

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

УДК 613.96-053.7

*И.А. Свиридова***МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ
(НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ)**

Статья посвящена реализации социальной политики в области охраны и укрепления здоровья студентов вузов Кемеровской области. Определены критерии оценки медицинской, социальной, экономической эффективности действующих социально-медицинских программ. Даны характеристики результатов внедрения моделей первичной медико-социальной и специализированной помощи студентам.

Ключевые слова: студенты; качество жизни; медико-социальные детерминанты; здоровье.

Важнейшим показателем национального богатства и необходимым условием процветания любой нации является состояние здоровья населения [1. С. 5; 2. С. 5; 3. С. 6; 4. С. 37; 5. С. 81]. Серьезность кризисных явлений в России в области экономики, социальной политики, экологии, культуры, медицины, образования с его интенсифицированным учебным процессом уже привела к состоянию, которое демографы называют депопуляцией – вымиранием населения, это находит свое отражение в неблагоприятных медико-демографических показателях заболеваемости и смертности, продолжительности жизни [6. С. 10–18; 7. С. 5–11; 8. С. 11; 9. С. 15; 10. С. 79; 11. С. 43–48]. Безусловно, ухудшается здоровье нации, происходит деформация жизненных ценностей, мотивационной сферы, нарушение института семьи, растут алкоголизация, наркопотребление и наркомания, преступность, проституция, ВИЧ-инфицированность и заболеваемость СПИДом, вирусным гепатитом. Особенно среди молодежи. Все это происходит на фоне учащенных стихийных природных бедствий и чрезвычайных ситуаций, вызванных производственными авариями и военными действиями, при отсутствии навыков у населения здоровьесберегающего поведения в повседневной жизни и в различных опасных ситуациях [12. С. 142–146; 13. С. 25–30; 14. С. 49–52; 15. С. 27–30; 16. С. 63–66; 17. С. 42–47].

В сфере общественного здоровья все шире признается, что здоровье определяется не только поведенческими, биологическими и генетическими факторами, но также и рядом экономических, экологических и социальных детерминант [18. С. 52; 19. С. 4–16; 20. С. 15–21; 21. С. 27–29; 22. С. 94]. Детерминанты можно трактовать как причины, опосредующие факторы и влияние окружающей среды [23. С. 15–17].

Проблема профилактики основных неинфекционных и социально-значимых заболеваний, формирования здорового образа жизни у населения относится к числу приоритетных задач общества и государства [24. С. 50–53; 25. С. 54–57; 26. С. 156–158; 27. С. 133–135; 28. С. 24; 29. С. 81–89]. Важное значение при этом отводится программам охраны здоровья, связанным с совершенствованием внешних условий жизнедеятельности человека, речь идет обо всей совокупности факторов, формирующих среду обитания и развития индивида и общества: природных, социальных, климатических, психоэмоциональных и др.

Без решения данной группы вопросов невозможно эффективное формирование здорового образа жизни молодого поколения [30. С. 214; 31. С. 114–117; 32. С. 112; 33. С. 161–164; 34. С. 165–166; 35. С. 204–205].

Здоровье человека на 50 и более процентов определяется его образом жизни, который человек для себя выбирает в соответствии со своими психофизиологическими, индивидуальными особенностями, со своими убеждениями, привычками.

Здоровье человека и поведенческие привычки, влияющие на него, формируются в основном в детском и подростковом возрасте. Ситуации, когда известно, что многие факторы, влияющие на здоровье, управляемы самим человеком, возрастает роль формирования у школьников навыков и привычек здорового образа жизни (ЗОЖ). Поэтому успехи в обеспечении здоровья, безопасности жизни всего населения могут быть достигнуты только с помощью создания системы общегосударственных, межведомственных профилактических мероприятий среди подрастающего поколения и, прежде всего, с помощью системы эффективного гигиенического обучения воспитания молодежи [36. С. 41–45; 37. С. 435–437; 38. С. 167–169, 39. С. 67–70].

