

ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЮ МОЛОДЫХ МУЖЧИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В БЕЛАРУСИ

М.Ю.Сурмач, А.В.Ногтева

Гродненский государственный медицинский университет,
ул. М.Горького, 80, 230009, г. Гродно, Республика Беларусь

Наиболее перспективной в поисках путей влияния на поведение в сфере здоровья следует признать разработку малоизученной пока области – витального поведения, которое базируется на осознании человеком собственной активной роли в создании условий, способствующих сохранению и приумножению здоровья, и высокой ценности здоровья в ряду индивидуальных жизненных ценностей. С целью установить особенности отношения к здоровью мужчин молодого возраста, проживающих в Беларуси, раскрыть медико-социальный портрет мужчин с наиболее благоприятными характеристиками здоровьесбережения, выполнен анализ данных опроса 895 мужчин 18–30 лет (выборка, репрезентативная страновой). Выявлено, что потенциальный молодой белорус, отвечающий наиболее благоприятным поведенческим характеристикам по отношению к собственному здоровью (физически активен, без вредных привычек, не имевший депрессий, суицидальных мыслей, оценивающий здоровье в качестве основной жизненной ценности), – это чаще горожанин, независимо от возраста (в пределах изученных возрастных границ 18–30 лет) имеющий высшее образование или получающий его, состоящий в браке, воспитывавшийся в полной семье с благоприятным морально-психологическим климатом, у родителей, чаще имевших высшее образование, в благоприятных материальных условиях. В разработке и реализации комплексных мер профилактики для сохранения демографического потенциала Беларуси особое внимание следует уделить данной группе молодых мужчин.

Ключевые слова: молодые мужчины; здоровьесбережение; отношение к здоровью; витальное поведение; демографический потенциал.

Общепринятые подходы к регуляции поведения в сфере здоровья сводятся к исследованию причин небезопасного в этом плане поведения и выработке стратегий по его изменению.

Инструментом влияния на поведение в сфере здоровья может являться отношение к здоровью. Понятие «отношение к здоровью» впервые было описано И.В.Журавлевой в 1989 г. Это одно из центральных понятий социологии здоровья, одно из фундаментальных оснований системы ценностей личности, комплекс мотивов, связывающих личность с обществом, культурой. По И.В.Журавлевой, отношение к здоровью – это сложившаяся на основе имеющихся у индивида знаний оценка собственного здоровья, осознание его значения, а также действия, направленные на изменение состояния здоровья [10, с.11].

Отношение к здоровью может быть рассмотрено на уровне общества и группы. Отношение к здоровью на уровне общества – это система мнений и социальных норм, существующих в обществе по поводу здоровья и выраженных в действиях, направленных на изменение состояния здоро-

вья населения на различных уровнях управления [9, с.37]. Различают активное и пассивное (по степени активности), позитивное, нейтральное, негативное (по формам проявления), адекватное, или самосохранительное, и неадекватное, или саморазрушительное, отношение к здоровью.

Социологами и психологами разработано несколько моделей интервенции, каждая из которых в той или иной степени эффективна в формировании здоровьесбережения. Среди них: модель убеждения в пользу здоровья [2], модель параллельных реакций [5], модель стадий самоизменений поведения [7], теория обоснованных действий [1], а также ряд других. Разработка большинства из этих моделей, представляющих собой не только теории, но и практические указания к действию, принадлежит зарубежным авторам.

О влиянии культуры на поведение в области здоровья свидетельствуют выводы известного исследователя в данной сфере Дэвида Меканика (David Mechanic). Он утверждал, что паттерны поведения в области здоровья являются частью жизненного стиля, характеризующего способ-

ность личности предвидеть проблемы и активно их преодолевать. Поведение, связанное со здоровьем, является частью таких паттернов, отражающих социальные ценности и включенность личности в культуру данного сообщества [6; 14; 18]. Как отмечает И.В.Журавлева, культура служит базой для формирования социальных норм, паттернов, и она же обеспечивает трансляцию этих образований через различные информационные каналы или социальные институты: систему обучения, средства массовой информации, семью и другие каналы [9, с.104]. Y.Ivanevich и M.Matteson связанное со здоровьем поведение также рассматривают как элементы паттернов жизненного стиля, но, при этом, акцент делают на осознанности принимаемых индивидом решений. В связи со здоровьем решения подразделяются по критерию ответственности личности за собственное здоровье. Здравоохранение рассматривается как один из ресурсов здоровья [4].

