
СЕМЬЯ И САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДЁЖИ

Павлов Б.С.

В статье рассматриваются актуальные проблемы самосохранительного поведения и здорового образа жизни молодёжи на Урале. Анализируется роль семьи в валеологическом воспитании детей и подростков. Эмпирической базой для анализа заявленной проблемы и выводов автора служат результаты ряда социологических опросов, проведенных им в 1999 – 2007 гг. в Институте экономики УрО РАН в различных городах и поселениях субъектов РФ, входящих в Уральский федеральный округ.

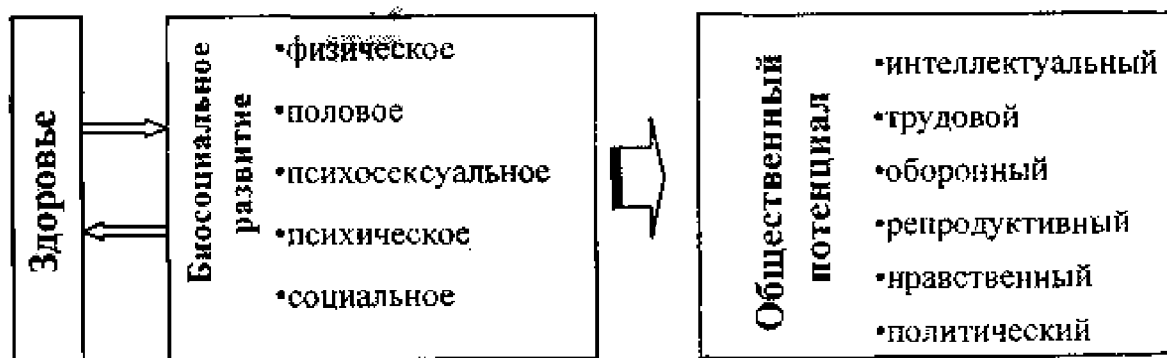
Процесс формирования рыночных отношений в РФ затронул практически все сферы жизнедеятельности россиян (в том числе – уральцев). Особая сфера жизнеобеспечения – здоровье населения, совмещающая в себе интересы индивида, социальной группы (прежде всего – семьи) и общества в целом. Переход к рыночным отношениям во многом изменил ценностные ориентации населения относительно охраны и реабилитации здорового образа жизни. В условиях т.н. социалистического общества здоровье граждан, здоровье нации рассматривалось (по крайней мере, в идеологии) как общественное достояние, которое можно (и должно) приносить в жертву общественным интересам, интересам государства. В условиях же перехода к рынку формируется отношение к здоровью как к частной собственности индивида (семьи), с которой сам её владелец может обходиться «как ему заблагорассудится».

Здоровье в интегрированном виде отражает качественную сторону характера включенности личности в природную и социальную сферы и является важной естественной предпосылкой общей активности. Здоровье социально и по своей сущности, и по форме детерминации различных сфер жизнедеятельности. Сложные антропогенные изменения экологической ситуации, продолжающееся вооружение человека новейшими средствами воздействия на природу и самого себя, отсутствие должной социальной базы здравоохранительного движения, целенаправленного создания условий, адекватных гуманистическому образу жизни, требуют глубокой мировоззренческой переориентации общества в отношении здоровья подрастающего поколения как важнейшей социальной ценности.

Характер взаимосвязи биологического и социального в молодом человеке условно может быть представлено следующим образом (рис.).

Как следует из рисунка, физическое, половое, психосексуальное и психическое развитие являются непосредственным предметом медицинских наук. Оценка же социального развития также должна входить в сферу интересов медиков – оно сказывается как на остальных составляющих биологического созревания молодого человека, так и на здоровье в целом. Еще большую актуальность этой проблеме придает отмечаемая активизация, ускорение социализации молодежи. Развитие молодого человека следует рассматривать как органическую и неотъемлемую часть физического, психического и репродуктивного здоровья.

Очевидность взаимосвязи здоровья с трудовым, оборонным и репродуктивным потенциалом не требует комментариев. Вместе с тем, состояние здоровья оказывает непосредственное воздействие и на интеллект, и на нравственное состояние, и на общественно-политическое поведение человека.



