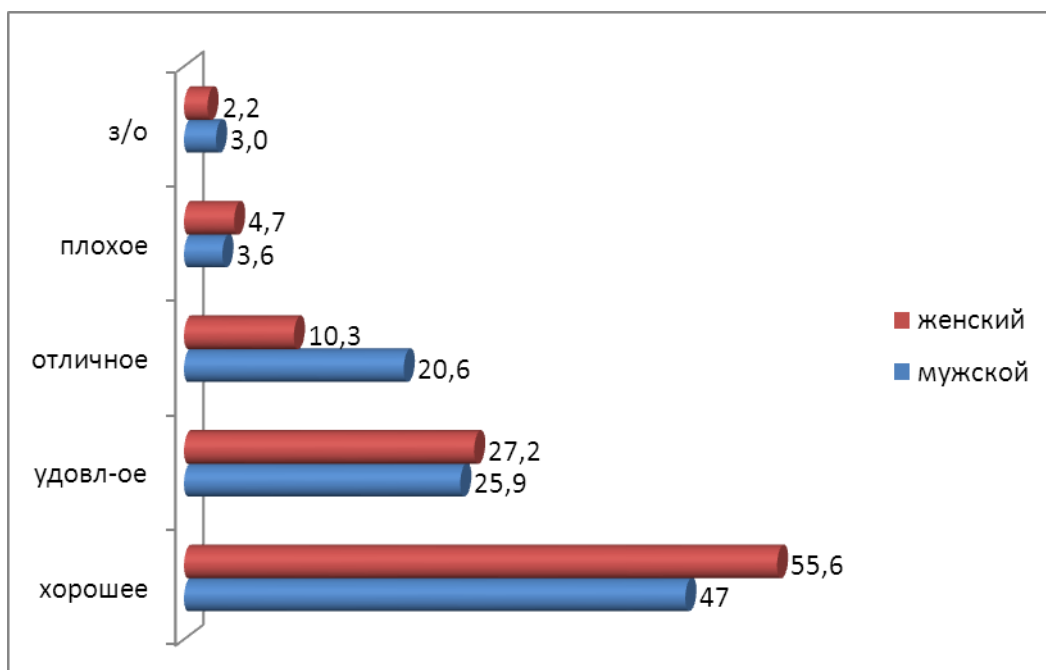


Рисунок 4. «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья на сегодняшний день?», в зависимости от пола, в %

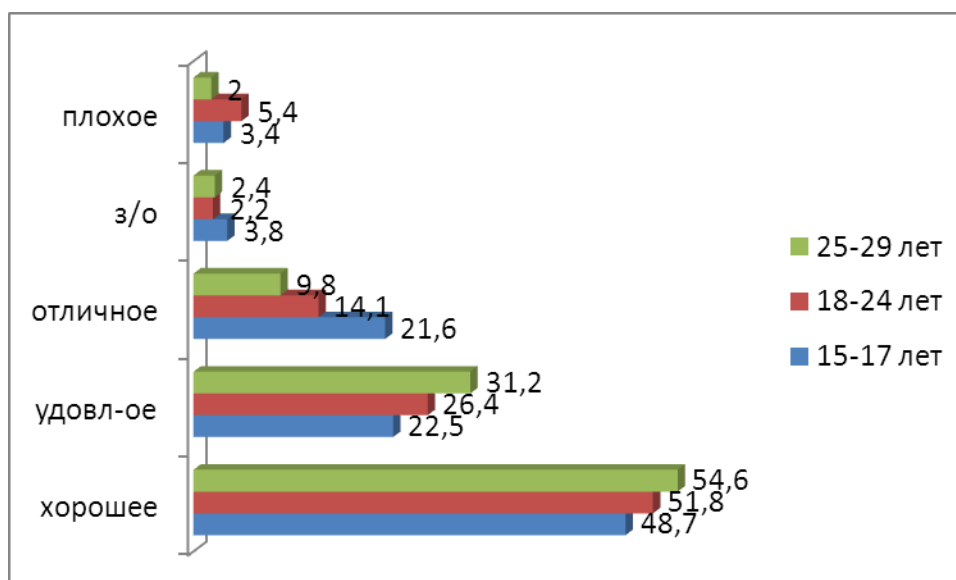


Рисунок 5. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья на сегодняшний день?», в зависимости от возраста, в %

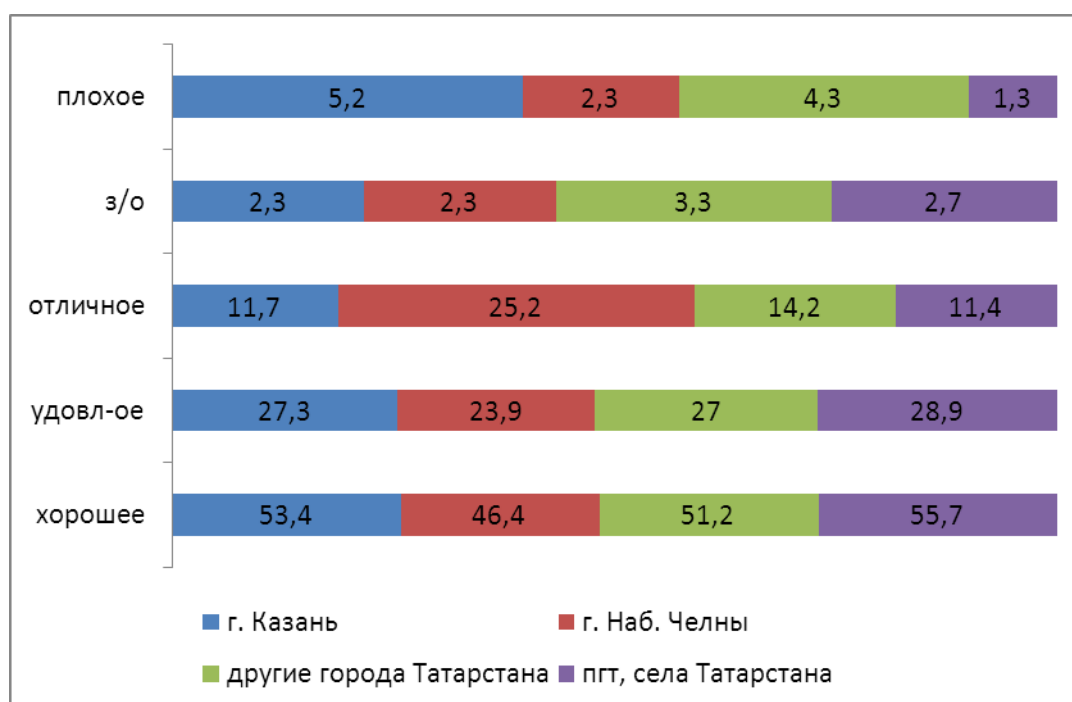


Рисунок 6. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья на сегодняшний день?», в зависимости от места проживания, в %



Рисунок 7. Распределение ответов на вопрос: «Уделяете ли Вы достаточное внимание своему здоровью?» в %

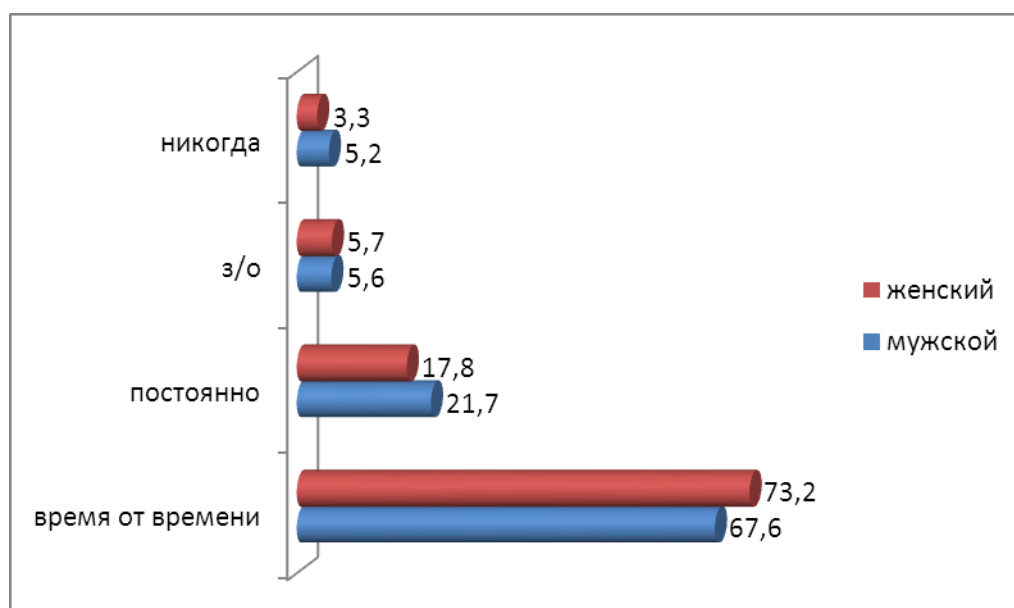


Рисунок 8. Распределение ответов на вопрос: «Уделяете ли Вы достаточное внимание своему здоровью?» в зависимости от пола, в %



Рисунок 8. Распределение ответов на вопрос: «Что на Ваш взгляд, может негативно воздействовать на состояние Вашего организма?» в %



Рисунок 9. Распределение ответов на вопрос: «Что на Ваш взгляд, может негативно воздействовать на состояние Вашего организма?» в зависимости от пола, в %