Влияние культуры на самосохранительное поведение прослеживается в результатах исследований, проведенных среди россиян и финнов. Модель самосохранительного поведения россиян резко отличается от таковой у финнов. Россиянин начинает заботиться о здоровье, только заболел или стараясь предотвратить болезнь, о которой ему говорил врач. Иная модель самосохранительного поведения у финнов: информация от медиков – семейные традиции – медицинские сведения из средств массовой информации. То есть, медико-организационные меры по первичной профилактике в Финляндии формируют отношение к здоровью, которое, став частью семейных традиций, подкрепляется постоянной популяризацией медицинских сведений через средства массовой информации [9, с.147].

Постоянное положительное подкрепление в виде информационного воздействия среды прослеживается на примере Польши. Так, Katarzyna Hildt-Ciurpinska отмечает, что среди взрослых поляков (мужчин и женщин) доминирует два способа заботы о здоровье, которые можно обозначить как «медицинское поведение» и «здоровьесберегающее (prozdrowotne) поведение». Первый тип поведения связан с использованием услуг медицинского назначения (например, визиты к врачу, контрольные исследования, профилактические обследования и пр.). Такой способ заботы о здоровье используют люди старшего возраста, с худшим состоянием здоровья. К нему прибегают вынужденно, когда нужна медицинская помощь. Второй тип подразумевает различные формы здоровьесбережения (рациональное питание, физиче-

ская активность, различные способы борьбы со стрессом). Этот тип поведения характерен для людей молодых, с более высоким уровнем образования, в достаточной степени материально обеспеченных. То есть, такой тип поведения выбирают люди, владеющие информацией относительно здоровьесбережения и имеющие необходимые материальные условия для его обеспечения [3].

Следует отметить, что первые упоминания о важности ценностно-мотивационного подхода в изучении проблем здоровья в СССР относятся к 1969 г. (В.П.Тугаринов). Дальнейшее развитие эти идеи получили в работах Ю.П.Лисицына, М.С.Бедного, В.М.Медкова. В 1984 г. исследования продолжились в ИСИ АН СССР (В.И.Антонов, И.В. Журавлева, Л.С.Шилова). Социологами МГУ и ИСИ РАН была разработана концепция самосохранительного поведения как системы действий, направленных на формирование и сохранение собственного здоровья, снижение заболеваемости и увеличение продолжительности жизни.

Несмотря на то, что теория формирования здорового образа жизни и санологии (от *sanitas* – здоровье) как концентрации знаний и практических приемов, используемых в промоции здоровья, была разработана более сорока лет назад академиком Юрием Петровичем Лисицыным [12, с.77], в поисках эффективного воздействия на поведение в сфере здоровья до сих пор не удалось найти какую-либо легко идентифицируемую позитивную ориентацию, которая могла бы выступать в качестве основы для стимуляции усилий по поддержанию здоровья.

Объектом нашего исследования являлись молодые мужчины. Мужчины составляют уязвимую гендерную группу в странах постсоветского пространства: они живут в среднем на 10 лет меньше, чем женщины; для них характерна более высокая распространенность вредных привычек и других форм рискованного по отношению к здоровью поведения, и, наконец, молодые мужчины – это будущие отцы, фундамент не только обороноспособности, но и демографической безопасности Беларуси.

Цель исследования – установить особенности отношения к здоровью мужчин 18–30 лет, проживающих в Беларуси, раскрыть медико-социальный портрет мужчин с наиболее благоприятными характеристиками здоровьесбережения.

Материалы и методы

Проведен анонимный опрос с использованием случайного бесповторного отбора респондентов, являвшихся пациентами хирургических и терапевтических отделений стационаров Республи-

ки Беларусь. Критерием включения являлся возраст респондента, не превышающий 30 лет, а также условие добровольного согласия. При конструировании выборки учитывался принцип репрезентативности по отношению к генеральной совокупности (Республика Беларусь) по проживанию (территориально, а также город/село).