Характер взаимосвязи биологического и социального в человеке

В интегрированном виде здоровье отражает качественную сторону характера включенности личности в природную и социальную сферы и является важной естественной предпосылкой общей активности. Здоровье социально и по своей сущности, и по форме детерминации различных сфер жизнедеятельности. Сложные антропогенные изменения экологической ситуации, продолжающееся вооружение человека новейшими средствами воздействия на природу и самого себя, отсутствие должной социальной базы здравоохранительного движения, целенаправленного создания условий, адекватных гуманистическому образу жизни, требуют глубокой мировоззренческой переориентации общества в отношении здоровья подрастающего поколения как важнейшей социальной ценности.

Будет уместным здесь обратиться к практике сбережения здоровья населения в развитых капиталистических странах. В США, например, сохраняя приверженность профилактическому принципу государственного здравоохранения, современная практика социальной работы обращена к новым проблемам тех, кто находится в «царстве здоровья». Рассуждения об улучшении медицинской помощи и размышления о проблемах здоровья имеют определенный социальный контекст. Слишком часто и население, и медики-профессионалы рассматривают вопросы медицинской службы лишь в узком смысле – ограничиваясь лечением, т.е. оказанием помощи, в стиле медика-ученого, который, скрупулезно следуя научной методе, борется с некой болезнетворной «единицей», «внедрившейся» в человеческое тело. Это называется «остаточным» (резидуальным) подходом к медицинской помощи.

Во многом с таким подходом корреспондируются основные положения Национального проекта «Здоровье»:

- Переход на новые формы оплаты труда врачей, введение системы материального стимулирования медицинских работников по конечным результатам деятельности.
- Подготовка и переподготовка врачей общей практики, участковых терапевтов и педиатров, укомплектование медицинскими кадрами участковой службы.
- Укрепление диагностической службы первичной медицинской помощи.
- Укрепление материально-технической базы службы скорой медицинской помощи, в том числе оснащение бригад скорой медицинской помощи современными транспортными средствами, реанимобилями.
- Возрождение профилактического направления в здравоохранении, форми-

рование у населения культуры здоровья.

- Удовлетворение потребности населения в дорогостоящих видах медицинской помощи, перевод федеральных специализированных учреждений на работу в условиях государственного заказа.

Постановка цели и задач воспитания жизнеспособного и самосохраняющего поколения – проблема, которая требует к себе пристального внимания специалистов в области социальной психологии, социологии молодежи, экологической и экономической демографии. Необходимо создать такие социально-педагогические технологии демографической политики, которые были бы способны формировать жизнеспособное и жизнестойкое поколение россиян. Эмпирической базой для анализа заявленной проблемы служат результаты ряда социологических опросов, проведенных нами в 1992 – 2006 гг. в различных городах и поселениях субъектов РФ, входящих в Уральский федеральный округ, в частности:

- 1999 г., опрос по одной стандартизированной анкете 1360 отцов и матерей, в семьях которых воспитываются подростки в возрасте 14-17 лет, – комплексное сравнительное исследование в шести регионах РФ: Ханты-Мансийском и Ямало-Ненецком автономных округах, Самарской, Читинской, Челябинской и Свердловской областях – «Урал-1»;
- 2002 – 2003 гг. – опрос 2900 молодых супругов пяти регионов РФ, в том числе 1860 респондентов из Свердловской области, – «Урал-2»;
- 2006 – 2007 гг. – опрос в 8 городах Свердловской и Челябинской областей 490 родителей, 665 подростков и 230 экспертов по вопросам семьи и воспитания молодежи – «Урал-3»;
- 2007 г. – в 7 городах и 14 сельских поселениях Пермской, Свердловской и Челябинской областей по авторским анкетам опрошено пять категорий респондентов: а) учащиеся средних и старших классов городских школ – 900 чел.; б) учащиеся средних и старших классов сельских школ – 540 чел.; в) родители учащихся городских школ – 770 чел.; г) молодые рабочие (в возрасте до 25 лет) 32 городских предприятий – 570 чел.; д) специалисты властных структур, тренеры, преподаватели физической культуры – 220 чел. – «Урал-4».

