**Введение**

Одной из острейших проблем демографических проблем России в целом, и Вологодской области в частности, является значительный уровень предотвратимой (преждевременной) смертности: каждый третий умерший в 2008 году находился в трудоспособном возрасте.

Ни одна болезнь в истории человечества не привлекала к себе столь пристального внимания общественности и не стимулировала такого объема научных исследований, как ВИЧ/СПИД. Целью данной работы являлся контент-анализ авторефератов диссертаций на соискание ученой степени кандидата/доктора медицинских наук по проблеме ВИЧ/СПИД в Российской Федерации за период 1990 – 2009 гг.

В качестве объекта исследования были выбраны 97 диссертаций, среди которых 91 научная работа на соискание ученой степени кандидата медицинских наук и 6 – на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

**Контент-анализ диссертационных исследований по проблеме ВИЧ-инфекции и СПИДа в Российской Федерации**

Россия до 1996 года по интенсивности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции относилась к странам с низким уровнем развития эпидемии, что объясняет отсутствие с 1990 по 2001 гг. научных работ по данной тематике. Исключение составляет диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук В.В. Покровского (1990 год), которую по праву можно считать пионерской в данной области. Начиная с 2002 г., появляются первые диссертации по ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации, что связано со стремительными темпами развития заболевания.

В большинстве научных работ (62,0%) рассматривались клинико-эпидемиологические особенности ВИЧ/СПИДа в России, что является необходимым для последующей разработки диагностических комплексов, методов лечения, профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на противодействие распространения ВИЧ-инфекции – эти темы в свою очередь были затронуты авторами в 29,2% диссертационных исследованиях. И только лишь в 8,8% научных работ ставилась цель изучения и решения социальных, психологических, этических и правовых проблем ВИЧ-инфицированных пациентов.

Основная часть диссертаций была представлена по специальностям: «Инфекционные болезни» (40), «Эпидемиология» (28) и «Фтизиатрия» (10). Кроме того, 34 исследования проводились по двум специальностям одновременно, что позволяет говорить о применении комплексного подхода к изучению и решению проблем связанных с ВИЧ-инфекцией и СПИДом в Российской Федерации.

Объекты исследований в диссертационных работах были представлены относительно однородными группами населения, разделенными по статусу в отношении ВИЧ-инфекции с учетом половозрастных особенностей, профессиональной деятельности и социальной стратификации.

В большинстве диссертационных работ (71,1%) таковыми выступали пациенты с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, большую часть из которых составляли наркоманы (22,3%) и беременные женщины (22,3%). Это продиктовано тем, что в настоящее время эпидемия ВИЧ/СПИДа в РФ сконцентрирована в среде потребителей инъекционных наркотиков и лиц, практикующих «незащищенные» половые контакты. Стремительными темпами возрастает и доля женщин среди ВИЧ-инфицированных, при этом около 90% из них находятся в детородном возрасте, что обуславливает высокий риск передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, как во время беременности, так и в родах [2].

Объектами исследований с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, так же являлись: осужденные (16,7%), дети (11,2%), подростки (5,5%), медицинские работники (5,5%), военнослужащие (5,5%), проститутки (5,5%) и мигранты (5,5%).

С целью изучения общественного мнения по проблеме ВИЧ/СПИДа в РФ в трети диссертационных работ (28,9%) объектами исследований выступали медицинские работники (33,4%), студенты-медики (33,4%), проститутки (16,6%) и сотрудники учреждений пенитенциарной системы (16,6%) с ВИЧ-серонегативным статусом.

Авторами диссертационных работ для изучения закономерностей клинического течения и развития эпидемиологической ситуации по ВИЧ/СПИДу в стране, как правило, использовались эпидемиологические (21,2%), статистические (21,2%), параклинические (19,5%) и клинические (15,4%) методы исследования. Социологические методы исследования применялись лишь в 14,6% научных работ, что является на наш взгляд, недостаточным.

При рассмотрении сопутствующих ВИЧ-инфекции заболеваний, авторы отмечают рост сочетанной патологии представленной в виде коинфекции. В настоящее время установлена прямая зависимость между распространением наркомании и ростом заболеваемости гемоконтактными гепатитами. Одновременно ухудшается и эпидемическая ситуация по туберкулезу, что в значительной степени связано со стремительным нарастанием пандемии ВИЧ/СПИДа.