Предварительно был разработан и апробирован опросник, который учитывал специфику изучаемого контингента в условиях Республики Беларусь и базировался на анкетах, разработанных для изучения проблем, связанных с потреблением алкоголя, специалистами республиканского центра наркологического мониторинга и превентологии ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», опросниках Медицинского университета города Познань для учащихся [8], Российского общества социологов («Здоровье студентов») [11], а также опросниках, разработанных в УО «Гродненский государственный медицинский университет» для изучения факторов риска репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения молодых мужчин [15; 16]. При формировании опросника учтены требования, предъявляемые к стандартизованным методикам: медико-социологическому инструментарию и организации такого рода исследований [7]. Полученный инструментарий включил 41 вопрос, в том числе, блок вопросов о социальном статусе респондента; блок, посвященный семье, в которой вырос опрашиваемый, и условиям его воспитания в детстве; блок вопросов о мнениях, установках и поведении мужчин в сфере здоровья, приверженности к вредным привычкам.

После контроля первичного материала в анализ включены данные опроса 895 мужчин. Данные обработаны с использованием пакета программ Microsoft Office 2010, STATISTICA 10,0. Для статистической обработки использованы методы описательной статистики, таблицы частот, непараметрической статистики: сравнение несвязанных групп по качественному бинарному признаку и по экстенсивным показателям – критерий χ^2 , анализ таблиц сопряженности, сравнение двух независимых групп по количественному (порядковому) признаку – критерий Манна-Уитни.

Средний возраст мужчин, принявших участие в опросе, составил $23,36 \pm 0,09$ года, модальный – 26 лет. Большинство опрошенных закончили колледж (33,07%) либо университет (25,9%), еще около четверти (22,7%) продолжали обучение в университете. Подавляющее большинство (91,35%) относили себя к белорусам. Треть муж-

чин состояли в браке, каждый десятый состоял в отношениях, официально не зарегистрированных, около 4,5% были разведены. Более половины опрошенных отнесли себя к холостым и никогда женаты не были. Распределение респондентов по проживанию отвечает таковому для Республики Беларусь: 75,9% проживают в городе, 24,1% – в селе.

Результаты и их обсуждение

Опрошенные мужчины в 80% воспитывались в полной семье, в атмосфере любви и взаимопонимания (47,8%) или уважения и доброжелательности (каждый четвертый). Наличие среднего специального образования у родителей отмечают 48,2% респондентов, высшее образование у обоих родителей присутствовало в ответах 36,3% выборки. Материальное положение семьи родителей респонденты оценили по 10-балльной шкале в среднем на $6,7 \pm 0,5$ баллов.

Главными жизненными ценностями, по мнению молодых мужчин, являются «жизнь, здоровье» (76,9%), «семья, любовь, дети» (63,9%). Факторы, характеризующие финансовое благосостояние, молодые мужчины поставили на вторые по рангу позиции: «материальный достаток» (52,8%), «карьера, положение в обществе» (34%). Третьи позиции разделили такие факторы, как «отдых, развлечения» (26,7%), «свобода» (25,03%), «самоуважение, творческая самореализация» (23,7%), замыкает третью позицию «образование» (21,2%). Остальные факторы оказались на последних ранговых местах среди перечня жизненных ценностей.

Состояние как физического, так и психического здоровья респондентов, по данным самооценки, соответствует хорошему уровню. Респонденты оценили физическое здоровье на $7,35 \pm 0,05$ баллов по 10-балльной шкале (каждый четвертый – на 8–10 баллов), психическое – на $8,1 \pm 0,057$ баллов (49,7% – на 8–10 баллов). При этом, указали, что не служили в вооруженных силах «по состоянию здоровья» около 35,6% опрошенных. Средняя оценка состояния физического здоровья статистически значимо не отличается у горожан (7,4) и сельчан (7,17), в то время как средняя оценка состояния психического здоровья у горожан значимо выше (8,2 против 7,78 у сельчан, критерий Манна-Уитни $U=3,8$, $p=0,0001$).