Быть здоровым – это значит «не иметь никаких болезней» – так считают 65 % россиян», еще почти четверть говорили о том, что для этого надо «ощущать в себе жизненную энергию»; 12% россиян сказали, что здоровье – это возможность не переживать никаких стрессов и «жить без нервов». Менее одного процента предложили какой-то свой собственный ответ или утверждали, что важны одновременно все три предложенных пункта или хотя бы два из них. Например, эта немногочисленная группа объясняла социологам, что здоровый человек должен ощущать «психологическое благополучие», «быть полноценным во всех отношениях», «все любить и всех любить», «заниматься собой, следить за своим самочувствием», «иметь возможность выполнять любую работу». Ну, а «быть больным» в представлении наших сограждан – это страдать от серьезных недугов, – так ответили 64 % опрошенных; постоянно чувствовать себя плохо – 27 % или просто находиться в постоянном напряжении, «на грани» – 9 % [2].

А каково валеологическое самочувствие уральского населения? На вопрос «Как Вы оцениваете состояние вашего здоровья и здоровья членов семьи?» ответы молодых супругов («Урал-3») распределились следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

**Оценка респондентами состояния своего здоровья и здоровья членов своих семей
(% от общего числа опрошенных по каждой группе)**

Самооценка состояния здоровья	Группы молодых семей			
	в целом	в т.ч. семьи с числом детей:		
		нет	один	двое
<i>Здоровье респондента</i>				
Хорошее	53	58	50	48
Удовлетворительное	43	38	46	47
Плохое	4	4,3	4	3,5
<i>Здоровье жены (мужа) респондента</i>				
Хорошее	53	59	50	47
Удовлетворительное	44	37	46	48
Плохое	3,2	2,5	3,2	4,1
<i>Здоровье детей ребенка (детей) респондента</i>				
Хорошее	41	11	54	48
Удовлетворительное	30	3,7	37	43
Плохое	4,4	0,8	5	6

Можно с уверенностью утверждать, что в цивилизованном обществе охрана здоровья индивида и всего населения характеризует уровень общей культуры общества. Начало реформ в 90-е годы прошедшего столетия сопровождалось усилением в стране неблагоприятных тенденций в различных сферах жизнедеятельности женщин. Особенно обострилась проблема воспроизводства населения.

В разные времена и в разных культурах определения здоровья значительно расходятся. Специалисты выделяет несколько вариантов его дефиниций: во-первых, как результат или исход определенной деятельности; во-вторых, как способность достигать предпочтительные цели или выполнять определенные функции; в-третьих, как процесс, в котором здоровье предстает в качестве динамического, постоянно изменяющегося феномена; в-четвертых, как нечто переживаемое индивидом; в-пятых, как атрибут индивида (например, физические возможности) или как характеристика целостной личности (скажем, ее эмоции).

С точки зрения аксиологического подхода здоровье выступает как универсальная человеческая ценность, соотносится с основными ценностными ориентациями личности и занимает определенное положение в ценностной иерархии. Доминирование тех или иных ценностей, также как и их переоценка, кризис, рассматриваются в качестве факторов, определяющих здоровье индивида или негативно влияющих на него.

По данным социологических опросов, проведенных в крупных городах России, в том числе и нашего исследования, среди важнейших приоритетов первые-вторые места респонденты отдают сохранению здоровья. Однако это было обусловлено дороговизной лечения, а не осознанным стремлением к здоровому образу жизни. На вопрос «Ниже перечислены некоторые жизненные ценности, к которым может стремиться взрослый человек. Выберите пять «самых-самых» важных для Вас» («Урал-4») – нами были получены следующие ответы респондентов из 3 групп (табл. 2).

Таблица 2

**Жизненные ценности подростков на Урале
(% от общего числа опрошенных по каждой группе)**

Жизненные ценности	Группы учащихся
--------------------	-----------------

	Город		Село
	юноши	девушки	
Хорошая семья и дети	89	87	88
Хорошее здоровье	66	72	70
Любимая работа, успешная деловая карьера	69	70	67
Материальное благополучие, экономическая независимость, самостоятельность	58	61	46
Сознание того, что приносишь пользу людям	26	21	25
Хорошие жилищные условия	41	44	46
Содержательный, интересный досуг, возможность заниматься любимыми увлечениями в свободное время	31	24	20

Нетрудно видеть, что иерархия жизненных ценностей юношей и девушек, молодых людей, живущих в городе и в сельской местности, практически идентична. При этом здоровье занимает «твёрдую» вторую-третью позицию. Другие наши опросы показывают, что родители особо выделяют здоровье своих детей среди остальных слагаемых благополучия. Однако более глубокий социологический анализ обнаружил: для граждан собственное здоровье и здоровье своих детей ценно не само по себе, а как средство достижения жизненных целей, т.е. инструментально. Представляется, соответственно, что физическое и психическое здоровье учащихся важно не само по себе, а как средство для достижения успехов в учебе, приобретения более высокого рейтинга в школе.

