

## ВЗАИМОСВЯЗИ В СИСТЕМЕ «КАЧЕСТВО ЖИЗНИ – КАЧЕСТВО ЗДОРОВЬЯ – КАЧЕСТВО ОБРАЗОВАНИЯ» В СРЕДЕ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

Охарактеризована иерархическая система «качество жизни > качество здоровья > качество образования», в которой факторы образа жизни оказывают влияние на успешность образовательного процесса не напрямую, но опосредованно – через модуляцию здоровья учащейся молодежи. Выдвинуто положение о качестве здоровья, и в первую очередь параметре «психическое / душевное благополучие», как важном условии для качественной успеваемости, характеризуемой не только высоким средним баллом, но и наличием отличных оценок.

Организация профилактических мероприятий среди определенных слоев населения, в том числе среди студенческой молодежи, в значительной степени основана на представлениях о том, что наибольшее влияние на состояние здоровья оказывает качество жизни, средний удельный вес которого достигает 49-53% [1]. Именно в силу данного обстоятельства понятие «качество жизни» как интегральная системообразующая характеристика целого ряда факторов (материальных, духовных, социологических, этнокультурных, политических и т. д.) в последнее время стало особенно выделяться из многих других понятий, используемых в медико-социальных исследованиях [2]. Соответственно формирование государственной политики обеспечения высокого качества жизни также становится одним из основных инструментов сохранения и укрепления здоровья молодого поколения, на которое возлагаются особые надежды в плане сохранения и повышения экономического, кадрового и репродуктивного потенциала страны.

Другой важный аспект данной проблемы заключается в том, что укрепление здоровья студенческой молодежи рассматривается не как самоцель, но как одно из условий повышения успешности образовательного процесса [3]. Однако, несмотря на то, что зависимость успеваемости от состояния здоровья обучающихся была отмечена еще В.А. Сухомлинским (1918-1970), доказательства взаимосвязи между данными феноменами немногочисленны [4] и часто имеют умозрительный характер. Преимущественно они

перечисляются через запятую, что подразумевает сопряженность здоровья и успеваемости, но не однозначную взаимосвязь и взаимозависимость между ними. Более того, на уровне бытового сознания и ряде публицистических выступлений эти понятия иногда даже противопоставляются, что подразумевает приобретение образования «в обмен на здоровье» [5].

В этой связи актуальной представляется задача комплексной оценки системы «качество жизни – здоровье – успеваемость», что позволит с новых позиций подойти к решению вопроса об организации и проведении целенаправленных и адресных мероприятий первичной и вторичной профилактики в молодежной среде.

Основанием для подобной постановки вопроса являются также результаты углубленных медико-социальных исследований 3077 студентов 1-5 курсов семи факультетов Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Оренбургский государственный университет», проведенных авторами настоящей статьи в 2002-2005 гг. [6, 7, 8]. В частности, анализ качества жизни учащихся в ГОУ ОГУ позволил констатировать его неудовлетворительное состояние по ряду важных параметров, в том числе по параметрам материального благополучия, уровня социальной защищенности и жилищных условий, а также некоторым управляемым факторам, частично или полностью входящим в компетенцию руководства университета [6]. Результатом подобной ситуации стали сдвиги показате-

лей качества здоровья (физического, психического и социального) студенческой молодежи, по своей интенсивности и выраженности опережающие развитие выраженных функциональных или органических нарушений [7]. Наконец были получены и первые фактические результаты о здоровье учащейся молодежи как необходимом условии для обеспечения ее профессиональной состоятельности, основным критерием которой является успешность обучения [8].

Целью же настоящей работы является выявления наиболее значимых взаимосвязей в системе «качество жизни – качество здоровья – качество обучения» с акцентом именно на высоких значениях анализируемых параметров, выделяющих их носителей над средним уровнем учащейся молодежи.

При проведении работы было осуществлено медико-социальное обследование 368 студентов Оренбургского государственного университета и 120 учащихся одного из колледжей, входящих в Оренбургский университетский округ. Оценка качества их жизни, а также количества и качества здоровья проводилась с использованием программы «ЭСКИЗ» (Экспертная система коррекции индивидуального здоровья), разработанной в Государственном научно-исследовательском центре профилактической медицины под руководством академика РАЕН И.А. Гундарова. При этом под «программой» подразумевался как определенный алгоритм диагностических действий, так и соответствующий программный продукт с системой встроенных коэффициентов, позволяющий объективизировать и интерпретировать полученные результаты [9]. В частности, с использованием модуля «ЭСКИЗ-1» была проведена оценка интегрального уровня здоровья каждого из обследованных, характеризуемого индивидуальным значением «индекса здоровья» и численно выражаемого значениями от 0 до 100%, а также в балльном выражении охарактеризованы три показателя качества здоровья, в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения определяемые как «состояние физического, пси-