На вопрос, «испытывали ли Вы когда-либо депрессию (пониженное настроение, уменьшение энергичности, падение активности и прочее)?», отрицательно ответили только около 39% мужчин молодого возраста. Порядка 7,04% затруднились с выбором ответа, почти половина (48,2%) респон-

дентов выбрали вариант ответа «иногда». Ответили «часто» 4,47%, «испытываю сейчас» – 1,3%.

На вопрос, «испытывали ли Вы когда-либо тревогу (беспокойство о будущих неудачах, трудности в сосредоточении, суетливость, невозможность расслабиться, эпигастральный дискомфорт, нарушения сна)?», отрицательно ответили еще меньше респондентов – 30,17% . Около 7,06% затруднились с выбором ответа, более половины (54,07%) выбрали вариант ответа «иногда». Вариант «часто» выбрали 6,6%, «испытываю сейчас» – 2,1% опрошенных.

Наличие суицидальных мыслей отрицают 83,35%. Каждый десятый указывает, что испытывает подробные мысли «иногда» (9,5%). 5,92% затруднились ответить.

Жители города и села не отличаются статистически значимо по долям респондентов, отрицательно ответивших на вопрос о том, испытывали ли они когда-либо депрессию (39,4% горожан и 35,8% сельчан). Аналогичный результат получен при анализе ответа на вопрос, испытывали ли респонденты когда-либо тревогу (30,58% горожан и 26,5% сельчан). Вместе с тем, наличие суицидальных мыслей отрицают 85,55% горожан против 76,7% сельчан ($\chi^2=6,97$, $p=0,008$).

На вопрос, «если у Вас возникали психологические затруднения в жизни, как Вы поступали?», 36,8% выбрали ответ «решал самостоятельно», около 31,2% – «советовался с друзьями», 27,4% обращались за помощью к родителям, родным, 2,5% – к священнослужителю. Только 2,23% обращались за помощью к специалисту (психотерапевту, психологу). Обращались когда-либо за психологической помощью только 8,04%, в том числе, к психологу учреждения образования – каждый второй, к частному психологу – 43%, врачу-психотерапевту государственного учреждения здравоохранения – каждый пятый из числа положительно ответивших на вопрос. При этом, знают, где могут получить психологическую помощь, 66,4% опрошенных.

Е.А.Кошкина, Н.И.Павловская и С.Г.Коновалова в начале 2000-х гг. в России исследовали факторы риска, связанные с опасным сексуальным поведением, среди потребителей алкоголя в молодежной среде [13]. Использовались опрос ключевых информаторов, наблюдение в ночных клубах, дискуссии (опрос) в фокус-группах. Изучались такие аспекты субъективной оценки респондентами рискованного сексуального поведения, как причины употребления алкоголя перед сексуальными отношениями, ожидания, связанные с ним, понимание безопасного секса, возмож-

ные меры профилактики. Было установлено, что молодежь употребляет алкоголь перед сексом преимущественно с целью снятия напряжения, для улучшения коммуникативности, «для расслабления»; нередко – чтобы заглушить стыд и снизить чувство ответственности; чтобы обострить чувства и повысить сексуальное возбуждение; для обеспечения самоутверждения и, в целом, для получения большего удовольствия от сексуальных отношений. Характерно, что многие из указанных ожиданий не оправдываются. Тем не менее, молодые люди отмечают наличие некоего «ритуала», шаблона алкогольно-сексуального поведения – обязательного употребления алкоголя перед сексом. Информаторы отметили, что рискованное сексуальное поведение особенно часто проявляется в возрастной группе от 14 до 25 лет. Употребление алкоголя часто повышает агрессивность, что является причиной различных поведенческих девиаций, в том числе сопряженных с сексом (а именно: отказ от средств защиты, групповой секс, случайные половые связи, коммерческий секс, сексуальное насилие, употребление наркотиков, связанное с сексом). Удивительны представления молодежи о безопасном сексе, выявленные Е.А.Кошкиной, Н.И.Павловской, С.Г.Коноваловой. Так, в этой среде оказались приемлемыми фактически все модели сексуального поведения и все типы сексуальных отношений. Респонденты молодого возраста считают секс безопасным, если «используются презервативы» или «при наличии одного постоянного партнера», «в одной тусовке»; употребление алкоголя перед и во время секса становится нормой. Авторы предлагают ряд мер профилактики. Мы попытались объединить их в четыре группы:

- меры, направленные на снижение доступности алкоголя и уменьшение потока аудиовизуальной и печатной информации, связанной с его рекламой, провоцирующей алкоголизацию и неадекватное сексуальное поведение;
- медико-гигиеническое обучение целевых групп населения, начиная с раннего детского возраста;
- развитие форм досуга для молодежи (спорт, кружки по увлечениям и пр.);
- регулярные медицинские осмотры в школах и организованных детских коллективах с участием специалистов (гинекологи, урологи); доступность анонимных медицинских консультаций.

При внимательном рассмотрении предлагаемых профилактических мероприятий можно обнаружить, что при реализации трех из четырех групп пытаются устранить то, чего, по сути, вообще быть не долж-

но. Так, не должна распространяться информация, провоцирующая алкоголизацию. Среди молодежи не должно быть целевых групп, то есть групп заведомого риска. В принципе не должно быть школьников, последствия опасного поведения которых пытаются выявить на медицинских осмотрах. И только одна группа мер из предложенных четырех является изначально позитивно направленной, может быть отнесена к первичной профилактике рискованного и девиантного поведения любой формы – это меры по развитию форм досуга.

В связи с этим, интересны полученные нами изложенные далее результаты относительно *досуга и вредных привычек* респондентов.

Большинство опрошенных молодых мужчин проводят свободное время, «встречаясь с друзьями» (71%). Чуть более половины (50,3%) указали «сидя за компьютером», около 40,4% – «смотрю телевизор». Только 39,3% ответили «занимаюсь спортом, хожу в бассейн, тренажерный зал». Почти каждый третий (30,8%) гуляет в парке, сквере, на улице. Каждый четвертый (26,6%) указывает, что имеет любимое увлечение, хобби, каждый пятый (20,7%) – что посещает кино, театры, выставки, музеи. Около 5,6% не знают, чем заняться, либо указывают, что не имеют свободного времени (4,6%).

Курят 42,34% респондентов, значимо чаще – жители села (56,3% против 37,94% городских мужчин, $\chi^2=8,57$, $p=0,0034$). Из числа курящих выкуривают 1–5 сигарет в день 28,76%, 6–10 сигарет в день – 32,45%, 11–15 сигарет – 22,7%, 16–20 сигарет – 16,09%. Наличие курящих друзей, знакомых подтверждают 92,6% опрошенных.

На вопрос о том, как часто друзья и знакомые респондентов употребляют крепкие алкогольные напитки, большинство выбрали варианты ответа «время от времени» (29,8%) или «иногда» (56,8%), отрицали употребление 9,8% опрошенных. Слабоалкогольные напитки употребляют регулярно знакомые и друзья 5,81% респондентов, время от времени – 38,9% опрошенных, такая же (38,9%) доля опрошенных выбрали вариант ответа «иногда»; ответили, что знакомые и друзья не употребляют алкоголь, 5,3%.

В течение последнего месяца накануне опроса употребляли алкоголь 3 раза и более 19,62% (при отсутствии значимых различий между проживающими в городе и в сельской местности). Впервые попробовали крепкие алкогольные напитки в возрасте менее 7 лет около 1,1% опрошенных, слабые алкогольные напитки – 1,67%. Попробовали крепкий алкоголь в 7–10 лет 2,79%, слабоалкогольные напитки – 6,7%. Первая проба

крепкого алкоголя произошла в 11–14 лет у 17,7%, слабоалкогольных напитков – у 28% опрошенных, в 15–17 лет попробовали как крепкий, так и слабый алкоголь около 42,3% опрошенных. К 18 годам не пробовали крепкий алкоголь только 34,4% респондентов, слабоалкогольные напитки – 19,5% опрошенных.