Отношение человека к своему здоровью можно рассматривать как систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также как определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния: отношение к здоровью проявляется в действиях, суждениях и переживаниях людей относительно факторов, влияющих на их физическое и душевное благополучие. Если дифференцировать понятие «отношение к здоровью», то получим, по крайней мере, две составные части: «самосохранительное отношение и поведение» и «саморазрушительное отношение и поведение».

Самосохранительное отношение и поведение индивида вытекает из знания и принятия им основных социальных ценностей человека: индивидуального смысла жизни, направленного на самореализацию духовных и физических способностей и потенциальных возможностей в здоровье, любви, красоте, материальном благополучии, общении с людьми и т.п. Итак, в целом самосохранительное поведение означает уровень осведомленности, компетентности индивида в области валеологии, степень соответствия поступков человека требованиям здорового образа жизни, предписаниям валеологии, медицины, санитарии и гигиены.

Проблема самосохранительного поведения заключена в несоответствии, порой резко выраженном противоречии между сознанием и поведением. Если бы не существовало этого противоречия, то не было бы особой проблемы и практических трудностей. Самосохранительное сознание и поведение индивида детерминировано следующим:

- во-первых, это знания о человеке, его природе, сущности, физиологических и психологических процессах, полное (более-менее) представление о здоровье;
- во-вторых, это самопознание, самоанализ собственного состояния здоровья в соответствии с образом жизни, возрастом, особенностями конституции, особенностями темперамента и т.п., которые завершились осмысленным выводом, желанием самосохранительного поведения;
- и, в-третьих, включение силы воли, обостренного желания реализовать свое сознание в повседневное самосохранительное поведение.

Образ жизни — одна из важнейших биосоциальных категорий, интегрирующих представления об определенном виде (типе) жизнедеятельности человека. Здоровый образ жизни – это активная деятельность людей, направленная на сохранение и улучшение здоровья. Здоровый образ жизни подразумевает такое поведение человека, которое отражает определенную жизненную позицию и направлено на сохранение и укрепление здоровья, оно основано на выполнении норм, правил и требований личной и общей гигиены. «Здоровый образ жизни» — категория более общего понятия «образ жизни», включающая в себя оценку условий жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизнедеятельности. Образ жизни определяется не только наличием или отсутствием вредных привычек, но и, главным образом, уровнем общественного производства, благосостоянием (доход на душу населения, оценка жилья, транспорта и др.), а также уровнем культуры, образования, медицинской активности населения и т.д.

А как представляют себе здоровый образ жизни (ЗОЖ) современные молодые люди и подростки? На вопрос нашим респондентам («Урал-4») «Как Вы считаете, каковы составляющие поведения человека, ведущего здоровый образ жизни?» нами были получены следующие ответы (табл. 3).

Симптоматично, что подавляющее большинство респондентов из разных социальных групп (97-99 %) знают и выделяют те или иные факторы поведения, соответствующие здоровому образу жизни. В число наиболее существенных детерминант ЗОЖ, набравших по 60-80% голосов, респондентами были включены «отказ от вредных привычек (алкоголь, курение, переедание)» (80-85 %), «регулярные занятия спортом, физкультурой» (43-63 %), «правильное питание» (52-74 %).

Как показывают наши исследования, большинство уральцев (около 90 %) скептически относятся к самосохраняющему поведению и игнорируют активную здоровьесберегающую жизненную позицию. Более того, они ориентированы на пассивно-рентное отношение к своему здоровью и связывают свои надежды на улучшение его качества не с личными усилиями, а с внешними обстоятельствами, не зависящими от них самих. Можно предполагать, что именно такой стиль жизни тиражируется в поколениях жителями промышленных уральских городов и передается от старшего поколения к младшему. Иными словами, современные реалии таковы, что в общественном мнении промышленных уральских городов отсутствуют активные установки на самосохранительное поведение и ЗОЖ.