хического и социального благополучия» [10]. В свою очередь с использованием модуля «ЭСКИЗ-2» было комплексно охарактеризовано качество жизни каждого из обследованных, представленное в виде «Розы качества жизни» и интегрально характеризующее значениями соответствующего индекса. С использованием множественного корреляционного анализа результаты медико-социального мониторинга были сопоставлены с успешностью обучения отдельных индивидуумов и укрупненных обследованных групп, оцениваемой по результатам академической успеваемости по итогам сессии, следующей за проведенным обследованием, с расчетом среднего балла каждого из учащихся, а также выделением лиц с высокой «качественной успеваемостью», сдавших сессию только на «отлично».

Анализ качества жизни в среде студенческой молодежи позволил охарактеризовать данный параметр как достаточно интегративный, связанный высокими значениями положительных коэффициентов корреляции практически со всеми формирующими его факторами: удовлетворением духовных потребностей ( $r = 0,541$ ;  $P < 0,001$ ), полноценным отдыхом ( $r = 0,460$ ;  $P < 0,001$ ), качеством питания ( $r = 0,391$ ;  $P < 0,001$ ), условиями проживания ( $r = 0,353$ ;  $P < 0,01$ ), уровнем социальной защищенности ( $r = 0,344$ ;  $P < 0,01$ ), материальным достатком в семье ( $r = 0,285$ ;  $P < 0,01$ ) и еще восьмью другими (рисунок). На этом фоне некоторым исключением являлся фактор «удовлетворенности семейной жизнью», не принимающий участия в формировании данного интегрального параметра и в целом в анализируемой выборке характеризующийся низкими значениями, что может объясняться молодым возрастом и ученическим / студенческим статусом обследуемых.

В целом же высокое качество жизни преимущественно могло быть зарегистрировано в виде двух альтернатив: «наличие» или «отсутствие» без сколь-либо значительного количества переходных вариантов. При этом, не вдаваясь в оценку социального ста-

туса их носителей, полученные результаты позволяют сделать вывод о существовании определенной и достаточно четко ограниченной группы представителей учащейся молодежи, для которых качество их жизни должно быть оценено как «высокое».

Совместный анализ качества жизни и здоровья в среде учащейся молодежи также позволил продемонстрировать их достоверную сопряженность, по отдельным параметрам качества здоровья характеризующую коэффициентами корреляции  $r = 0,524$ ;  $P < 0,001$  (в паре «качество жизни – психическое / душевное благополучие»);  $r = 0,414$ ;  $P < 0,001$  (в паре «качество жизни – физическое благополучие / самочувствие») и  $r = 0,316$ ;  $P < 0,01$  (в паре «качество жизни – социальное благополучие / адекватность»). В свою очередь показатели физического, психического и социального благополучия также были связаны между собой сетью достоверных положительных коэффициентов корреляции (значения  $r$  от 0,469 до 0,388), что позволяет говорить и о складывающемся из них качестве здоровья как о достаточно интегративном параметре (рисунок). При этом, так же, как и высокое качество жизни, высокое качество здоровья преимущественно существовало в виде двух альтернатив: «наличие» и «отсутствие».

На этом фоне показатель «индекс здоровья», рассчитываемый на основе анализа иного фактического материала, нежели параметры качества здоровья, и в большей степени отражающий текущее функциональное состояние организма и его резервные возможности, не был напрямую связан с качеством жизни, что, вероятно, отражает его наибольшую зависимость от генетически детерминируемых физиологических особенностей каждого индивидуума. В то же время между данным показателем и параметром «физическое благополучие / самочувствие» могла быть продемонстрирована достоверная корреляция ( $r = 0,218$ ;  $P < 0,01$ ), свидетельствующая о том, что последний находится под контролем двух ведущих факторов: образа жизни и генетических особенностей.

Последующее сопоставление анализируемых параметров с результатами академической успеваемости исследуемого контингента (по итогам сессии, по времени следующей за проведенным медико-социальным обследованием) позволило констатировать существование ряда дополнительных взаимосвязей. При этом последние преимущественно выявлялись в системе «здоровье – успеваемость», но не «качество жизни – успеваемость», что свидетельствует в пользу того, что факторы образа жизни оказывают влияние на успешность образовательного процесса не напрямую, но опосредованно – через состояние здоровья учащейся молодежи.