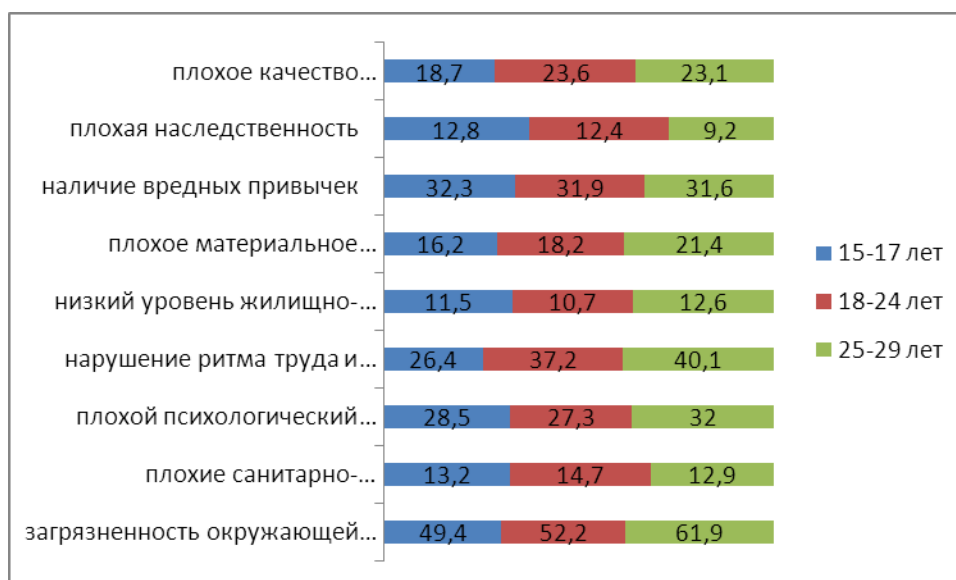


Рисунок 10. Распределение ответов на вопрос: «Что на Ваш взгляд, может негативно воздействовать на состояние Вашего организма?» в зависимости от возраста, в %

Таблица 1.

«Что на Ваш взгляд, может негативно воздействовать на состояние Вашего организма?» в зависимости от места проживания, в %

Показатели	Место проживания			
	г. Казань	г. Набережные Челны	другие города Татарстана	пгт, села Татарстана
загрязненность окружающей среды	58,7	54,3	46,4	45,9
нарушение ритма труда и отдыха	38,5	30,5	38,4	30,8
наличие вредных привычек	32,6	35,0	33,2	22,6
плохое материальное положение	15,6	22,0	21,3	21,2
плохое качество медицинского обслуживания	23,7	22,4	23,2	17,8
плохой психологический климат на работе или дома	30,8	22,9	37,9	16,4
низкий уровень жилищно-бытовых условий	10,4	11,2	11,8	15,8
плохие санитарно-гигиенические условия труда	13,9	9,9	19,0	12,3
плохая наследственность	8,2	17,5	16,6	10,3
затрудняюсь ответить	5,4	6,3	3,3	4,8



Рисунок 11. Распределение ответов на вопрос: «Что Вы делаете для сохранения и укрепления своего здоровья?», в %

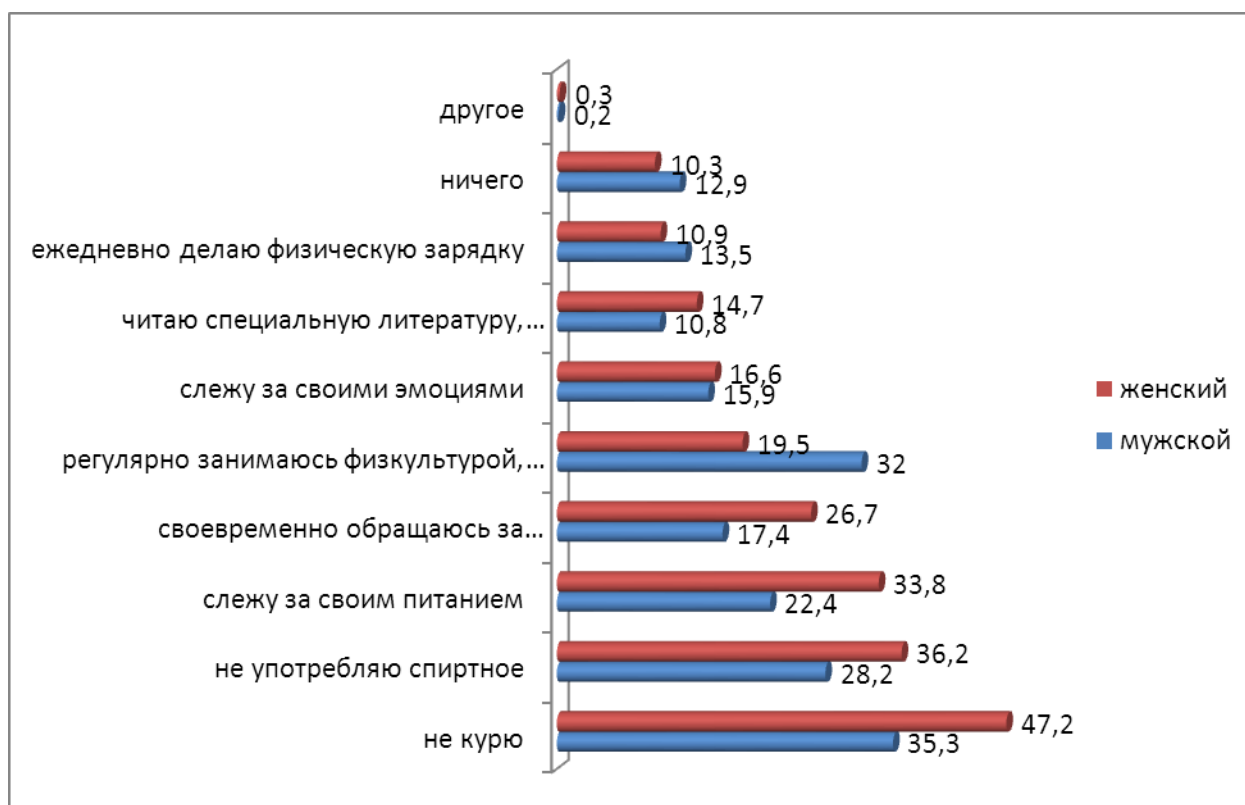


Рисунок 12. Распределение ответов на вопрос: «Что Вы делаете для сохранения и укрепления своего здоровья?», в зависимости от пола, в %

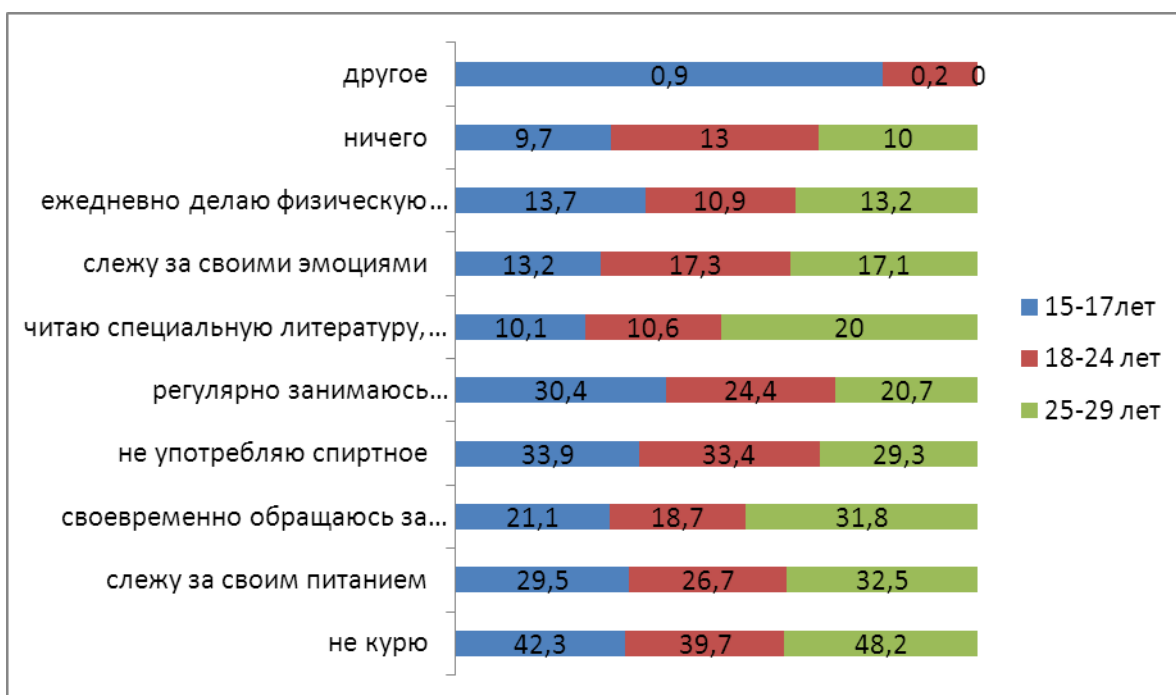


Рисунок 13. Распределение ответов на вопрос: «Что Вы делаете для сохранения и укрепления своего здоровья?», в зависимости от возраста, в %