Важнейшим эпидемиологическим показателем являются пути передачи вируса иммунодефицита. Парентеральный путь передачи, как ведущий, рассматривался в большинстве научных работ (51,1%) – это обусловлено изучением лиц, употребляющих внутривенно наркотики. Рассмотрению роли полового и трансплацентарного (вертикального) путей передачи ВИЧ-инфекции посвящено 42,5% и 6,4% работ, соответственно. Если в 1996 году для эпидемии ВИЧ-инфекции наиболее характерным являлось распространение вируса иммунодефицита через кровь при инъекционном употреблении наркотических препаратов, то в настоящее время отмечается ежегодное увеличение числа случаев заражения ВИЧ/СПИДом в результате «незащищенных» половых контактов и случаев передачи вируса от матери к ребенку.

**Распространенность поведенческих факторов риска заболеваний как основная причина преждевременной смертности населения**

Традиционно предотвратимая смертность рассматривается как медицинская, демографическая проблема, социальная составляющая этой проблемы остается в стороне, хотя в России причины колоссальных масштабов преждевременной смертности являются в подавляющем большинстве социальными, а не генетическими (вырождение нации) и не эпидемиологическими (распространенность тяжелых инфекционных заболеваний, например, СПИДа). Причины данной проблемы также не могут быть целиком и полностью связаны с кризисным состоянием системы здравоохранения в 90-е годы. Для доказательства того, что преждевременная смертность является социально обусловленной проблемой, воспользуемся методом финансового макроанализа системы здравоохранения.

Суть финансового макроанализа сводится к сопоставлению совокупных затрат на предотвращение социальных потерь общества от заболеваемости населения, ее последствий в виде преждевременной смертности, с собственно величинами социальных потерь общества от этих болезней, выражаемых в потенциально потерянных годах жизни ППГЖ (число недожитых лет до 65 – средней продолжительности жизни жителей региона). Результаты такого сопоставления заносятся в матрицу эффективности (см. табл). С 2003 года по настоящее время на территории Вологодской области Департаментом Здравоохранения и Фондом ОМС проводятся финансовый макроанализ деятельности системы здравоохранения региона с целью её оценки. В данной работе мы конкретизируем эти цели и применим методологию макроанализа для определения основных причин высокого уровня предотвратимой смертности населения области.

Для надежности и достоверности результатов обобщим данные за 4-летний период и отнесем тот или иной класс заболеваний к определенной группе эффективности только в том случае, если они попадают в эту группу не менее 3 раз.

Обратим внимание на первую группу заболеваний (болезни органов дыхания, органов пищеварения и системы кровообращения). За рассматриваемый 4-летний период деятельность системы здравоохранения в борьбе с этими классами болезней оказывается неэффективной: на профилактику, лечение и реабилитацию тратятся колоссальные средства, но при этим и социальные потери по этим классам оказываются самыми высокими. И причина здесь лежит не в медицинской плоскости (в настоящее время подавляющее большинство болезней и системы кровообращения, и органов дыхания и пищеварения являются излечимыми, а смертность, вызываемая ими, предотвратимой средствами современной российской медицины). Очевидно, что все три класса названных заболеваний объединяет одно: все они напрямую связаны с распространением так называемых поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний: курения, алкоголизма, неправильно питания, гиподинамии и т.д.

С целью проведения исследования по вопросам эпидемиологии основных неинфекционных заболеваний, традиционных и новых факторов риска среди трудоспособного населения Вологодской области и потребности в их профилактике в июне – августе 2007 года на базе 6 ЛПУ города Вологды Вологодским областным центром профилактики проводилось обследование населения «РОСЭПИД -2007». В ходе исследования опрошено 1485 человек на предмет их образа жизни, привычек питания, курения, приема алкоголя, кроме этого был проведен ряд клинических и лабораторных исследований для оценки состояния здоровья, выявлена предрасположенность респондентов к определенным заболеваниям.

Для данной работы актуальны лишь некоторые результаты проведенного исследования, а именно, выявленные в ходе опроса поведенческие факторы риска заболеваний органов дыхания, пищеварения и кровообращения.

Курение, основной поведенческий фактор риска развития болезней органов дыхания, является привычкой 26 % опрошенных (38,7 % выкуривают 20 и более сигарет в день. Только 16 % курильщиков всерьез осознают риск заболеть тяжелыми бронхо-легочными и хотели бы бросить курить, при этом больше половины желающих бросить курить уже испытывают серьезные проблемы со здоровьем (боль в грудной клетке, кашель по утрам, хронический бронхит).