На вопрос о причинах употребления алкоголя не ответили около 14,1% опрошенных. Из числа ответивших большинство (43,8%) указали «для поднятия настроения, развлечения, веселья», «за компанию» (24,05%), «чтобы отвлечься от проблем, расслабиться, снять усталость» (22,2%), «потому что так принято, в силу традиции» (8,6%), «чтобы чувствовать себя увереннее в общении» (2,8%), «от скуки, безделья» (2,08%), «потому что нравится вкус алкоголя» (2,08%).

Согласно данным опроса, наличие друзей, знакомых, употребляющих те или иные психоактивные вещества, подтверждает незначительное число респондентов: 9,16% указывают на наличие знакомых, употребляющих курительные смеси типа «спайс», 4,13% – другие неинъекционные наркотические (психотропные) вещества, около 1,5% – инъекционные наркотики. Самостоятельное употребление спайса подтверждают чуть более 3% респондентов.

Нами была выделена и охарактеризована статистическая подгруппа респондентов, отвечающих наиболее благоприятным поведенческим характеристикам (*группа «норма»*), а именно: занимающиеся спортом в свободное время, рассматривающие здоровье в качестве основной жизненной ценности, отмечающие отсутствие депрессий, отсутствие суицидальных мыслей, некурящие, не пробовавшие алкоголь либо отметившие, что первое употребление алкоголя произошло в возрасте старше 18 лет. Если хотя бы один из указанных критериев включения не соблюдался, респондент не включался в группу «норма».

В первую очередь, при анализе нас интересовала величина доли молодых мужчин, которые отвечают указанным положительным по отношению к здоровью характеристикам. Оказалось, что в группу «норма» можно было включить только 41 человека из 895 опрошенных (или 4,58% выборки).

Средний возраст включенных в группу «норма» соответствовал значениям выборки, репрезентативной для страны в целом. Вместе с тем, у включенных в данную группу статистически значимо чаще имелось незаконченное высшее или высшее образование, эти лица также значимо чаще состояли в официально зарегистрированном браке.

Заслуживает внимания более частое проживание молодых мужчин, включенных в группу «норма», в городе (80,5% против 75,9% в среднем по выборке; различия статистически не значимы).

Характерным являлось несколько более частое воспитание мальчика, который по достижении возраста 18 лет отнесен к группе «норма», в полной родительской семье ($\chi^2=2,8$, $p=0,09$), значительно чаще респонденты группы «норма» росли в атмосфере любви и взаимопонимания ($\chi^2=4,13$, $p=0,04$), у родителей, имеющих высшее образование ($\chi^2=3,99$, $p=0,0457$). Эти молодые мужчины более высоко оценивали материальное положение семьи родителей (7,4 баллов по 10-балльной шкале в отличие от 6,7 по выборке, $p<0,05$).

В данной группе выявлена также более высокая доля респондентов, положительно оценивающих возможность реализации собственных жизненных целей (73,17% против 67,93% по всей выборке), выше оценивающих собственное материальное положение (6,85 баллов против 6,26 по 10-балльной шкале), физическое здоровье (7,9 против 7,35 соответственно).

У респондентов группы «норма» отмечена значительно более высокая оценка собственного психического здоровья (9,097 баллов против 8,1 в целом по выборке). Среди респондентов, отнесенных к группе «норма», 4,87% обращались когда-либо за психологической помощью, и 63,4% (против 42,46% по выборке в целом, $\chi^2=7,01$, $p=0,008$) готовы обратиться за ней при такой необходимости.

На вопрос о том, *насколько искренен был респондент при заполнении анкеты*, в группе «норма» низшим баллом по 10-балльной шкале был балл 7 (2 респондента из 41), подавляющее большинство (80,5%) выбрали вариант ответа 9 или 10, средний балл искренности составил, по данным самооценки респондентами, 9,24.

В целом, искренность своих ответов при заполнении анкет по 10-балльной шкале респонденты оценили на $8,97 \pm 0,04$ баллов ($M \pm m$), при этом менее 1% указали на неискренность (1–3 балла), 3,5% – низкую искренность (4–5 баллов), каждый пятый (20,6%) оценил искренность своих ответов на 6–8 баллов, и подавляющее большинство (75,2%) оценили собственную искренность на высший балл: 9–10 по 10-балльной шкале.