Среди выявленных корреляций одной из наиболее значимых ( $r = 0,308$ ;  $P < 0,001$ ) была зависимость среднего балла учащихся по итогам сессии от интегрального показателя количества их здоровья, численно характеризующего «индексом здоровья». При пересчете же через коэффициент детерминации полученные данные свидетельствовали о том, что успешность образовательного процесса не менее чем на 10% определяется состоянием здоровья обучающихся, что заставляет рассматривать этот параметр как одно из базовых условий для организации процесса обучения.

Эти же результаты заставляют и более строго подходить к оценке состояния здоровья абитуриентов, поступающих в вуз. При этом решение данного вопроса только на основании справки по «форме 086-у» никоим образом не способствует отбору лиц с высоким резервом здоровья, достаточным для соответствия высоким нагрузкам, предъявляемым в системе высшего образования. Несоблюдение же этого условия может вести к быстрой утрате адаптационных возможностей обучающихся, пропускам занятий по болезни, и как следствие, – к снижению успеваемости, необходимости ухода в академический отпуск или даже отчислению из вуза [4]. Одним из подтверждений этого является и выявленная нами сильная, но отрицательная корреляционная зависи-

мость ( $r = -0,307$ ;  $P < 0,001$ ) между индексами здоровья обучающихся и наличием у них «неудовлетворительных» оценок.

В свою очередь показатели качественной успеваемости зависели от уровня физического здоровья, характеризуемого «индексом здоровья», в значительно меньшей степени ( $r = 0,183$ ;  $P < 0,05$ ), но были связаны наивысшим положительным коэффициентом корреляции ( $r = 0,326$ ;  $P < 0,001$ ) с одним из параметров, входящих в триаду «качества здоровья» – психическим / душевным благополучием (рисунок). Кроме того, последовательный анализ указанной взаимосвязи в группах студентов, учащихся только на «отлично», на «5» и «4», только на «3» и имеющих по итогам сессии неудовлетворительные оценки, позволил продемонстрировать постепенный переход значений коэффициента корреляции из зоны положительных в зону отрицательных величин ( $+0,326 \rightarrow +0,194 \rightarrow -0,084 \rightarrow -0,136$ ), последняя из которых также была достоверна ( $P < 0,05$ ). При этом полученные результаты также хорошо согласуются с представлени-

ями об интеллектуальном здоровье как одним из составных компонентов общего понятия «душевное здоровье».

Таким образом вся совокупность представленных данных позволяет констатировать существование целого ряда причинно-следственных связей, объединяемых в систему «качество жизни > качество здоровья > качество образования» (рисунок). При этом проведенные исследования позволяют говорить о данной системе как об иерархической, в которой факторы образа жизни оказывают влияние на успешность образовательного процесса не напрямую, но опосредованно, через модуляцию здоровья учащейся молодежи. Относительно же общего вывода о зависимости академической успеваемости от состояния здоровья учащейся молодежи полученные результаты позволяют расставить акценты в данном вопросе совершенно определенным образом. Так достаточное количество здоровья обучающихся преимущественно оказывается базовым условием для успешности образовательного процесса, при снижении которого