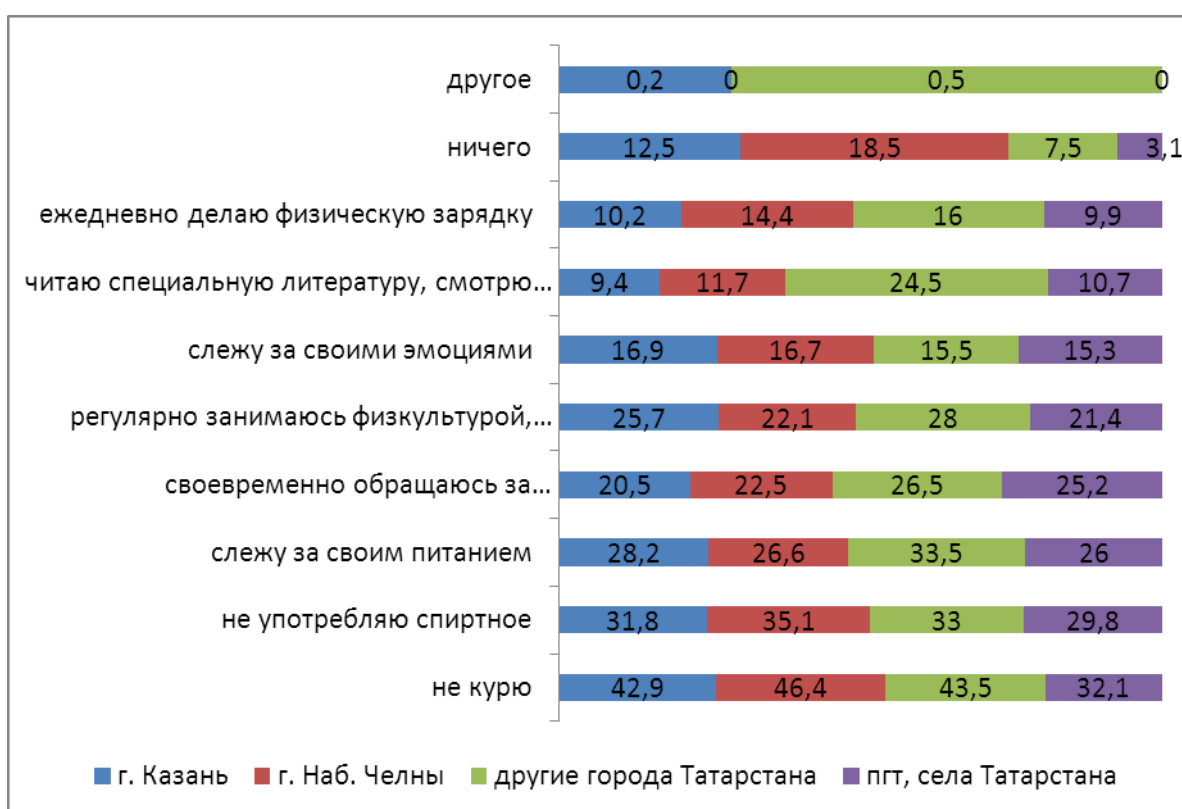


Рисунок 14. Распределение ответов на вопрос: «Что Вы делаете для сохранения и укрепления своего здоровья?», в зависимости от места проживания, в %

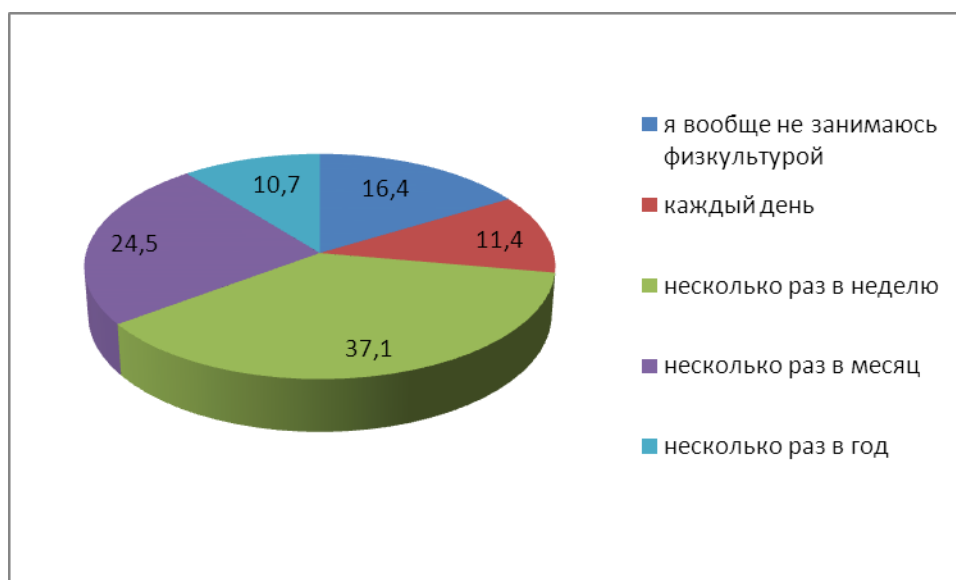


Рисунок 15. Распределение ответов на вопрос: «Занимаетесь ли вы физкультурой?» в %

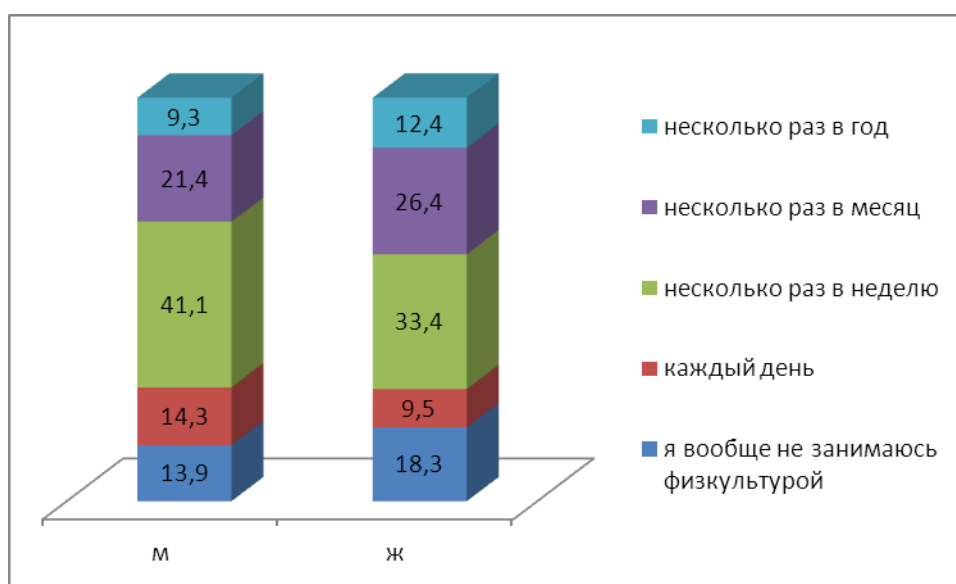


Рисунок 16. Распределение ответов подростков на вопрос: «Занимаетесь ли вы физкультурой?», в зависимости от пола, в %

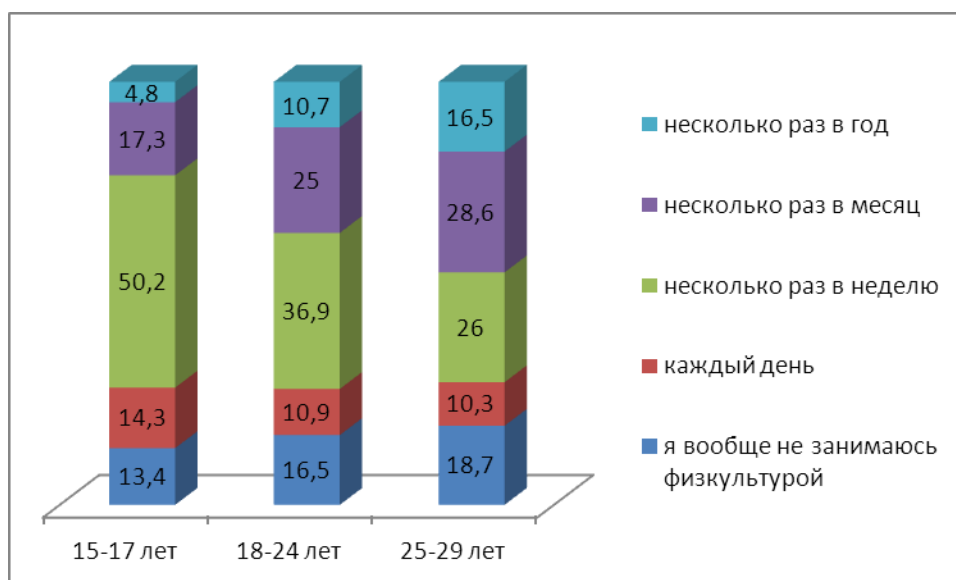


Рисунок 17. Распределение ответов на вопрос: «Занимаетесь ли вы физкультурой?», в зависимости от возраста, в %

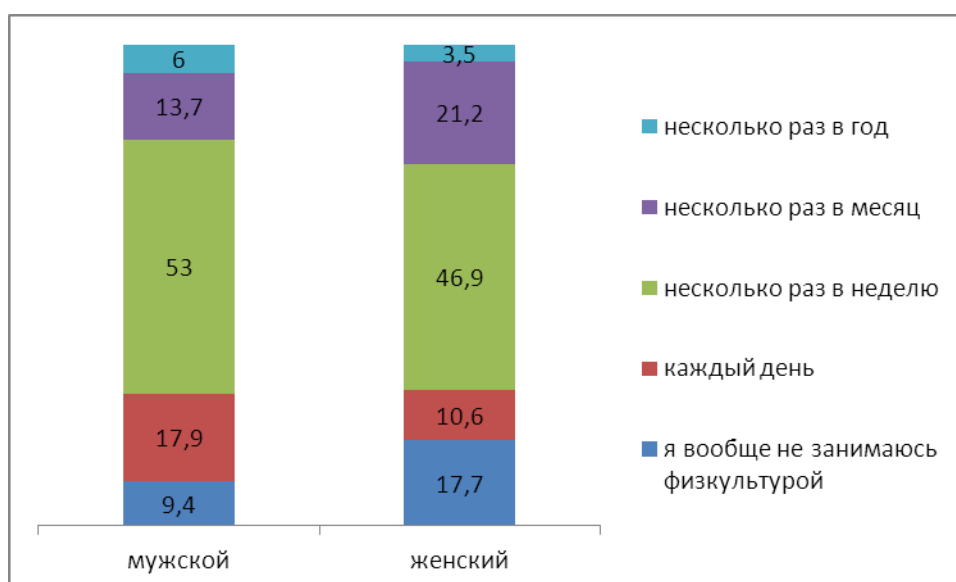


Рисунок 18. Распределение ответов подростков на вопрос: «Занимаетесь ли вы физкультурой?», в зависимости от пола, в %