Таблица 3

**Составляющие ЗОЖ в представлении различных групп уральского населения
(% от общего числа опрошенных по каждой группе)**

Варианты ответов	Группы				
	Учащиеся		Родители	Молодые рабочие	Эксперты
	город	село			
Отказ от вредных привычек (алкоголь, курение, переедание)	84	80	85	81	81
Регулярные занятия спортом, физкультурой	63	63	54	43	61
Правильное питание	60	52	67	62	74
Наблюдение за состоянием своего здоровья	43	48	45	34	48
Разумное сочетание физической и умственной нагрузок	36	30	44	32	57
Соблюдение режима дня	32	33	34	25	26
Поддержание гигиены тела	30	25	24	25	26

Стремление к здоровью и основному способу его достижения – здоровому образу жизни можно рассматривать с позиции человеческих потребностей. Современная концепция ЗОЖ определяет его как осознанное в своей необходимости постоянное выполнение гигиенических (валеологических) правил укрепления и сохранения индивидуального и общественного здоровья. Здоровье как цель и здоровьесберегающая деятельность зачастую не сопрягаются в повседневной жизнедеятельности индивида. Важно учитывать когнитивное дробление здоровья на его многочисленные составляющие: физическое, соматическое, психическое, духовное, нравственное, социальное. Мотивационным моментом двигательной деятельности для формирования физической культуры в целом является, например, повышение внешней привлекательности, уверенности в себе, поддержка данной деятельности со стороны общества.

Профилактическая работа с молодежью показывает, что формирование ответственного отношения к здоровью, пропаганда здорового образа жизни фактически является важной составной частью социализации и формирования молодого человека. Исследователи выделяют пять основных институтов общества, влияющих на образ жизни и состояние здоровья детей и подростков: семья, школа, здравоохранение, средства массовой информации, государство. Особое место среди них занимает первичная родительская семья. На вопрос нашим респондентам «Кто, на Ваш взгляд, в наибольшей мере влияет, как правило, на формирование у детей, подростков серьезного отношения к своему здоровью, к занятиям физкультурой и спортом? В частности, кто повлиял на Вас лично (ваших сына, дочь)?» («Урал-4») – нами были получены следующие (табл. 4).

Таблица 4

**Субъекты приобщения молодых людей к ЗОЖ
(% от общего числа опрошенных по каждой группе)**

Субъекты воспитания	Группы
---------------------	--------

	Учащиеся		Родители	Молодые рабочие
	город	село		
Семейное окружение				
Мать	61	64	64	60
Отец	56	53	56	54
Бабушка, дедушка	22	14	14	10
Брат, сестра	13	18	10	7
Другие родственники	5	6	4	5
Внесемейное окружение				
Сверстники, друзья	30	21	24	29
Школа, учителя	23	25	36	27
Кино, телевидение, радио	15	11	17	19
Книги, газеты, журналы	10	7	5	11
Дворовая общественность, соседи	2,9	1,5	0,9	5
Другие	3,0	2,2	2,6	2,1
По-моему, особо никто, это происходит как-то «само собой»	12	10	9	13

Доминирование родительской семьи в формировании ценностных ориентаций в целом и, в частности, в сфере приобщения молодых людей к физической культуре очевидно. Ниже приводится соотношение семейных и внесемейных факторов (% от общего числа ответов на вопрос по каждой группе):

Окружение	Учащиеся		Родители	Рабочие
	город	село		
Семейное	65	70	63	60
Внесемейное	35	30	37	40

Целостность человеческой личности проявляется, прежде всего, во взаимосвязи и взаимодействии психических и физических сил организма. Гармония психофизических сил организма повышает резервы здоровья, создает условия для творческого самовыражения в различных областях нашей жизни. Еще Гиппократ писал: «Как суконщики чистят сукна, выбивая их от пыли, так гимнастика очищает организм». Занятия гигиенической гимнастикой не исключают её превращения в тренировочную. Тогда к ней добавляют специальные упражнения на гибкость, силу, прыгучесть, равновесие, ловкость, выносливость. Это бег, прыжки в длину и высоту и пр. На вопрос нашим респондентам «Ваше участие в спорте» («Урал-4») нами были получены следующие ответы (табл. 5.).