Чрезмерное употребление алкоголя, вызывающее тяжелые болезни органов пищеварения, в первую очередь, печени, характерно приблизительно для 20 % опрошенных. 2 % вологжан употребляют алкоголь каждый день, 17 % - несколько раз в неделю, 25 % - несколько раз в месяц. При этом четко прослеживается следующая тенденция: с увеличением частоты потребления алкоголя растет и крепость потребляемых напитков. На вопрос «Хотели бы Вы изменить свои привычки употребления алкоголя?» 80% вологжан ответили отрицательно. Среди тех, кто алкоголь употребляет ежедневно, 50% хотели изменить свои привычки употребления алкоголя, среди употребляющих 1-2 раза в неделю таковых оказалось уже 22%.

Страдают гиподинамией более трети вологжан. 33% населения г. Вологды проводят на работе сидя 6 и более часов. Только 10% опрошенных занимаются физическими упражнениями. Наиболее негативным моментов в сложившейся ситуации является то, что при очевидном вреде малоподвижного образа жизни более половины респондентов, не хотят увеличить свою физическую активность. При осознаваемом факте, что их питание не является правильным и наносит вред здоровью, 60% респондентов не хотят менять свои привычки питания.

**Модели поведения молодёжи при наличии симптомов инфекций, передаваемых половым путём**

Инфекции, передаваемые половым путём (ИППП) – одна из наиболее актуальных медико-социальных проблем репродуктивного здоровья молодёжи. Целью настоящего исследования являлось выделить основные модели поведения молодёжи по отношению к потреблению медицинской помощи при наличии клинических симптомов ИППП и оценить их распространённость. Были проанализированы данные анонимного раздаточного опроса 1500 женщин и 1560 мужчин 15-29 лет. Выборка по территориальному и возрастному распределению соответствовала республиканской совокупности молодёжи.

Наличие симптомов ИППП отмечали более трети опрошенных из числа молодых людей, имевших опыт половых отношений: 26,8±1,2 на 100 мужчин, и 42,3±1,3 на 100 женщин. Различия обусловлены гендерной особенностью клинического течения сексуально-трансмиссивных заболеваний (малосимптомность у мужчин).

Обратились за медицинской помощью 65,1% респондентов, отмечавших наличие симптомов ИППП: 60% мужчин и 68,3% женщин (χ²=8,26, р=0,004). Каждый четвёртый молодой мужчина, имеющий симптомы ИППП, не предпринимал никаких действий, каждый шестой опирался на опыт друзей и собственные представления о лечении, каждый десятый мужчина обращался только в кабинет анонимного обследования. Каждая шестая женщина 15-29 лет, имеющая клинические симптомы ИППП, не предпринимала никаких действий, каждая седьмая лечилась самостоятельно.

При обобщении стратегий поведения молодых людей при наличии клинических симптомов ИППП, получены следующие возможные модели поведения молодёжи как потребителя услуг медицинского назначения (рисунок 1):

1) адекватная (обращение к врачу для диагностики и лечения),

2) условно адекватная (анонимное обследование);

3) неадекватная (отсутствие каких-либо действий; самолечение и его варианты: помощь друзей, знакомых, опора на собственный опыт).

Ранговый ряд поведенческих стратегий молодёжи при наличии клинических симптомов ИППП возглавляет занявшая первое место «консультация врача по диагностике и лечению». Её предпочитают (73,6% имеющих симптомы ИППП) женщины, ориентированные на рождение ребёнка (χ²Yates=39,0, р<0,001). На втором месте среди предпочитаемых поведенческих стратегий - отсутствие каких-либо действий. Чаще (25,9% имеющих симптомы ИППП) бездействие выбирают мужчины (χ²Yates=9,8, р<0,001).

Третье место занимает самолечение. Чаще других групп молодёжи (20,8% имеющих симптомы ИППП) данную стратегию выбирают женщины, имеющие в анамнезе искусственное прерывание беременности (χ²Yates=9,73, р<0,001). Наименее предпочитаемой поведенческой стратегией молодёжи при наличии симптомов ИППП является анонимное обследование – особенно редко его выбирают женщины, настроенные на деторождение (3,1% имеющих симптомы ИППП), несколько чаще – мужчины (10,7% имеющих симптомы ИППП) и женщины с искусственным прерыванием беременности (10,6% имеющих симптомы ИППП).