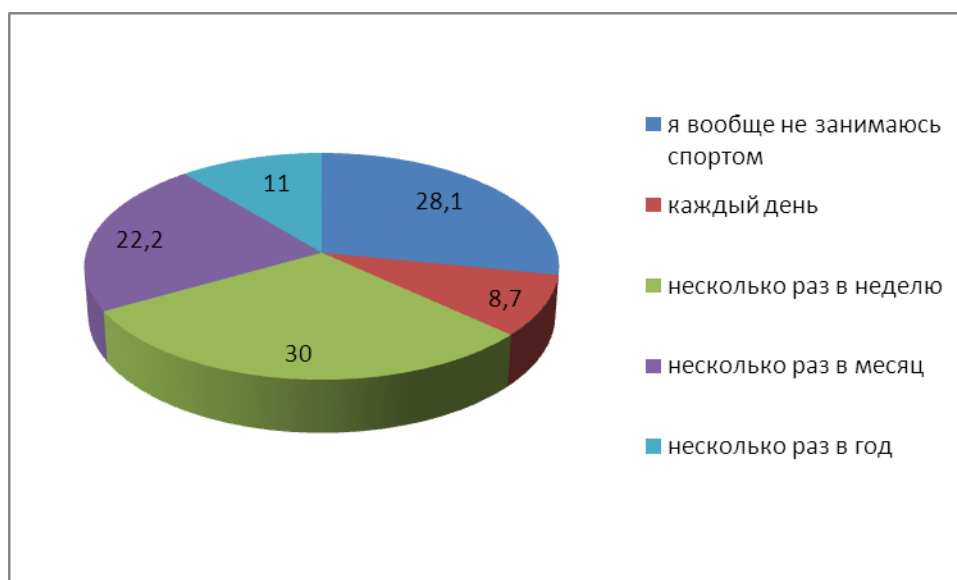


Рисунок 19. Распределение ответов на вопрос: «Занимаетесь ли вы спортом?» в %

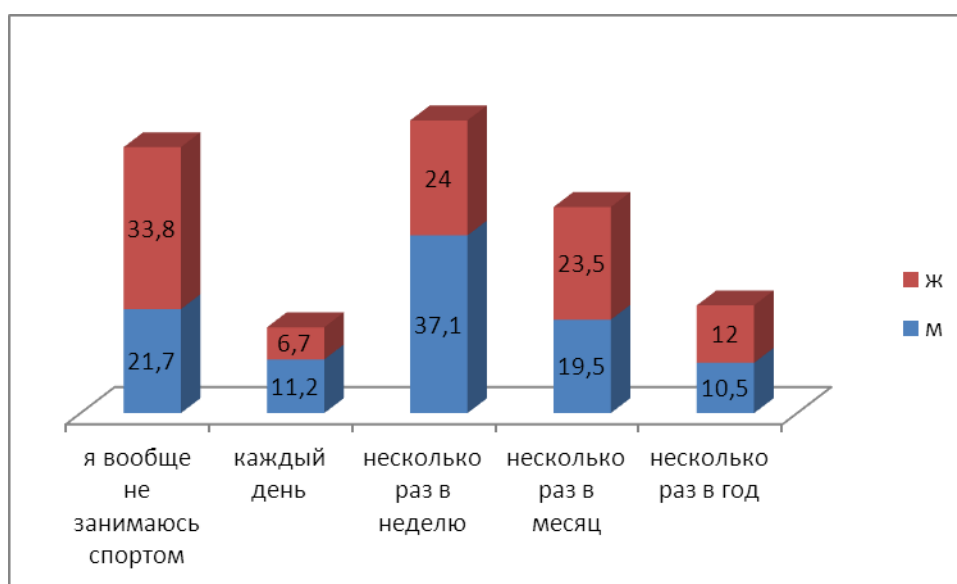


Рисунок 20. Распределение ответов на вопрос: «Занимаетесь ли вы спортом?», в зависимости от пола, в %

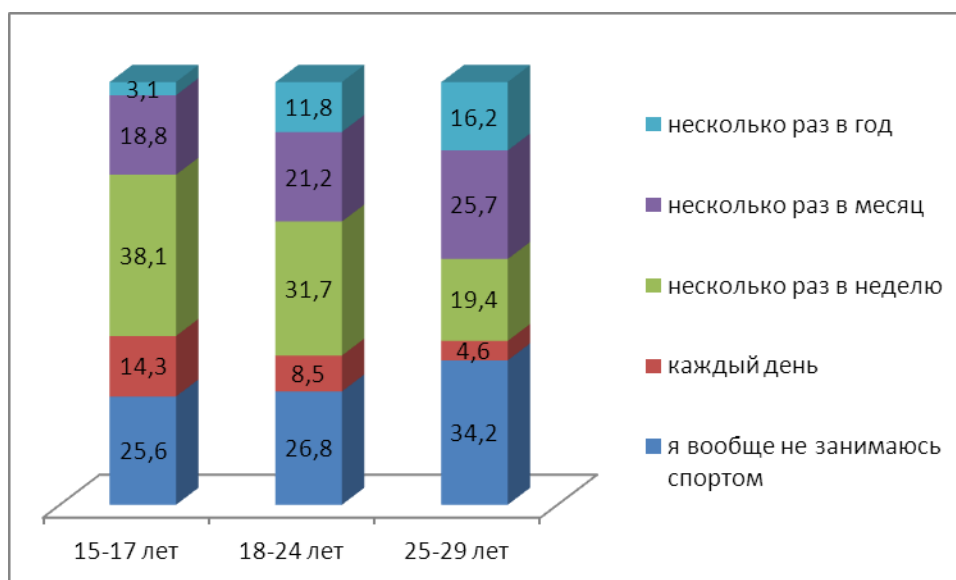


Рисунок 21. Распределение ответов на вопрос: «Занимаетесь ли вы спортом?», в зависимости от возраста, в %

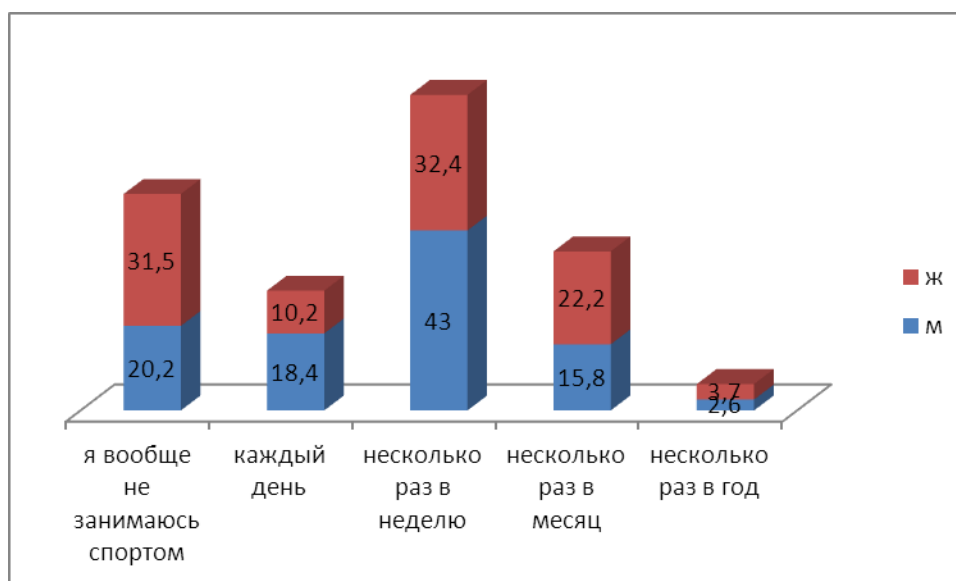


Рисунок 22. Распределение ответов подростков на вопрос: «Занимаетесь ли вы спортом?», в зависимости от пола, в %

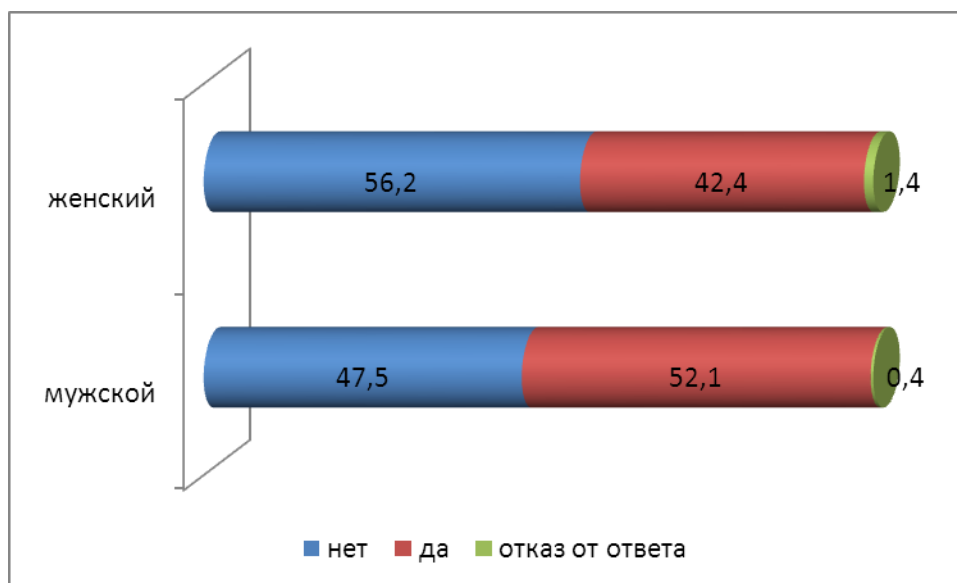


Рисунок 23. Распределение ответов на вопрос: «Употребляете ли вы алкогольные напитки?» в зависимости от пола, в %