Таблица 5

**Виды и формы участия молодых уральцев
в спортивно-оздоровительной деятельности
(% от общего числа опрошенных по каждой группе)**

Варианты ответов	Учащиеся:	Родители	Молодые
------------------	-----------	----------	---------

		город	село		
Занимаюсь в спортивной секции		24	31	2,7	4,1
Люблю плавать		24	17	20	15
Индивидуально катаюсь на коньках		15	10	8	10
Езжу на мотоцикле, велосипеде		15	16	3	6
Делаю физзарядку	более или менее регулярно	14	14	14	6
	от случая к случаю	19	19	29	22
Иногда участвую в соревнованиях		13	18	3,3	6
Сам индиви- дуально:	хожу на лыжах	11	7	13	11
	занимаюсь бегом	10	11	2,7	3,6
В настоящее время спортом не занимаюсь, к сожалению, нет времени и условий		8	9	-	31

Сравнительно меньшее распространение в подростковой среде на Урале получили следующие виды спорта (% от общего числа опрошенных и сельских подростков):

Виды спорта	Город	Село
Ходят в тренажёрный зал	9	9
Ходят в турпоходы	7	8
Играют в шахматы	7	4
Занимаются гириями, гантелями	7	3,3

В предпочтениях тех или иных видов спортивных занятий наиболее существен гендерный признак. Ниже представлены сравнительные ответы городских юношей и девушек (% от общего числа опрошенных юношей – 450 чел. и девушек – 448 чел.):

Варианты ответов	Учащиеся города	
	юноши	девушки
Делаю физзарядку более или менее регулярно	14	14
Занимаюсь в спортивной секции	32	18
Иногда участвую в соревнованиях	15	12
Занимаюсь бегом	12	7
Хожу в тренажёрный зал	11	7
Хожу на лыжах	13	11
Катаюсь на коньках	11	20

Охрана собственного здоровья – это непосредственная обязанность каждого, он не вправе перекладывать ее на окружающих.

«Интеллектуализм» современного подростка, большой объем усвоенных им знаний нередко достигается ценою полного освобождения его от трудовых обязанностей в семье и в процессе школьной учебы. А между тем проблема трудового воспитания органически связана с формированием социальной зрелости подростка, далеко не синхронной с ускорением физического развития и насыщением информацией. И здесь на первое место выступает трудовое воспитание, способствующее формированию ува-

жительного отношения к материальным ценностям, к труду, воспитанию чувства долга и ответственности перед собой и окружающими.

В опросе «Урал-1» родителям и экспертам задавался вопрос: «Как Вы считаете, с какого класса могли бы зарабатывать собственные деньги на созданном специально для школьников предприятии учащиеся вашей школы? Отметьте наиболее ранний возраст – один вариант». Мнения родителей и экспертов приведены в табл. 6.

Таблица 6

**Мнение родителей и экспертов об оптимальном возрасте
приобщения детей к производительному труду
(% от общего числа опрошенных по каждой группе)**

Варианты ответов		Группы	
		Родители	Эксперты
Начинать работать и зарабатывать собственные деньги школьники могли бы начинать, обучаясь:	в 3-5 классе	2	-
	в 6-7 классе	13	16
	в 8-9 классе	33	40
	в 10 классе	17	18
	в 11 классе	7	7
В школе (в училище) дети (подростки) должны хорошо учиться, а работать и зарабатывать деньги они «успеют» после окончания учёбы		28	19

Мы видим, что большая часть родителей «голосуют» за вовлечение их детей в производительный, оплачиваемый труд в 7-10 классах. Нельзя не отметить и довольно представительную группу родителей (28 %) и экспертов, которые придерживаются того мнения, что «в школе (в училище) дети (подростки) должны хорошо учиться, а работать и зарабатывать деньги они «успеют» после окончания учёбы».