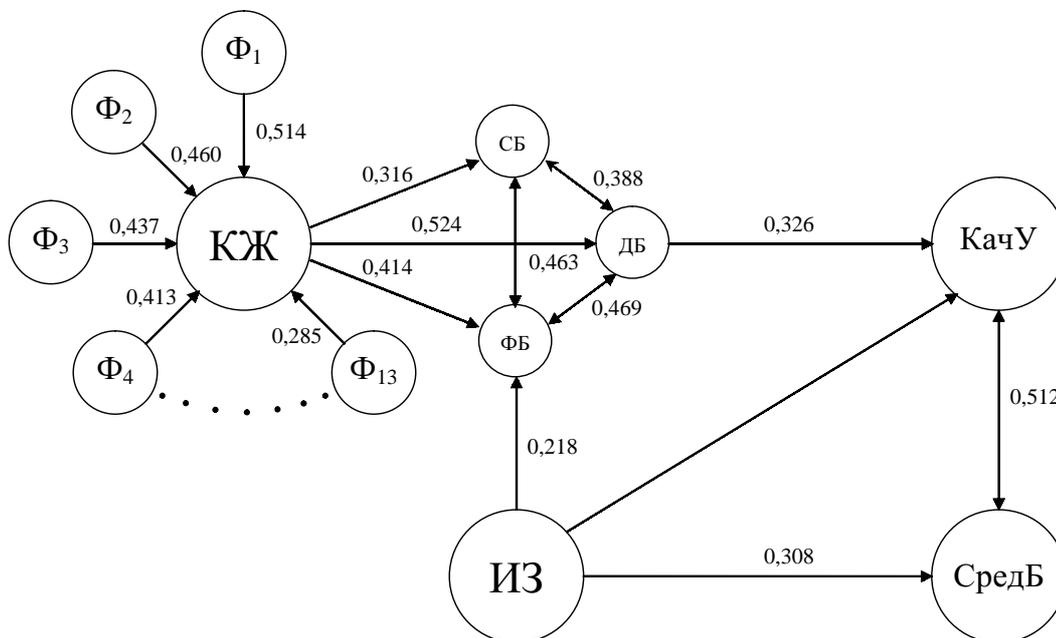


Рисунок. Причинно-следственные связи в системе «качество жизни – качество здоровья – качество образования» и характеризующие их коэффициенты корреляции.  
 Обозначения: Ф<sub>1</sub>...Ф<sub>13</sub> – факторы образа жизни; КЖ – интегральный показатель качества жизни; ФБ, ДБ и СБ – показатели качества здоровья (соответственно: физическое благополучие, душевное благополучие, социальное благополучие); ИЗ – индекс здоровья; СредБ – средний балл; КачУ – качественная успеваемость (наличие отличных оценок).

возникает риск перехода учащегося в ряд неуспевающих. В то же время как основное условие для качественной успеваемости, характеризующейся не только высоким средним баллом, но и наличием отличных оценок, полученные результаты заставляют рассматривать качественные показатели здоровья, и в первую очередь параметр «психическое / душевное благополучие».

В этом контексте полученные результаты также могут рассматриваться в качестве

обоснования для формирования программы адресных мероприятий, направленных на коррекцию параметров качества жизни и качества здоровья с одновременной организацией системы мониторинга их эффективности по ключевым параметрам, среди которых должны рассматриваться интегральный показатель качества жизни, состояние душевного здоровья обследуемого контингента, а также показатели его качественной успеваемости.

**Список использованной литературы:**

1. Национальный профиль (доклад) по гигиене окружающей среды Российской Федерации / Под общ. ред. В.И. Чибурева и М.В. Фокина. – М., 2003.
2. Горбенко П.П., Ложко В.В. Современные подходы и приоритеты формирования государственной системы обеспечения высокого качества жизни // «Вестник Национального института здоровья». Материалы I Национального конгресса «Качество жизни и здоровья» и V Национального конгресса по курортологии и натуральной терапии (16-19 октября 2000 года, Санкт-Петербург). – СПб., 2000. – С. 25-29.
3. Приказ Министерства образования РФ №176 от 19.01.2001 г. «О разработке и внедрении комплексной программы «Образование и здоровье».
4. Семикин Г.И. Комплексное валеологическое сопровождение учебного процесса: технология и система «Валео-МГТУ» для обеспечения скрининга и мониторинга медико-социального благополучия учащихся и сотрудников в вузе // Валеология. – 2002. – №4. – С. 10-18.
5. Школьники получают среднее образование в обмен на здоровье (Интернет-информация: [www.km.ru](http://www.km.ru), 05.08.2003).
6. Дерябин Д. Г., Волков Н.А., Игнатова Т. Н., Комаров Н.Н. Состояние здоровья студентов многопрофильного вуза и оказывающие на него воздействие факторы // Вестник ОГУ. – 2005. – №5 (Приложение). – С. 68-72.
7. Дерябин Д.Г., Волков Н.А., Комаров Н.Н. Мониторинг здоровья студентов многопрофильного вуза с использованием программы «ЭСКИЗ» (Экспертная Система Коррекции Индивидуального Здоровья) // Валеология. – 2003. – №1. – С. 24-27
8. Дерябин Д.Г., Волков Н.А., Комаров Н.Н., Каримов И.Ф. Взаимоотношения в системе «уровень здоровья – академическая успеваемость» у учащихся многопрофильного вуза // Материалы междунар. научно-практ. конф. «Роль университетской науки в региональном сообществе». – Москва-Оренбург, 2003. – Ч. 1. – С. 440-443
9. Гундаров И.А., Полесский В.А. Рекомендации по организации службы оценки и укрепления здоровья. Сборник научно-методических материалов для службы формирования здорового образа жизни. – М., 1991. – С. 28-59.
10. Устав Всемирной организации здравоохранения // Основные документы ВОЗ: 3-е изд. Женева, 1986. С. 5-26.