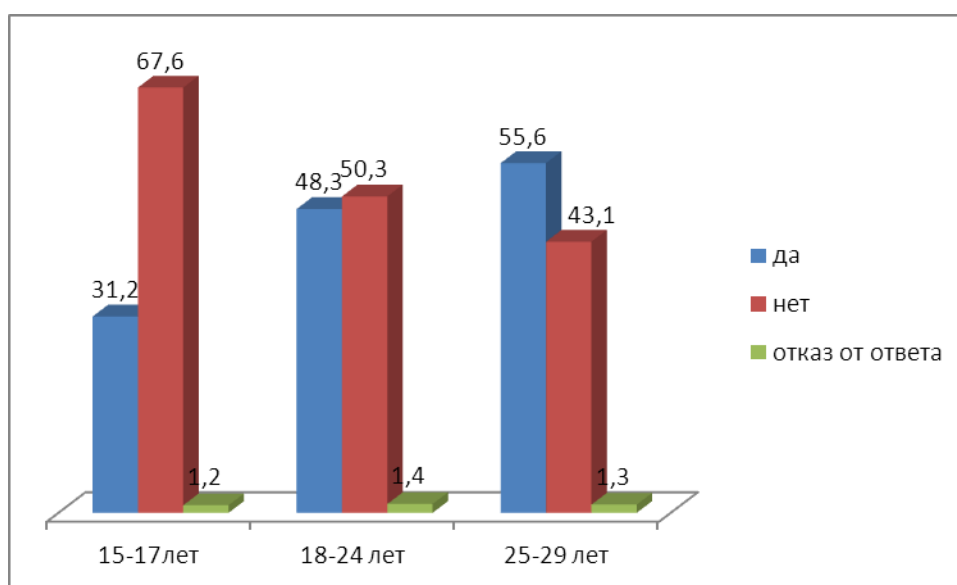


Рисунок 24. Распределение ответов на вопрос: «Употребляете ли Вы алкогольные напитки?» в зависимости от возраста, в %

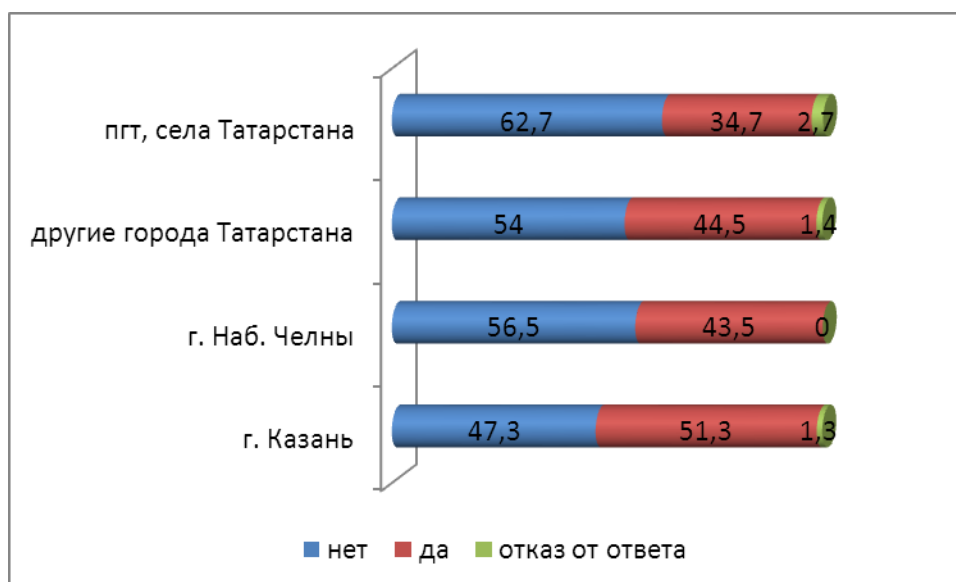


Рисунок 25. Распределение ответов на вопрос: «Употребляете ли Вы алкогольные напитки?» в зависимости от места проживания, в %

Таблица 2.

Распределение ответов на вопрос: «Какие спиртные напитки Вы употребляете и как часто?»

Варианты ответов	Спиртные напитки					
	пиво	водка, ликеры	вино	шампанское	коньяк	слабоалкогольные напитки
очень редко, в особых случаях	26,1	57,6	63,5	79,3	69,1	62,2
один раз в месяц и реже	20,9	25,3	24,9	15,2	22,8	16,2
два-три раза в месяц	19,5	11	8,8	3,7	4,2	10,1
один раз в неделю	19,7	2,5	1,1	0,8	1,6	5,7
два-три раза в неделю	10,8	2,2	0,5	0,3	0,7	2,7
почти каждый день	3,1	0,6	0,8	0,5	1	2
з/о	0	0,8	0,3	0,3	0,7	1
итого	100	100	100	100	100	100

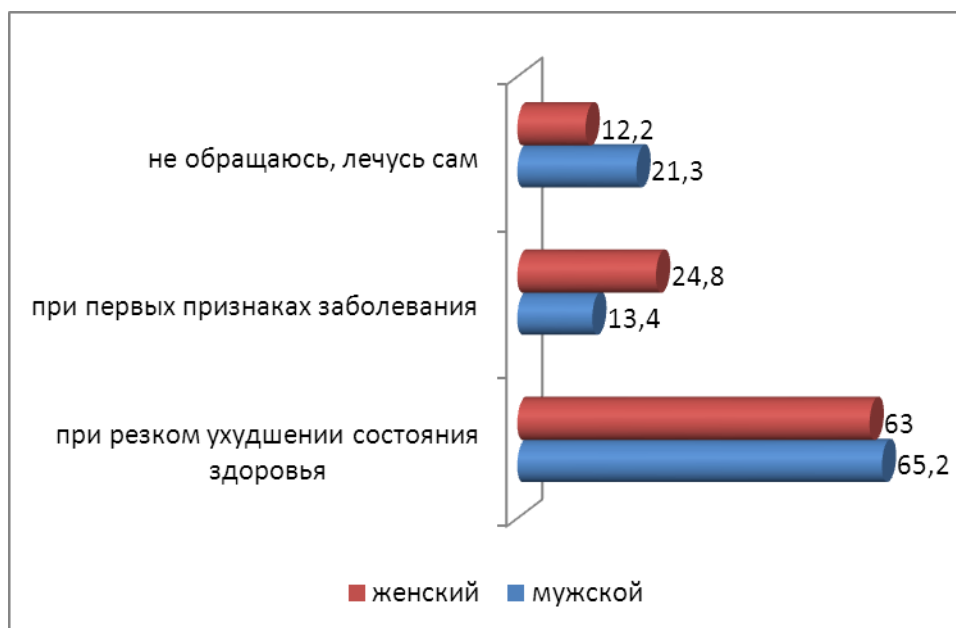


Рисунок 26. Распределение ответов на вопрос: «В каких случаях обычно Вы обращаетесь за медицинской помощью?», в зависимости от пола, в %

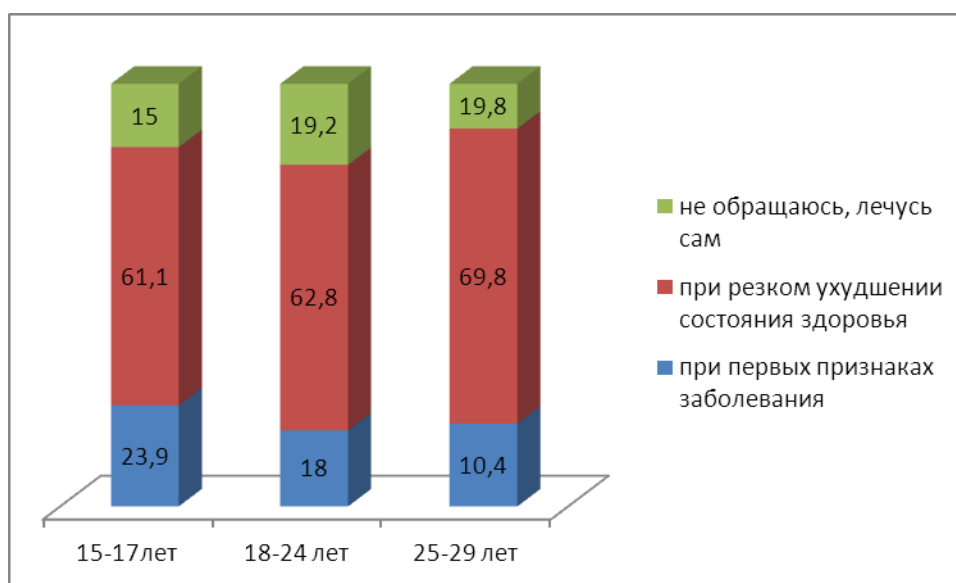


Рисунок 27. Распределение ответов на вопрос: «В каких случаях обычно Вы обращаетесь за медицинской помощью?», в зависимости от возраста, в %

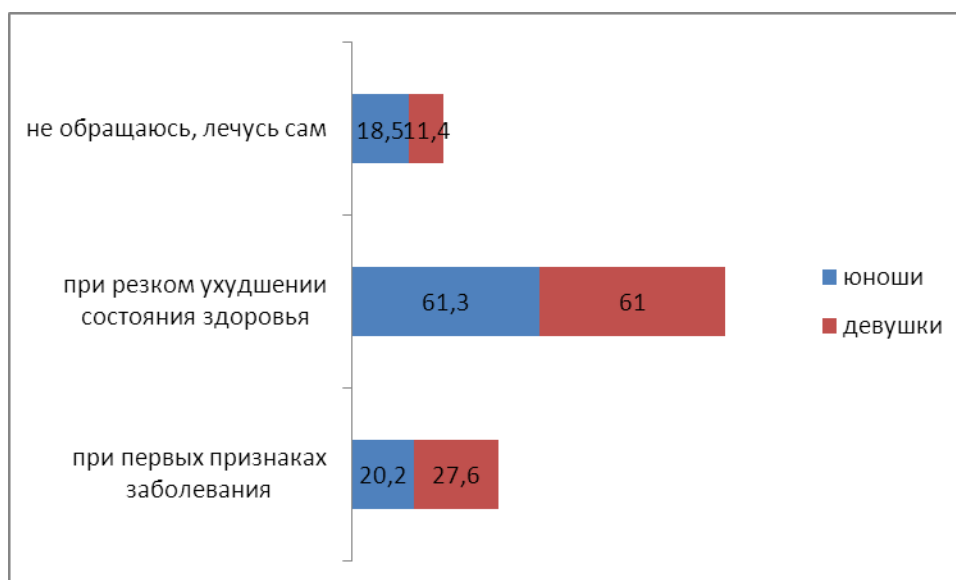


Рисунок 28. Распределение ответов подростков на вопрос: «В каких случаях обычно Вы обращаетесь за медицинской помощью?», в зависимости от пола, в %