Таким образом, в молодёжной среде распространены три основные модели поведения при наличии клинических симптомов ИППП. Рискованные формы поведения по отношению к потреблению медицинской помощи при наличии клинических симптомов ИППП, составляющие неадекватную модель поведения, наблюдаются более чем в 34% случаев наличия симптомов, чаще среди мужчин. Высокая распространённость неадекватного поведения по отношению к потреблению медицинской помощи приводит к негативным последствиям для репродуктивного здоровья молодёжи и в последующем затрудняет реализацию её репродуктивного потенциала.

**Анализ самосохранительного поведения студенческой молодежи**

Изучение самосохранительного поведения молодежи достаточно новая и мало разработанная область, которая в РБ практически не представлена в научных статьях, за исключением такого структурного компонента данного типа поведения как здоровый образ жизни. Внимание к изучению самосохранительного поведения во многом обусловлено государственной социальной политикой страны, которая в качестве своей приоритетной цели ставит повышение уровня и качества жизни. Учитывая тот факт, что интерес к здоровью нации является необходимым слагаемым уровня и качества жизни, важно уже сейчас вести работу по формированию у студенческой молодежи, как носителей интеллектуального потенциала общества, позитивного типа самосохранительного поведения.

Самосохранительное поведение, традиционно рассматривается как система действий и отношений, опосредующих здоровье и продолжительность жизни индивида. Помимо здорового образа жизни, при изучении закономерностей возникновения и формирования индивидуальных моделей самосохранительного поведения, необходимо рассматривать и остальные составляющие его компоненты, к которым мы относим – желаемую продолжительность жизни, отношение к самоубийству, качество жизни. В связи с тем, что хотя в г. Минске регулярно реализуются многочисленные мероприятия, направленные на активизацию здорового образа жизни всего населения и особенно молодежи, вместе с тем, медико-демографические показатели, характеризующие состояние здоровья населения, продолжают вызывать опасения.

Самыми значимыми в социальном плане заболеваниями выступают болезни системы кровообращения, находящиеся на первом месте (55,9%), новообразования (13,1%) – на втором месте, и на третьем – травматизм (11,9%). Последний вид заболеваний занимает второе место в структуре первичной заболеваемости, и с 1994 по 2008 гг. возрос на 6,6%, являя собой не только медицинскую, но и важную социальную проблему. Следует признать, что большая доля заболеваний приходится на те виды, которые определяются образом жизни людей и поведением в отношении к своему здоровью.

В 2006г. автором было проведено исследование по теме: «Самосохранительное поведение студенческой молодежи г. Минска». Объектом данного исследования выступила студенческая молодежь. Для отбора респондентов использовалась квотная выборка, при построении которой соблюдались две квоты: образовательная ориентация и половая принадлежность. Это было обусловлено предположением, что самосохранительное поведение парней и девушек, а также студентов «техников» (представителей естественнонаучной ориентации) и «гуманитариев» может отличаться. Всего было опрошено 1200 студентов четырех минских вузов: Белорусский Государственный Университет, Белорусский Государственный Педагогический Университет им. М.Танка, Белорусский Национальный Технический Университет, Белорусский Государственный Технологический Университет. Условно «техниками» мы назвали студентов БНТУ и БГТУ, а «гуманитариями» – БГУ и БГПУ. В качестве метода сбора информации был выбран анкетный опрос.

Анализ полученных результатов позволяет сделать следующие выводы.

1) Характеристики половая принадлежность и специфика профиля образования, обусловливающие распределение студентов, не являются социальными детерминантами на пути формирования самосохранительного поведения. Поскольку студенчество, как специфическая социально-демографическая группа, выражает себя как единое целое. Подтверждением служит сходство поведенческих образцов в отношении к своему здоровью (невнимание к медицинским предписаниям), в установках на продолжительность жизни (абстрактное желание дожить до 100 лет), в отношении к самоубийству и т.д. Следует отметить, что все вышеперечисленные ориентиры включены в общий процесс социализации студенческой молодежи, которая проходит с учетом преимущественно внешних факторов. Нежелание себя ограничивать, вредные привычки, которые разделяют большая часть респондентов можно рассмотреть как результат влияния молодежных стереотипов поведения, специфического социокультурного окружения, негласных норм и не декларируемых ценностей в молодежной среде.