Национальная доктрина образования провозглашает идею гуманизации образования, приоритет воспитания над обучением формирования у детей и молодежи современного целостного научного мировоззрения, навыков самообразования и самореализации. Одной из основных задач государства в сфере образования является всесторонняя забота о здоровье и физическом воспитании и развитии учащихся и студентов. Решение этой задачи связано с формированием культуры здоровья у всех субъектов образовательного процесса. Здоровье при этом рассматривается как цель и условие качественного обучения основа самоактуализации, достижения жизненного успеха и как критерий деятельности образовательного учреждения.

Министерство образования РФ считает главной целью своей деятельности и деятельности органов управления образования педагогических коллективов в этом направлении – воспитание ответственного отношения обучающихся, воспитанников к собственному здоровью и здоровью окружающих людей как к одной из главных жизненных ценностей человека, подготовку их к жизни в семье и обществе.

Анализ литературы свидетельствует о наличии значительного количества исследований, посвященных, в основном, изучению состояния здоровья студентов и детерминации его социально-бытовыми факторами, условиями обучения, медицинским обслуживанием.

Но практически нет масштабных перспективных исследований, посвященных организации и созданию новых структур в учреждениях образования различного уровня по формированию и сохранению здоровья студентов, не описаны социальные программы, направленные на сохранение и формирование здоровья студентов на всех уровнях власти, не учтена их эффективность и перспектива.

Изложенное выше предопределяет необходимость научной разработки, реализации и оценки программ, направленных на решение медико-социальных проблем студенческой молодежи на основе комплексного изучения и оценки их общественного здоровья.

Пилотные объекты для проведения исследования были представлены шестью высшими учебными заведениями Кемеровской области. Студенты этих вузов рассматривались в качестве объекта исследования, соответственно каждый студент являлся единицей наблюдения.

Основными социальными проблемами студенческой молодежи на региональном уровне являются: сохранение здоровья, трудности с жилищными условиями, уровень цен на товары и услуги, охрана от преступлений, образование и трудности учебы, безработица, духовное самочувствие и развитие, правовая защита, проблемы профессионального образования.

Изучение здоровья показало, что уровень общей заболеваемости изучаемого контингента соответствует $540,74 \pm 0,51\%$. К числу основных заболеваний, определяющих структуру обращений за медицинской помощью, относятся болезни органов дыхания, инфекционные заболевания, осложнения беременности и родов, травмы и отравления, болезни костно-мышечной системы.

Разницы в структуре заболеваемости среди студентов различных вузов не выявлено. Показатели общей и первичной заболеваемости студентов значительно ниже таковых среди подросткового и взрослого населения города, что можно, по-видимому, объяснить недостаточной медицинской активностью студенческого контингента вследствие высокой учебной загруженности и недостаточного внимания к собственному здоровью. В структуре заболеваемости не выявлено различий в наблюдаемых группах.

Исследование уровня здоровья студентов выявило, что основная масса студентов имеет 3-ю группу здоровья, 36,6% – 2-ю группу и единицы – 1, 4 и 5-ю группы.

Анализ обеспеченности студентов амбулаторно-поликлинической помощью показал, что на каждого студента в 2000–2004 гг. приходилось $7,61 \pm 1,42$ посещений в год. Подобный показатель в расчете на одного жителя Кемеровской области был равен 9,9 посещениям.

Формирование социальной политики предусматривало изменение структуры и функций органов управления здравоохранения и образования в целях совершенствования вертикали управления и конкретизации управленческих функций.

В целях оптимизации системы профилактики, прогнозирования и реабилитации в лечебно-профилактические учрежде-

ния, оказывающие медицинскую помощь студентам, были внедрены современные технологии управления. Особое внимание уделялось созданию единого информационного пространства системы охраны здоровья студентов. Важное место отводилось инновационным технологиям корпоративного управления реализацией социальной политики охраны и укрепления здоровья студентов.