Рисунок 29. Распределение ответов на вопрос: «К кому Вы предпочитаете обращаться по поводу своего заболевания?» в %



Рисунок 30. Распределение ответов на вопрос: «К кому Вы предпочитаете обращаться по поводу своего заболевания?» в зависимости от пола, в %

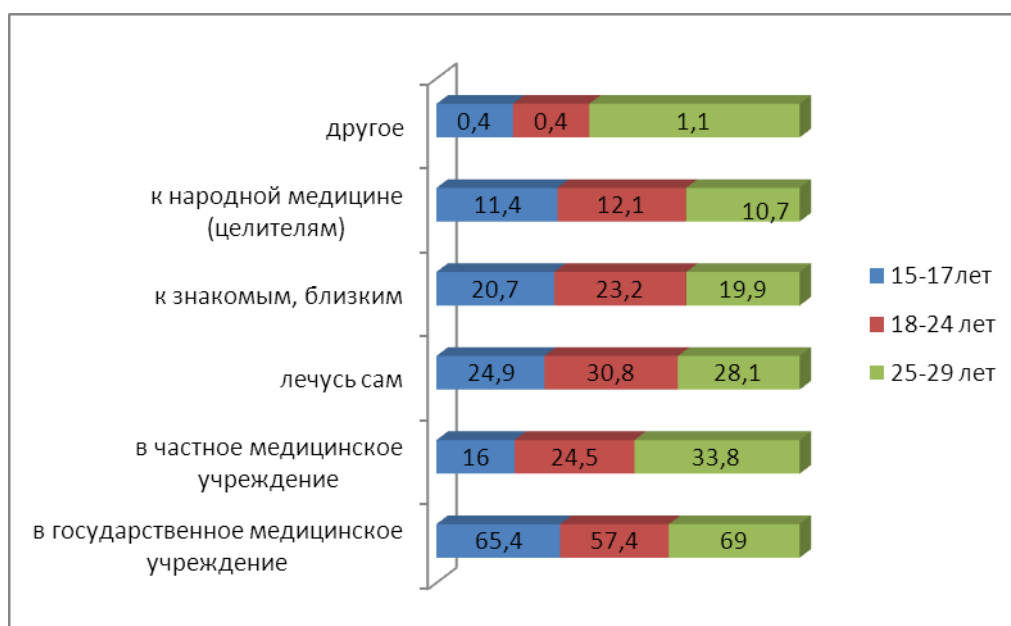


Рисунок 31. Распределение ответов на вопрос: «К кому Вы предпочитаете обращаться по поводу своего заболевания?» в зависимости от возраста, в %

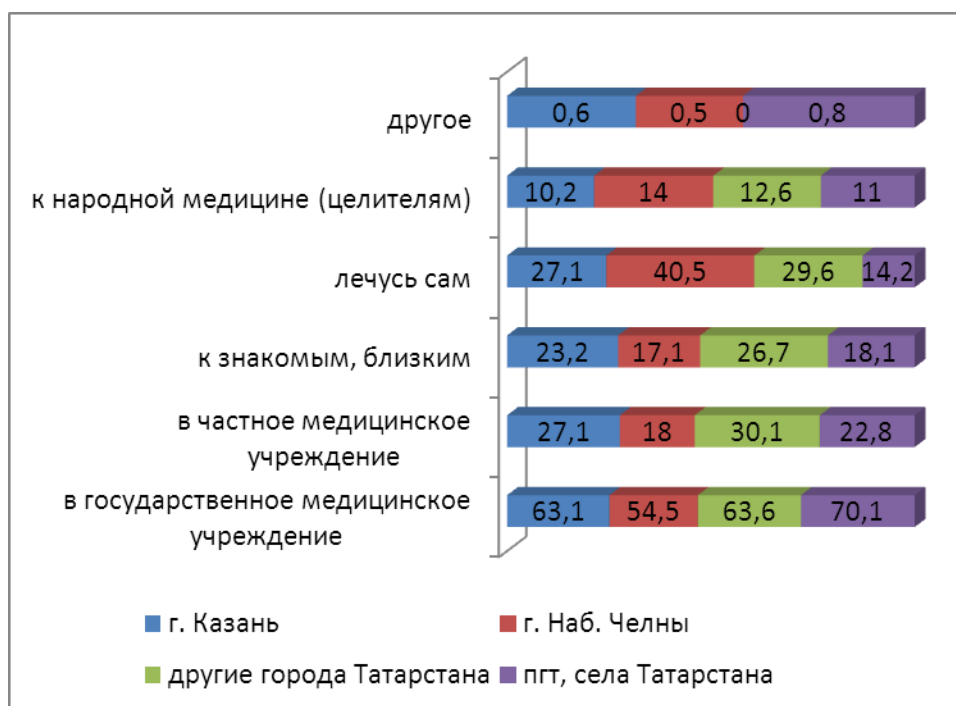


Рисунок 32. Распределение ответов на вопрос: «К кому Вы предпочитаете обращаться по поводу своего заболевания?» в зависимости от места жительства, в %

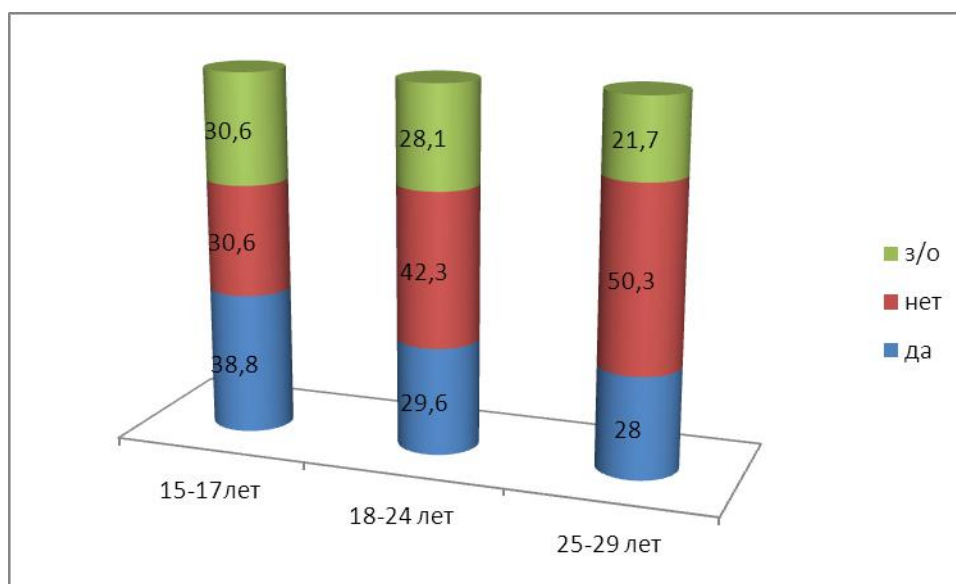


Рисунок 33. Распределение ответов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы состоянием медицинского обслуживания в Вашем населенном пункте?» в зависимости от возраста, в %

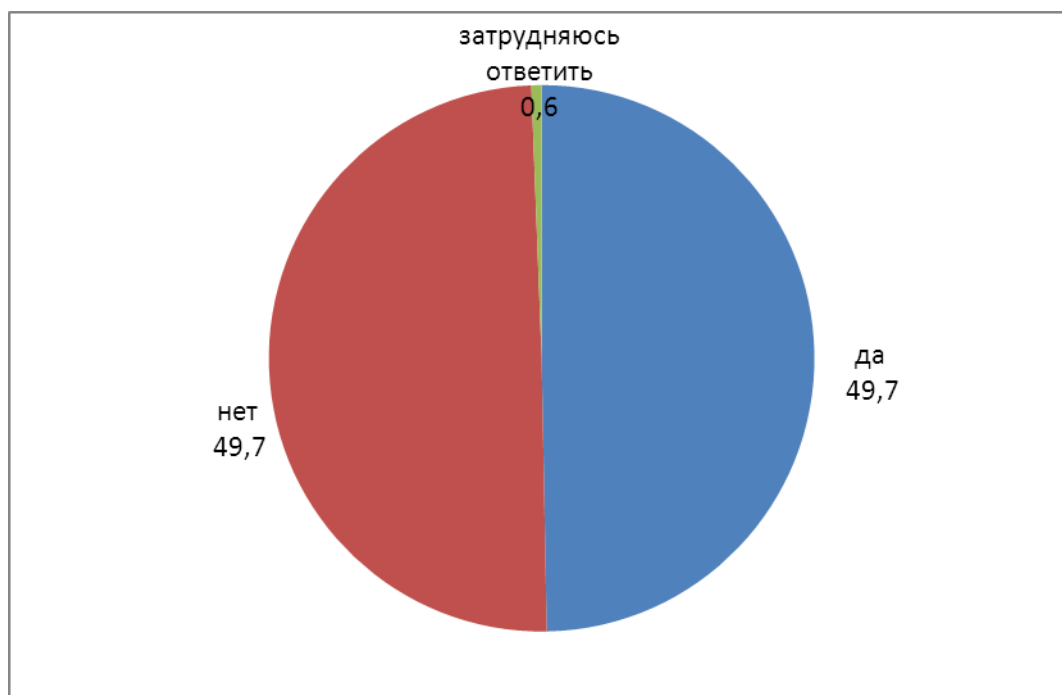


Рисунок 34. Распределение ответов на вопрос: «Обращались ли Вы за медицинской помощью в поликлиники по месту жительства в текущем году?» в %

