

ГОДИШНИК НА СОФИЙСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“  
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ  
Книга Психология  
Том 99

ANNUAIRE DE L'UNIVERSITE DE SOFIA „ST. KLIMENT OHRIDSKI“  
FACULTE DE PHILOSOPHIE  
Livre Psychologie  
Tome 99

---

## СТРЕС И ЗДРАВНО ПОВЕДЕНИЕ В УНИВЕРСИТЕТСКА СРЕДА

СНЕЖАНА ИЛИЕВА, ВИХРА НАЙДЕНОВА<sup>1</sup>

*Катедра „Социална, трудова и педагогическа психология“*

*Снежана Илиева, Вихра Найденова. СТРЕСС И ПОВЕДЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ В УНИВЕРСИТЕТСКОЙ СРЕДЕ*

Исследованы источники стресса, общую напряженность и поведение здоровья у студентов, а также установлены различия в зависимости пола, доходов и условия жилья. Выявлены основные факторы проявления стресса у студентов: социальные взаимоотношения, учеба, коммуникация и изолирование, здоровье и условия среды, финансовое положение. Размер доходов повышает стресса всем исследованным факторам с исключением коммуникации и изолирования. Женщины испытывают больше общую напряженность и стресс учебы и здоровья в условиях среды чем мужчины. Существуют половые различия в отношении поведения здоровья – мужчины больше занимаются спортом, но и чаще употребляют алкоголь, а женщины курят больше, но и придают большую значимость здоровой пище. Поведение риска, связанное с употреблением алкоголя и наркотиков зависимо от условий жилья.

*Snezhana Ilieva, Vihra Naydenova. STRESS AND HEALTH BEHAVIOR IN UNIVERSITY SETTING*

The research of stress sources, overall strain and health behaviour identifies differences in sex, income and accommodation conditions. The main stress factors for students are the social relationships, isolation and communication, studies, health, social environment and financial status. The amount of income increases the stress according to all studied sources, excluding the isolation

---

<sup>1</sup> Изследването е част от кроснационално изследване „Cross-national students health survey (CNSHS, 2005–2010)“ с участници Р. Миколайчик, В. Найденова, С. Майер (Университет Билефелд), Сн. Илиева (Софийски университет), У. Дуджак (Университет Люблин).

and communication. Women tend to experience more overall strain and stress in result of their studies, health conditions and social environment than men. Sexual differences are observed in health behavior – men are more likely to go for sports and drink alcohol, while women tend to smoke more and are more considerable of their healthy nutrition. The risky behavior related to alcohol and drug use is directly influenced by the accommodation conditions.

## СЪВРЕМЕННИ КОНЦЕПЦИИ ЗА СТРЕСА И ЗДРАВЕТО В ОРГАНИЗАЦИИТЕ

В последните десетилетия последствията от влиянието на стреса върху здравето на индивидите се потвърждават от множество изследвания в различни научни области – от медицина до психология и социология. Стресът се определя като болестта на съвременното общество, но и в резултат от неговото действие се установяват типични болести, които за съжаление обхващат все по-голям кръг от заболявания. Освен традиционно признатите болести, свързани със стреса, като сърдечно-съдови заболявания, високо кръвно налягане, диабет, язви, мигрена, се очертава тенденцията почти всички болести да се приписват на стреса или поне да се смята, че са провокирани от неуспешното справяне с него.

От една страна, това лесно обяснява механизмите и проявите на болестта, но същевременно не дава яснота, дали само стресът е в основата на заболяванията и доколко може да се осъществи превенция за намаляване на вредните последствия от него върху здравето. От друга страна, необходимо е да се приведат доказателства, които отчитат не само постиженията на медицината, но и психологическите закономерности в изследването на стреса и личностните особености, които влияят върху болестта и здравето.

В изследване на страдащи от основните групи заболявания се установява, че характерът и проявите на болестта са детерминирани от множество личностни различия, сред които водещо значение имат здравният локус на контрол, здравните убеждения и нагласи и уменията за решаване на проблеми. От съществено значение за справянето със стреса по принцип и съответно с болестта също така са религиозните убеждения и вяра и финансовото състояние на болните (Крумова 2005). Освен демографски различия по пол и възраст и очертани личностни профили при различните заболявания съществуват и межкултурни различия в перцепциите за здраве и болест, които са социално и исторически обусловени и определят изхода от болестта (пак там).

Механизмите за протичане на болестта произтичат от перцепциите и убежденията относно здравето и здравното поведение и това изисква да се отчита тяхната специфика в различни национални култури. Въз основа на това могат да бъдат изградени културно-специфични модели и програми за превенция на заболяванията и за поддържане на здравето. Доказателство за необходимостта от отчитане на социоикономическите и културните различия между европейските региони са индикаторите за здраве и ръстът на преждев-

ременната смъртност (WHO 1999; Rayner, Petersen 2000). Сърдечно-съдовите заболявания причиняват по-висока преждевременна смъртност в северните, източните и централните европейски страни, отколкото в западните и южните (Rayner, Petersen 2000).