2) Главная отличительная черта самосохранительного поведения студенческой молодежи г. Минска это его существование в режиме ожидания. Принимая во внимание тот факт, что многие черты позитивного самосохранительного поведения (отказ от курения, от употребления спиртных напитков, соблюдение режима питания и т.д.) препятствуют успешной социализации в молодежной среде, молодой человек вынужден выстраивать свою жизнь с помощью актуальных моделей поведения (не самосохранительных). Однако, выстроенная логика ценностных ориентаций студенческой молодежи, знания о возможности и правилах ведения здорового образа жизни, потребность в определенных жизненных качествах говорит о том, что формирующийся позитивный тип отложенного самосохранительного поведения выстроен как идеальная модель, которая ждет своей реализации.

3) Результаты исследования показали, что реальное отношение студенческой молодежи к своему здоровью имеет противоречивый характер. Абсолютизация какого-нибудь компонента позитивного самосохранительного поведения влечет за собой игнорирование остальных. Например, регулярные физические упражнения сосуществуют с употреблением алкогольных напитков, или стремление питаться правильно с не соблюдением рекомендаций врачей. Это говорит о том, что этот компонент выбираются не для того, чтобы сохранить себя, свое здоровье, а для других целей, направленных на успешную социализацию в молодежной среде. Например, заниматься физическими упражнениями, питаться правильно, чтобы иметь красивое тело и нравиться другим. Стремление к подобным целям приводит к тому, что выбранный компонент здорового образа жизни может быть интровертирован в направлении к негативному самосохранительному поведению. Стремление иметь красивое тело ведет к ограничению употребления еды или к зависимости от медицинских препаратов, снижающих аппетит.

4) Для того чтобы вывести формирующийся тип самосохранительного поведения из режима ожидания, миную неизбежные трудности процесса молодежной социализации, нужна выработка сильной мотивационной установки, на сознательный выбор позитивного самосохрантельного поведения.

**Заключение**

Таким образом, работа врачей оказывается неэффективной в тех случаях, если пациентом оказывается человек, не желающий нести ответственность за свое здоровье. И как бы ни были высоки финансовые вливания в сферу здравоохранения, смертность населения существенно снизить не удастся, пока социальной нормой считается курение, употребление крепких спиртных напитков несколько раз в неделю, малоподвижный образ жизни и неправильное питание.

Таким образом, пандемия ВИЧ-инфекции и СПИДа в России, распространяющаяся стремительными темпами, являвшаяся ранее заболеванием определенных групп риска (наркоманы, гомосексуалисты, проститутки), на сегодняшний день становится угрозой для популяции в целом. Проведенный контент-анализ позволяет сделать вывод о необходимости создания системы медико-социологического мониторинга ситуации по ВИЧ/СПИДу в России и проведения комплексного анализа медицинских, социальных, экономических, психологических, правовых и этических проблем ВИЧ/СПИДа с позиции социологии медицины, научной дисциплины, в рамках которой может быть осуществлено медико-социологическое осмысление роли ВИЧ-инфицированного пациента в современном российском обществе.

**Список литературы**

1. Волова Л.Ю. (2008) Клинико-эпидемиологическая характеристика ВИЧ-инфекции в условиях Крайнего Севера с учетом фактора миграции населения: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – Санкт-Петербург.
2. Орлова О.А. (2008) Эпидемиологическая характеристика вирусных инфекций у ВИЧ-инфицированных беременных и их новорожденных детей: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – Москва.
3. Решетников А.В. (2006) Медико-социологический мониторинг: Руководство. – М.: Медицина.
4. Журавлева И.В. Самосохранительное поведение подростков и заболевания передающиеся половым путем /Социологические исследования. - 2007.
5. Интеллектуальные ресурсы Белорусского общества. Социологический анализ, под ред. Г.Н.Соколовой, Мин.2007.
6. Ивахненко Г.А. Здоровье московских студентов: анализ самосохранительного поведения // Социологические исследования, М.,2006,№ 7с..
7. Здоровье населения и окружающая среда г. Минска в 2006 году. Мин.2007. -130с.
8. Решетников А.В. Современные социальные изменения в общественном здоровье и моделях медицины // Социология медицины, М.,2006,№1.
9. Сурмач М.Ю. (2007) Методика изучения социологических аспектов медико-социальной проблемы репродуктивного здоровья молодёжи // Социология, №1