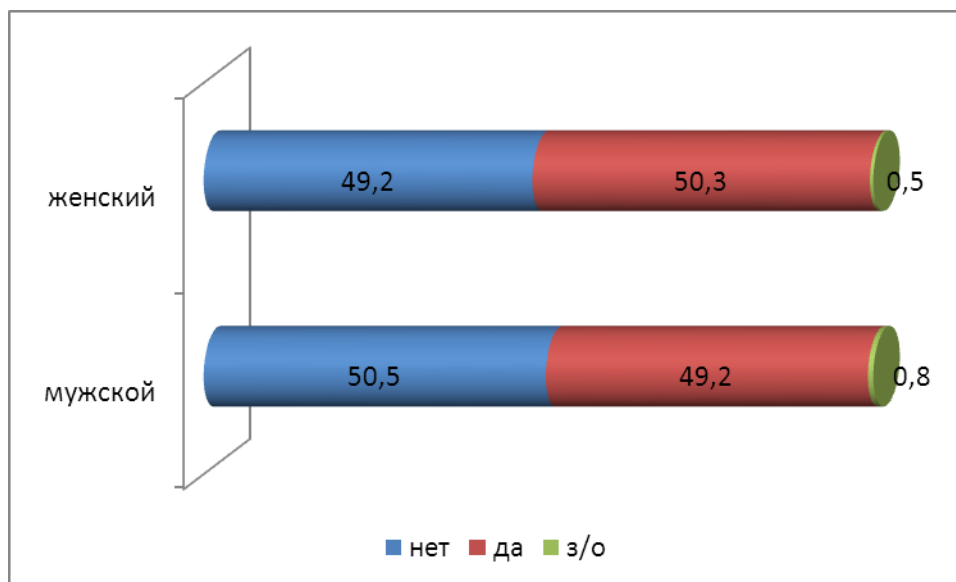


Рисунок 35. Распределение ответов на вопрос: «Обращались ли Вы за медицинской помощью в поликлиники по месту жительства в текущем году?» в зависимости от пола, в %

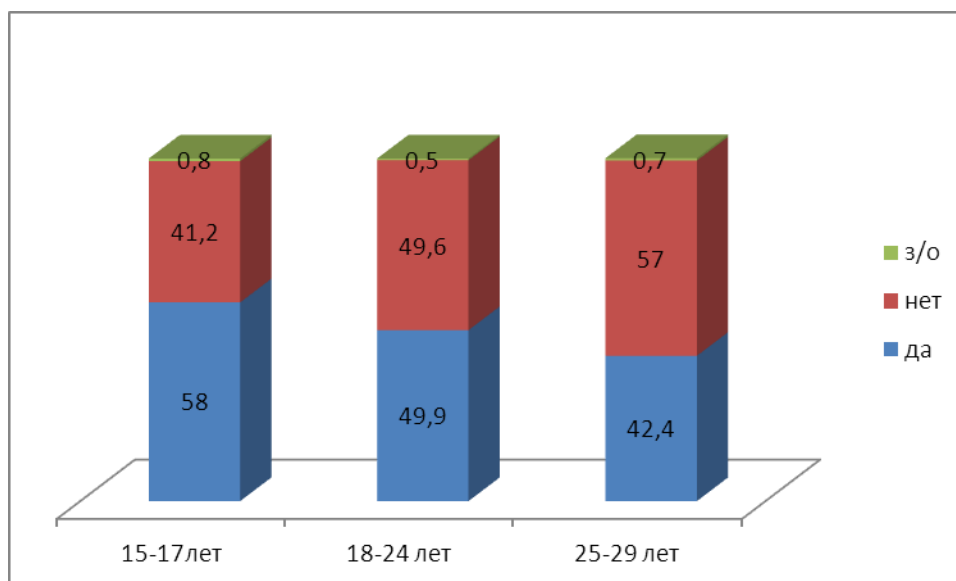


Рисунок 36. Распределение ответов на вопрос: «Обращались ли Вы за медицинской помощью в поликлиники по месту жительства в текущем году?» в зависимости от возраста, в %

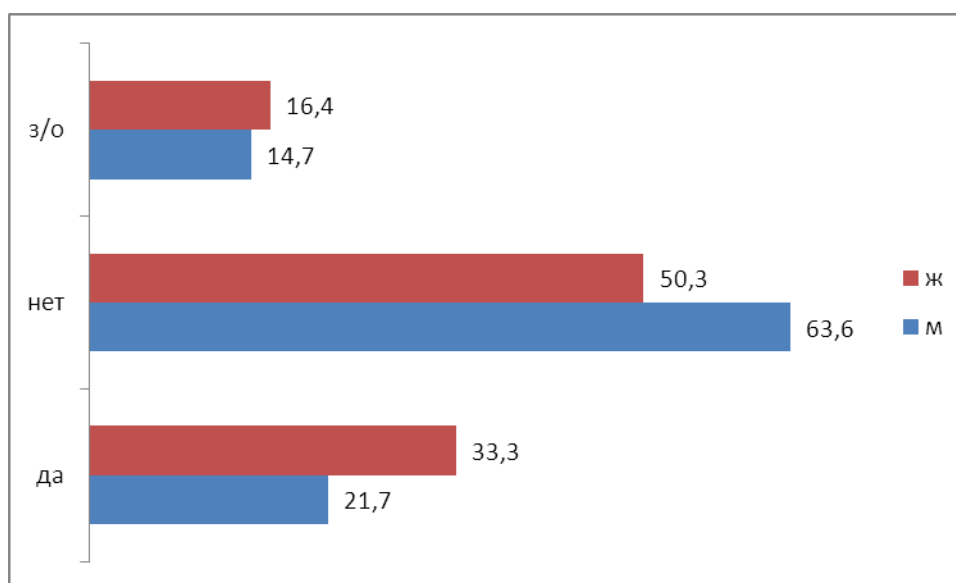


Рисунок 37. Распределение ответов на вопрос: «Имеете ли Вы хронические заболевания?», в зависимости от пола, в %

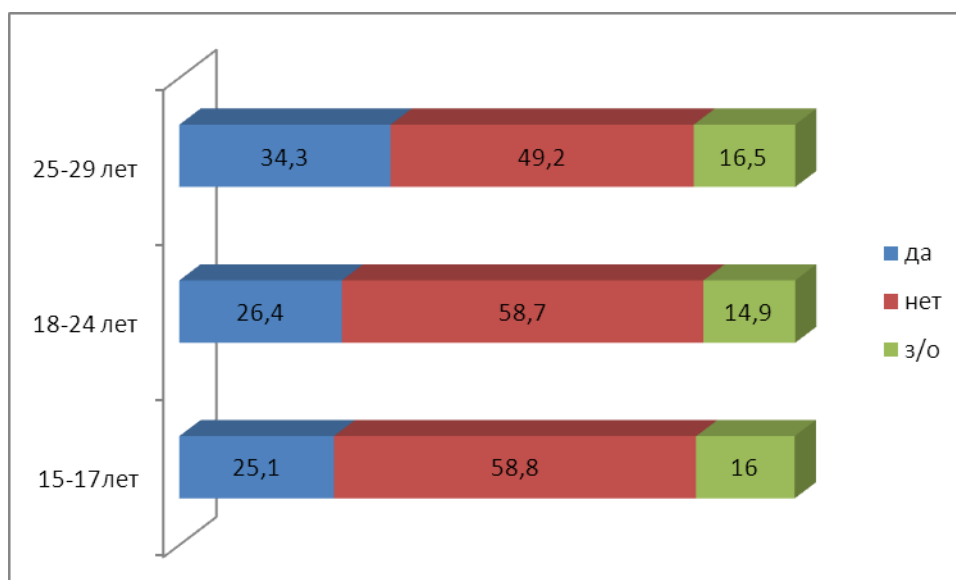


Рисунок 38. Распределение ответов на вопрос: «Имеете ли Вы хронические заболевания?», в зависимости от возраста, в %

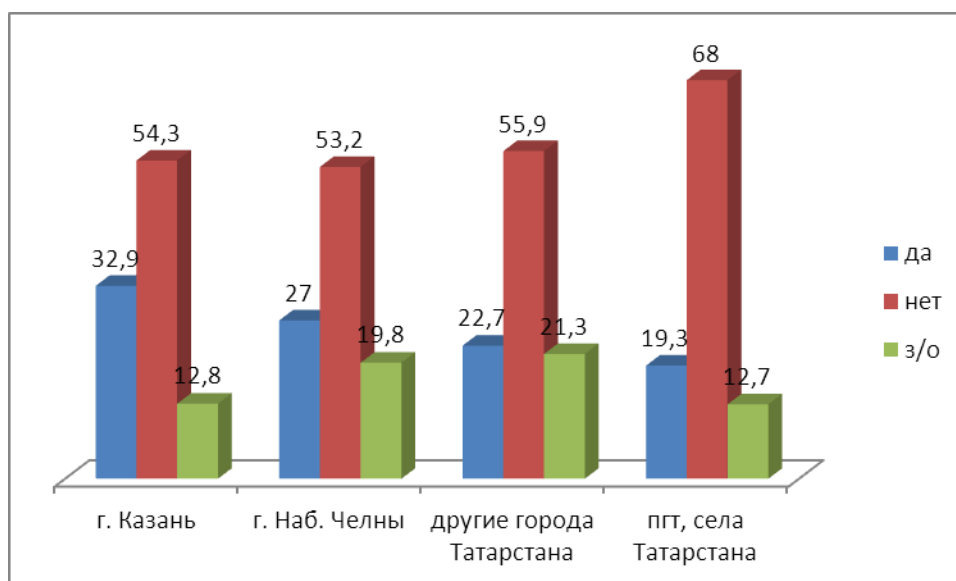


Рисунок 39. Распределение ответов на вопрос: «Имеете ли Вы хронические заболевания?», в зависимости от места проживания, в %