Существенная роль при формировании перспективной модели организации медико-социальной помощи студентам отводилась координации взаимодействия медицинских и образовательных структур, а также внедрению инновационных технологий организации медико-социальной помощи с учетом удовлетворенности студентов качеством медицинской помощи, социальной защищенности и выделения контингентов особого внимания среди данного контингента в целях осуществления адресной медико-социальной политики.

Технология организации многоуровневой и многоэтапной системы оказания медицинской помощи предусматривала проведение анализа состояния здоровья студентов в целях определения их реальной потребности в медицинской помощи, оценку организации медицинской помощи с учетом реальной потребности, анализ удовлетворенности студентов качеством предоставленных медицинских услуг на этапах медицинской помощи.

Реализация стратегии социальной политики в области охраны и укрепления здоровья студентов, повышения качества их жизни предполагала разработку и внедрение эффективных моделей первичной медико-социальной и специализированной помощи, подготовку пакета документов по формированию заказов заданий медицинским учреждениям, оптимизацию методики формирования подушевых нормативов финансирования студентов в условиях ОМС, обеспечение адекватного оказания медицинской помощи на основе эффективного использования ресурсов здравоохранения в условиях многоуровневой многоэтапной системы дифференцированной медицинской помощи (рис. 1).

Оценка эффективности оказания многоэтапной дифференцированной медицинской помощи (МП) в условиях многоуровневой системы предоставления стационарных медицинских услуг в рамках программы госгарантий проводилось в трех аспектах с учетом медицинской, социальной и экономической эффективности.

В качестве критериев для определения медицинского эффекта использовался удельный вес осложнений, уровень качества лечения в динамике.

Для оценки социального эффекта применялись показатели, характеризующие обеспечение удовлетворенности и потребности студентов в медицинской помощи.

Материалы изучения здоровья студентов и организации медицинской помощи, выявленные социальные проблемы профессионального образования и студенческой молодежи использовались при разработке основных направлений социальной политики Кемеровской области, обеспечивающей повышение качества жизни студенческой молодежи.

Реализация основных направлений социальной политики, обеспечивающих повышение качества жизни студенческой молодежи, разработанных с использованием данных характеризующих здоровье и образ жизни учащейся молодежи, материалов актуализации проблем про-

фессионального образования и медицинского обслуживания, способствовала улучшению качества жизни студенческой молодежи и укреплению её здоровья.

Уровень общей заболеваемости студентов с $540,74 \pm 0,51$ (2000–2004 гг.) уменьшился до $534,34 \pm 0,50$ (2004–2008 гг.); ($p < 0,05$).



Рис. 1. Технология организации многоуровневой и многоэтапной системы оказания медицинской помощи студентам

Аналогичная тенденция характерна и для показателей первичной заболеваемости. Её уровень уменьшился с $322,31 \pm 1,24$ (2000–2004 гг.) до $311,49 \pm 1,60$ (2004–2008 гг.) в расчете на 1000 студентов ($p < 0,05$).

Таким образом, реализация основных направлений социальной политики, разработанной с использованием данных, характеризующих состояние здоровья и образ жизни студенческой молодежи, материалов актуализации проблем профессионального образования, анализа организации медицинского обслуживания студентов, обеспечила снижение общей заболеваемости изучаемого контингента с $540,74 \pm 0,51\%$ (2000–2004 гг.) до $534,34 \pm 0,50\%$ (2004–2008 гг.); первичной заболеваемости – с $322,31 \pm 1,24\%$ до $311,49 \pm 1,60\%$.

Произошло уменьшение удельного веса студентов, имеющих уровень физического развития ниже среднего с $19,5 \pm 0,69\%$ (2004 г.) до $16,4 \pm 0,72\%$ (2008 г.). Число студентов, соблюдающих режим питания, возросло с $14,5 \pm 0,3\%$ в 2004 г. до $21,7 \pm 0,4\%$ в 2008 г.