Можно с уверенностью утверждать, что в настоящее время особую актуальность представляют аспекты поведения семейной группы, связанные с воспроизводством потомства, другими словами, с культурой её репродуктивного поведения, его соответствием текущим и особенно стратегическим потребностям воспроизводства российского сообщества. «В стране все больше семей, имеющих только одного ребенка, – отмечал В.В. Путин в своём Послании Федеральному Собранию. – Нам необходимо повысить престиж материнства и отцовства, создать условия, благоприятствующие рождению и воспитанию детей». При этом «меры по созданию условий, благоприятных для рождения детей, снижения смертности и упорядочения миграции, должны реализовываться одновременно»[3]. Характер демографического поведения семьи, соответствие его текущим и перспективным целям и задачам цивилизованного развития сообщества, расширенного воспроизводственного процесса обусловлены, с одной стороны, уровнем культуры её демографического поведения, обеспечивающего достижение общественно значимых целей в воспроизводстве индивидуальной и общественной жизни, а, с другой, состоянием её демографического здоровья.

В настоящее время институт российской семьи переживает кризисный этап своего развития. Достаточно сказать, что с 1993 г. естественная убыль населения Российской Федерации находится на стабильно высоком уровне: 0,7-0,9 млн. человек в год (к началу 2001 г. численность населения РФ составила около 145 млн. чел.). На Урале на протяжении нескольких последних лет суммарный показатель рождаемости не пре-

вышает 130 родившихся на 100 женщин, т.е. на 40% ниже уровня, необходимого для простого численного замещения поколений родителями поколениями их детей (в 1989 г., соответственно, 201). За 17-летний период (1990 – 2003 гг.) уровень рождаемости по субъектам РФ, входящим в состав УрФО, снизился следующим образом (табл. 7).

Таблица 7

**Уровень рождаемости в субъектах РФ, входящих в УрФО, в 1990 – 2007 гг.
(число рождений на 1000 чел. населения, промилле)**

Субъекты РФ	Годы					
	1990	2001	2003	2004	2006	2007
Курганская обл.	14,5	9,2	10,3	10,7	10,5	11,5
Свердловская обл.	12,2	9,0	10,4	10,7	10,7	11,5
Тюменская обл.	15,9	11,4	12,9	13,3	13,2	13,9
Челябинская обл.	13,7	9,3	10,4	10,7	10,7	11,7
ХМАО	16,7	12,2	13,7	13,9	13,7	14,6
ЯНАО	16,3	12,8	14,0	14,0	13,0	14,2

В соответствии со сложившимися тенденциями в брачности и рождаемости увеличивается средний возраст матери при рождении ребенка. Если в 1995г. он составлял 24,8 года, то десятилетие спустя повысился до 26,6 года. Кроме изменений в репродуктивном поведении населения все большее влияние на ситуацию с рождаемостью оказывает уровень репродуктивного здоровья населения. Сохраняющаяся высокой общая заболеваемость и степень распространенности болезней среди населения страны (в том числе, на Урале) не способствуют улучшению (укреплению) репродуктивной системы организма человека, ее функций и процессов. Известна, например, строгая корреляция между ухудшением здоровья женщин, прежде всего беременных, и увеличением рождения уже больных детей. Лишь каждые третьи-четвертые роды у матерей в УрФО проходят с оценкой «нормально». В табл. 8 приведены показатели по уровню заболеваемости новорожденных в стационарах больниц.

Таблица 8

**Уровень здоровья детей при их рождении в субъектах РФ, входящих в УрФО,
в 2004 – 2006 гг. (число рождений на 1000 чел. населения)**

Субъекты РФ	Всего родилось больными или заболело, чел.		В % от родившихся живыми	
	2004 г.	2006 г.	2004 г.	2006 г.
Курганская область	4106	3966	38,7	39,5
Свердловская область	18792	21225	40,7	45,5
Тюменская область	17357	18305	39,7	41,6
ХМАО-Югра	7737	9018	38,0	44,3
ЯНАО	2834	3012	39,0	42,8
Челябинская область	11904	11469	31,3	30,2

Особый аспект самосохранительного поведения – поведение молодых людей (впрочем, не только молодых) в сфере сексуальных отношений, или сексуальное поведение. Отмечающееся в последние годы в России омоложение возраста начала сексуальной жизни и более позднее вступление молодежи в брак привели к увеличению периода, когда молодые люди ведут добрачную половую жизнь без намерения рождения детей. В этих условиях чрезвычайно важной является сохранение репродуктивного

здоровья молодежи до ее вступления в брак, а также здоровья тех, кто, вступив в брак, сознательно откладывает деторождение, что позволит им впоследствии иметь здоровых желанных детей. В одном из исследований по проблемам молодой семьи, проведенном социологами Института экономики УрО РАН в 2006 г. (опрошено 890 чел.), супругам задавался вопрос о том, как они относятся к ситуации, когда в брак вступают молодые люди, «не имея за плечами» опыта сексуальной жизни. Ответы респондентов относительно мужчин и женщин в ситуации предбрачия отличаются весьма существенно (табл. 9.).