Таблица 3

Распределение ответов на вопрос «Если Вы имеете хронические заболевания, обращаетесь ли к врачу?», в %

	Обращаюсь к врачу как минимум два раза в год	Обращаюсь к врачу один раз в год или менее	Не обращаюсь к врачу	Не имею заболеваний	Всего
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	6,0	7,2	9,7	77,1	100
новообразования	2,1	2,3	10,9	84,8	100
болезни крови	2,2	2,8	9,0	86,0	100
болезни эндокринной системы	3,1	4,1	10,1	82,7	100
болезни нервной системы	2,8	3,2	9,9	84,1	100
болезни глаз и его придаточного аппарата	3,8	5,5	8,2	82,5	100
болезни уха	2,6	2,2	9,3	85,9	100
болезни системы кровообращения	2,1	1,5	9,4	87,0	100
болезни органов дыхания	4,0	4,3	9,2	82,5	100
болезни органов пищеварения	3,6	6,9	9,0	80,6	100
болезни кожи	2,3	2,2	8,9	86,6	100
болезни кожно-мышечной системы	2,0	1,8	10,0	86,3	100
болезни мочеполовой системы	2,9	3,5	8,6	84,9	100
осложнения беременности	1,3	,7	9,3	88,7	100
врожденные аномалии	1,2	1,0	9,7	88,1	100
травмы, отравления	3,6	5,2	8,7	82,5	100

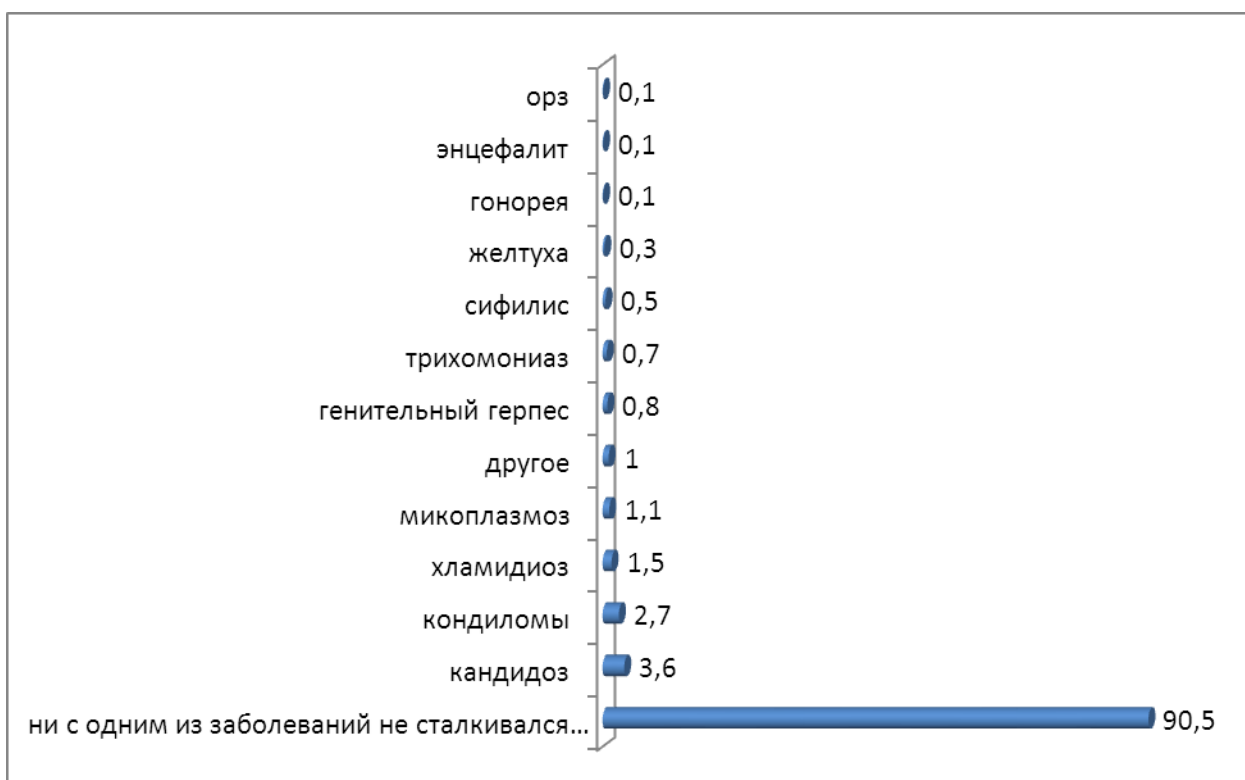


Рисунок 40. Распределение ответов на вопрос: «Случалось ли Вам перенести какое-либо из перечисленных заболеваний?», в %

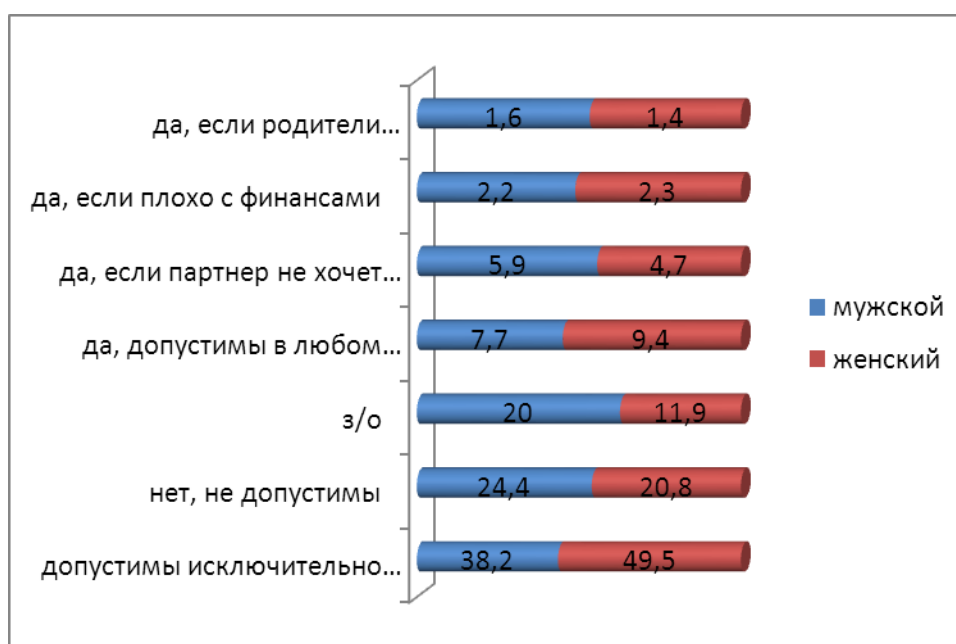


Рисунок 41. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы считаете, допустимы ли аборты?» в зависимости от пола, в %

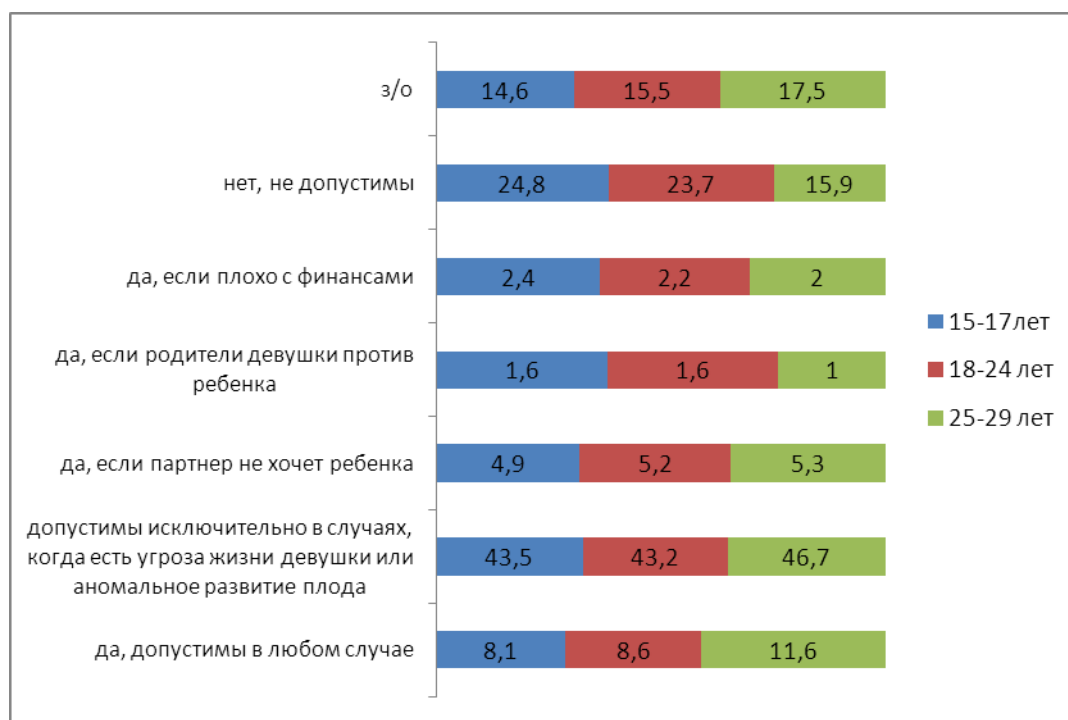


Рисунок 42. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы считаете, допустимы ли аборты?» в зависимости от возраста, в %