Количество курильщиков среди студентов снизилось на $11,9 \pm 0,1\%$ (2004–2008 гг.).

Отмечается повышение медицинской активности вузовской молодежи с $23,3 \pm 0,1\%$ в 2004 г. до $36,8 \pm 0,3\%$ в 2008 г.

Количество студентов, занимающихся самолечением, с $40,4 \pm 0,2\%$ (2000–2004 гг.) уменьшилось до $27,6 \pm 0,2\%$ (2004–2008 гг.).

К 2009 г. на $30,9 \pm 0,2\%$ повысилась удовлетворенность исследуемого контингента организацией медицинского обслуживания, на $13,4 \pm 0,1\%$ сократилось число претензий на неудобный график работы медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений, на $21,3 \pm 0,2\%$ – очередность на прием к врачу, на $14,7 \pm 0,3\%$ – на невнимательное отношение медработников к пациентам.

Следовательно, реализация основных направлений социальной политики способствовала улучшению качества жизни студенческой молодежи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасименко Н.Ф. Новое в Российском законодательстве в сфере охраны здоровья // Экономика здравоохранения. М., 2004. № 11–12 (89).
2. Денисов И.Н. Болонский процесс: структурные изменения в медицинском образовании России // Экономика здравоохранения. М., 2004. № 9 (87).
3. Стародубов В.И. Концепция единой информационно-аналитической системы Сибирского окружного медицинского центра // Экономика здравоохранения. М., 2004. № 5–6 (84).
4. Bowling A. Measuring Disease: a review of quality of life measurement scales. Philadelphia, 1997.
5. Determining a minimal change in a disease-specific quality of life questionnaire/ E.F. Juniper, G.H. Guyatt, A. Griffith et al. // J. Clin. Epidemiol. 1994. Vol. 47, № 1.
6. Акопян А.С. Организационно-правовые формы медицинских организаций и платные медицинские услуги в государственных учреждениях здравоохранения // Экономика здравоохранения. М., 2004. № 5–6 (84).
7. Вялков А.И. О необходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранении // Экономика здравоохранения. М., 2001. № 1.
8. Дружинин Н.П. Состояние, динамика и структурные особенности процессов воспроизводства населения ряда регионов севера // Бюл. ННИИ общественного здоровья РАМН. М., 2004. Вып. 5.