Выводы

Таким образом, молодой мужчина, отвечающий наиболее благоприятным поведенческим характеристикам по отношению к собственному здоровью (физически активен, без вредных привычек,

не имевший депрессий, оценивающий здоровье в качестве основной жизненной ценности), – это чаще горожанин, имеющий высшее образование или получающий его, состоящий в браке, воспитывавшийся в полной семье с благоприятным морально-психологическим климатом, у родителей, чаще имевших высшее образование, в относительно благоприятных материальных условиях. Это мужчина, независимо от возраста (в пределах изученных возрастных границ 18–30 лет), имеющий позитивное восприятие собственного физического и психического здоровья и настроенный на активный поиск психологической помощи при такой необходимости, оптимистично оценивающий собственную жизненную позицию. Для него характерны партнерская позиция и высокая искренность при ответах на вопросы анкеты.

Наиболее перспективной в поисках путей влияния на поведение в сфере здоровья следует признать разработку малоизученной пока области – антирискового, или витального, поведения. Основное условие реализации такого поведения – это осознание индивидом собственной активной роли в создании условий, способствующих сохранению и приумножению здоровья. В витальном поведении положительное отношение к здоровью сочетается с осознанным пониманием необходимости позитивного самосохранительного поведения – мер по сохранению и укреплению здоровья. В разработке и реализации комплексных мер профилактики для сохранения демографического потенциала Беларуси особое внимание следует уделить данной группе молодых мужчин, имеющих наиболее благоприятные поведенческие характеристики по отношению к здоровью, как носителей и проводников культуры витального поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ajzen, I.* Understanding attitudes and Predicting social behavior / I.Ajzen, M.Fishbein. – Engelwood Cliffs: Prentice-Hall, 1980. – 278 p.
2. *Becker, M.* Compliance with Medical Advice / M.Becker, I.Rosenstock // Health Care and Human Behavior. – London: Academic Press, 1984. – P.175–208.
3. *Hildt-Ciupinska, Katarzyna.* Skala pozytywnych zachowan zdrowotnych dla kobiet / K.Hildt-Ciupinska // Problemy Higieny i Epidemiologii. – 2009. – No.2. – P.185–190.
4. *Ivanevich, Y.* Promoting the Individual's Health and Well-being / Y.Ivanevich, M.Matteson // Causes, Coping and Consequences of Street at Work. – Chichester, 1989. – P.267–299.
5. *Leventhal, H.* Preventive Health Behavior across the Life Span / H.Leventhal, T.Prohaska, R.Hirschman // Prevention in Health Psychology. – Hanover, 1985. – P.135–191.