Таблица 9

Мнения родителей и экспертов о необходимости добрачного сексуального опыта у молодых уральцев (% от общего числа опрошенных – 890 чел.)

Варианты ответов	Добрачное поведение для:	
	мужчин	женщин
Он просто необходим до брака	53	28
В нем нет особой необходимости, но нет и ничего плохого	37	53
Этого просто нельзя допускать	3	9
Затруднились с ответом	7	10

Проблема рождения внебрачных детей во многом связана с понижением возрастного ценза активного приобщения молодых людей к половым отношениям. При отсутствии адекватного уровня знаний и культуры в сфере интимных отношений такая акселерация оборачивается для многих молодых представительниц женского пола приобретением статуса «сверхмолодой матери» (см. табл. 10).

Таблица 10

**Удельный вес сверхмолодых матерей на Урале – 1990 – 2006 гг.
(% родившихся у несовершеннолетних матерей в общем числе родившихся)**

Субъекты РФ	1990 г.	1995 г.	2003 г.	в т.ч. город / село	2006 г.
Курганская обл.	3,8	5,2	3,5	2,8 / 4,6	3,3
Свердловская обл.	3,3	4,1	3,0	2,7 / 5,4	2,3
Челябинская обл.	3,2	4,3	6,4	5,8 / 8,7	2,8
ХМАО	2,4	4,0	2,6	2,4 / 4,8	1,9
ЯНАО	2,4	3,3	2,3	2,1 / 3,0	2,0

Из таблицы видно, что наибольший процент «сверхмолодых матерей» в Курганской, Свердловской и Челябинской областях. При этом, если в первых двух субъектах РФ причина кроется в феномене повышенной урбанизированности, то в Курганской области – напротив, значительной доле сельского населения. Согласимся, что за казалось бы незначительной долей детей, появившихся на свет от сверхмолодых матерей, скрываются зачастую маленькие и большие трагедии в семьях родителей молодых матерей, нередко и молодых отцов, не способных, а иногда и не желающих, взвалить на себя бремя обеспечения семьи. Именно этим обстоятельством было продиктовано нереализованное стремление Госдумы законодательно снизить ценз брачного возраста в РФ до 14 лет. Решение проблемы сохранения репродуктивной потребности лежит не

только в изменении экономической ситуации, но, прежде всего, в сфере ценностных ориентаций.

Несмотря на то, что ценность здоровья в нормативных представлениях россиян (как у молодых, так и у взрослых) повысилась, она не стала фактором сознания, осталась на уровне моды – реальное самосохранительное поведение не претерпело существенных изменений: по-прежнему много пьющих и курящих, нарушающих режим сна, отдыха и двигательной активности, не заботящихся о правильном питании и т.д. Очевидно, что формирование моды на здоровье не должно подменять формирование культуры здоровья и физической культуры личности, прежде всего. Главным проводником культурных ценностей в период детства-юности помимо семьи являются учебные заведения, в которых основной формой функционирования физической культуры является неспецифическое физкультурное образование. Необходимо учитывать, что заставить директивами или прямым принуждением воспитывать в себе личную физическую культуру невозможно. Остаётся косвенно воздействовать на человека, через его субъективные цели. Но субъективные цели формируются в русле общественных целей. Следовательно, до тех пор, пока реальной (возможно, даже вынужденной) целью развития общества не будет здоровый человек, надежд на массовость в индивидуальном формировании здоровья немного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приоритетные национальные проекты: цифры, факты, документы. М.: Издательство Европа, 2007. 112 с.
2. Добрынина Е.В. Самочувствие очень среднее // Рос. газета. 2007. 4 мая.
3. Рос. газета. 2005. 26 апр.