9. *Некоторые подходы к оценке качества лечебно-диагностического процесса* / В.З. Кучеренко, Е.П. Яковлев, Ю.Н. Кудрявцев и др. // Проблемы управления здравоохранением. 2003. № 1 (8).
10. *Решетников А.В.* Организация и проведение медико-социологического мониторинга // Экономика здравоохранения. М., 2002. № 3.
11. *Щепин О.П.* Формирование медико-демографических процессов в Российской Федерации // Вестник РАМН. 2001. № 5.
12. *Гречко А.В.* Анализ деятельности дерматовенерологических учреждений в Российской Федерации // Бюл. ННИИ общественного здоровья РАМН. М., 2004. Вып. 5.
13. *Динамика основных демографических показателей Астраханской области* / Д.О. Ермолаев, А.Г. Сердюков, Ю.Н. Ермолаева и др. // Бюл. ННИИ общественного здоровья РАМН. М., 2004. Вып. 5.
14. *Лисицын Ю.П.* Концепция факторов риска и образ жизни // Здравоохранение Российской Федерации. 1998. № 3.
15. *Методические подходы к управлению факторами, определяющими адекватность медицинской помощи* / Т.П. Васильева, А.С. Чумаков, В.В. Трофимов и др. // Экономика здравоохранением. М., 2004. № 2 (81).
16. *Редько А.Н.* Некоторые результаты мониторинга ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае // Бюл. ННИИ общественного здоровья РАМН. М., 2004. Вып. 5.
17. *Рзянкина М.Ф.* Смертность детей и подростков от внешних причин и пути ее снижения // Бюл. ННИИ общественного здоровья РАМН. М., 2004. Вып. 5.
18. *Дерматовенерологическая помощь в региональной системе здравоохранения (Самарская модель)* / Г.И. Гусарова, И.Г. Шакуров, Н.В. Кунгуров и др. Самара, 2002.
19. *Онищенко Г.Г.* Контроль за инфекционными заболеваниями – стратегическая задача здравоохранения России в XXI веке // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2002. № 6.
20. *Тихонова Л.И.* Эпидемиологическая ситуация с заболеваниями, передаваемыми половым путем // Заболевания, передаваемые половым путем. 1995. № 4.
21. *Филатов Н.Н.* Роль отдельных факторов среды обитания в изменении здоровья детского и подросткового населения Москвы // Здравоохранение РФ. 1998. № 5.
22. *Януха М.В.* Динамика регистрации больных сифилисом и гонореей в сельской местности в России в 1905–1995 гг. // Материалы научно-практической конференции, посвященной 25-летию КВД. М., 1996. № 23. 94 с.
23. *Белов В.Б.* Детерминанты здоровья // Бюл. ННИИ общественного здоровья РАМН. М., 2005. Вып. 4.
24. *Калиниченко А.В.* Экономический анализ в системе управления медико-производственными организациями // Бюл. ННИИ общественного здоровья РАМН. М., 2005. Вып. 3.
25. *Клименко Г.Я.* Организация контроля и лечения госпитальной инфекции в региональном многопрофильном стационаре с позиций доказательной медицины // Бюл. ННИИ общественного здоровья РАМН. М., 2005. Вып. 3.
26. *Максимова Т.М.* Социальный градиент в формировании здоровья населения. М., 2005. 238 с.
27. *Филатов В.Б.* Некоторые подходы к созданию системы регулирования отношений медицинских работников с пациентами в работе ЛПУ // Бюлл. ННИИ общественного здоровья РАМН. М., 2005. Вып. 4.
28. *Baum F.* Social Capital: is it good for your health Issues for a public health agenda // J. Epidemiology Commune Health. 1999. № 53 (4).
29. *Anandarajah G.* Spirituality and Medical Practice: Using the HORE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment // Am. Fam. Physician. 2001. № 63.
30. *Кулагина Э.Н.* Экономика здравоохранения: поиск резервов. Н. Новгород: Бланкоиздат, 1998. 214 с.
31. *Максимова Т.М.* Социальный градиент в формировании здоровья населения. М., 2005. 238 с.
32. *Развитие учения о качестве* / А.Г. Ластовецкий, Р.И. Пташинский, Д.В. Пацукова и др. // Материалы II Международной научно-технической конференции «Здоровье и образование в XXI веке». М., 2001.
33. *Ракита Д.Д.* Организация борьбы с курением // Бюл. ННИИ общественного здоровья РАМН. М., 2004. Вып. 5.
34. *Тихонова Ю.В.* Мотивы выбора медицинской профессии // Бюл. ННИИ общественного здоровья РАМН. М., 2004. Вып. 5.
35. *Флетчер Р.* Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины: Пер. с англ. М., 2004. 350 с.
36. *Вялков А.И.* Потребности и возможности общественного здоровья // Бюл. ННИИ общественного здоровья РАМН. М., 2005. Вып. 4.
37. *Ильин Е.П.* Мотивация и мотивы // Методика изучения мотивов учебной деятельности студентов. (Серия «Мастера психологии»). СПб: Питер, 2000.
38. *Федорова Н.А.* Проблемы здравоохранения и некоторые пути их решения в Астраханской области // Бюл. ННИИ общественного здоровья РАМН. М., 2004. Вып. 5.
39. *Кудрина Е.А.* Качество жизни как интегральный показатель состояния здоровья населения // Бюл. ННИИ общественного здоровья РАМН. М., 2005. Вып. 4.

Статья представлена научной редакцией «Биология» 4 июля 2009 г.