6. *Mechanic, D.* Health and Behavior: Perspectives on Risk Prevention / D.Mechanic // Prevention in Health psychology. – Hanover, 1985. – P.6–17.
7. *Prochaska, Y.* Common processes of self-change in smoking, weight control, and psychological distress / Y.Prochaska, C.Diclemente // Coping and Substance Use. – Orlando, 1985. – P.345–363.
8. *Tishchenko, E.* Features of the alcohol initiation and the subsequent attitude to it of the future doctors / E.Tishchenko, E.T.Marcinkowski, M.Surmach // Hygeia Public Health. – 2010. – 45 (1). – P.62–66.
9. *Журавлёва, И.В.* Отношение к здоровью индивида и общества / И.В.Журавлёва; Ин-т социологии РАН. – М.: Наука, 2006. – 238 с.
10. *Журавлёва, И.В.* Отношение человека к здоровью: методология и показатели / И.В.Журавлёва // Социология медицины. – 2004. – №2. – С.11–17.
11. *Здоровье студентов: социологический анализ / Т.С.Болховитина, Е.В.Карпенко, М.Ю.Сурмач, О.В.Шиняева, М.М.Юсупова, Н.Байков, Ю.В.Березутский, С.С.Халикова, А.А.Ковалёва, Т.Н.Шушунова, С.С.Балабанов, Р.Р.Шинова / отв. ред. И.В.Журавлёва: Монография. – М.:ИНФРА-М, 2014. – 272 с.*
12. *Лисицын, Ю.П.* Теории медицины XX века / Ю.П.Лисицын. – М.: Медицина, 1999. – 176 с.
13. *Профилактические аспекты наркологии. Факторы риска, связанные с опасным сексуальным поведением, среди потребителей алкоголя в молодой среде / Е.А.Кошкина, Н.И.Павловская, С.Г.Коновалова, А.В.Кошкин // Вопросы наркологии. – 2004. – №2. – С.60–67.*
14. *Свадьбина, Т.В.* Изменения практик поддержания собственного здоровья / Т.В.Свадьбина, А.Н.Осянин // Социология PoCA. – 2006. – №2. – С.28–30.
15. *Сурмач, М.Ю.* Поведение молодежи: от демографических угроз к национальной безопасности / М.Ю.Сурмач. – Минск: ИООО «Право и экономика», 2009. – 266 с.
16. *Сурмач, М.Ю.* Специфика социологического инструментария в исследованиях репродуктивного здоровья подростков / М.Ю.Сурмач // Социологические методы в современной исследовательской практике: Сборник статей, посвященный памяти первого декана факультета социологии НИУ ВШЭ А.О.Крыштановского [Электронный ресурс] / отв. ред. и вст. сл. О.А.Оберемко; НИУ ВШЭ, РОС, ИР РАН. – М.: НИУ ВШЭ, 2011. – С.516–523.
17. *Татарников, М.А.* Зачем нужна стандартизованная методика социологического опроса в здравоохранении? / М.А.Татарников // Социология медицины. – 2013. – №2 (23). – С.11–22.
18. *Фурманов, И.А.* Кросс-культурные различия в социальных репрезентациях форм психологического насилия в отношении жен у белорусов и американцев / И.А.Фурманов // Психосоциальная адаптация в трансформирующемся обществе: проблемы и перспективы: материалы II Международной научной конференции. 26 октября 2007 г., Минск / редкол. И.А.Фурманов (отв. ред.) [и др.]. – Минск: Изд. центр БГУ, 2007. – С.250–252.

ATTITUDE TO HEALTH AND HEALTH-SAVING BEHAVIOR OF YOUNG MEN LIVING IN BELARUS

M.Yu.Surmach, A.V.Nogteva

Grodno State Medical University, 80, M.Gorkiy Str., 230009, Grodno, Republic of Belarus

The development of an area that has not been studied so far – vital behavior, which is based on the person's awareness of his own active role in creating conditions that promote the preservation and enhancement of health, and the high value of health among individual life values, – is the most promising in the search for ways to influence on health behavior. In order to reveal the peculiarities of attitudes towards health and behavior in preserving it of young men living in Belarus, to reveal the medical and social portrait of men with the most favorable characteristics of health preservation, an analysis of the survey data of 895 men aged 18–30 (sample representative of the republican) was carried out. It was revealed that a potential young Belarusian, who responds to the most favorable behavioral characteristics in relation to his own health (physically active, without bad habits, without depression, suicidal thoughts, assessing health as the main life value) – is more often a city dweller, regardless of age (within the studied age limits of 18–30 years) having higher education or receiving it, married, brought up in a full family with a favorable moral and psychological climate, who often had higher education, in favorable financial conditions. In the development and implementation of integrated prevention measures to preserve the demographic potential of Belarus, special attention should be paid to this group of young men.

Keywords: young men; health-saving behavior; attitude to health; vital behavior; demographic potential.

Сведения об авторах:

Сурмач Марина Юрьевна, д-р мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный медицинский университет», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37515) 2600809, (+37529) 2826383; e-mail: marina_surmach@mail.ru.

Ногтева Анжелика Валерьевна; УО «Гродненский государственный медицинский университет», кафедра общественного здоровья и здравоохранения, ассистент, аспирант; e-mail: a_rykhlytskaya@mail.ru.

Поступила 16.01.2018 г.