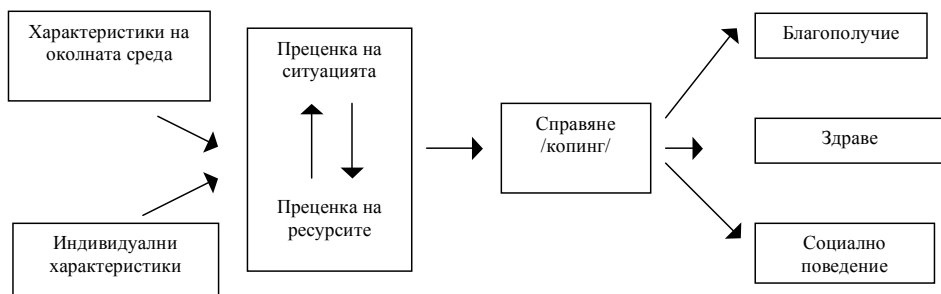
Очевидно културните стереотипи, начинът на хранене и живот, както и стресът, породен от социално-икономическата среда, са сред водещите фактори за сърдечно-съдови заболявания. Високите нива на стрес в страните от Централна и Източна Европа, които са резултат от протичащите политически, икономически и социални изменения, безспорно обуславят и високия ръст на заболяемост. Неслучайно в последните години България се нарежда в челните места както по тютюнопушене, така и по смъртност, причинена от инфаркти, т.е. това са типичните прояви и последствия от неуспешно справяне със силен и често продължителен стрес.

Всичко това води до необходимостта да се преразгледат традиционните възгледи за стреса и здравето, които са ориентирани преди всичко към индивидуалното справяне, и да се отчете по-широкият социален и организационен контекст, който причинява стрес и изменения в здравето и здравното поведение. През последните 50 години се гледа по-скоро критично на класическото разбиране за здравето и болестта като медицински категории, като все повече се подчертава био-психосоциалният характер на болестта и здравето. Наблюдава се „смяна“ на парадигмите – от биомедицински към био-психосоциален познавателен модел, и се обръща специално внимание на факторите, които влияят върху запазването и протекцията на здравето (Muench et al. 2004).

Модерното разбиране за здравето е свързано с цялостното преобръщане на концепциите за здравето и болестта. Дефиницията на Световната здравна организация, цитирана от множество автори, определя здравето не само като отсъствие на болест, а като състояние на пълно физическо, духовно и социално благополучие и удовлетвореност в рамките на жизнената среда, в която е поставен индивидът (Lauber 2001). Съвременни автори като Антоновски обръщат внимание върху специфичните ресурси, които съхраняват здравето на индивидите (Antonovsky 1987, 1997; Beck 2003), за разлика от традиционната медицинска гледна точка, която се интересува главно от последствията на влошеното здраве, от болестта. Субективното благополучие на личността варира в индивидуалистичните и колективистичните култури и се оказва решаваща предпоставка за психичното и телесното здраве, като то е свързано пряко с удовлетвореността от живота и със стреса (Петкова 2002). Стресът намалява, а здравното състояние се подобрява при наличие на удовлетвореност от живота като цяло и от отделните жизненни сфери, т.е. тези компоненти на субективното благополучие действат като буфери на стресогенните въздействия (пак там).

Съвременните психологически концепции определят стреса като резултат от несъответствие между изискванията на средата и възможностите на индивида да се справи с тях и в същото време това несъответствие се възпри-

ема от индивида като заплашително. При транзакционалните модели за стреса (Lazarus 1981), които обясняват най-пълно взаимодействието между личност и среда, индивидуалните фактори играят основна роля в процеса на оценка и определят преживяването и равнището на стрес (вж. фиг. 1).



Фиг. 1. Стрес и справяне от транзакционална перспектива (Lazarus 1981)

Процесът на стрес се разбира като зависим не само от ситуативните фактори, но и от особеностите на личността (Lazarus 1981; Folkman 1984; Leppin & Schwarzer 1997; Schwarzer 2000). Наред с това в зависимост от психологичните типове се установяват различия както в степента на възприетия стрес, така и в предпочитаните стратегии за справяне с него (Русинова-Христова, Карастоянов 2000). Така например интровертите са по-трудно приспособими към изискванията на средата и са по-склонни да прилагат емоционално фокусирани стратегии като въздържане, ограничаване и избягване или да прибегват до употреба на алкохол и наркотици. Екстравертните типове не преживяват силен стрес независимо от стресогенността на средата и се отличават с по-често използване на стратегията за позитивно преосмисляне на стресогенните въздействия (пак там).

Индивидуалните променливи определят оценката на заплахата и личностните ресурси за справяне, но това не намалява ролята на средата във възникването на стрес (Карастоянов, Величков 1994; Карастоянов 1996). Ресурсите на социалната среда и най-вече социалната подкрепа влияят както при възприемането на стреса, така и при справянето с него (Карастоянов 1995, 1996). Социалната подкрепа се определя като буфер на стреса и има безспорна положителна роля при избягването на болестите (Cohen & Wills 1985; Hirsch & Rapkin 1986; Krause 1995; Troits 1982; Leppin & Schwarzer 1997; Schwarzer 1997).

От социално-психологическа и социологическа перспектива се отчита, че стресът, от една страна, е социокултурно обусловен, а от друга страна, че се проявява в дадени социални взаимоотношения. Тъй като субективно изживяваният стрес се проявява най-вече като психологически и социални проблеми, все по-често се говори за „психосоциален“ стрес (Stock et al. 2000). Голям брой западноевропейски изследвания доказват влиянието на психосоциалния

стрес върху здравето на индивида. Стресът има индиректно влияние и върху здравния статус на дадена личност, както и върху неговото здравно поведение – например тютюнопушене, употреба на алкохол, физически упражнения (Cohen & Williamson 1991; Schwarzer 2000). Разкрива се връзката на стреса с различни сърдечни и имунологични заболявания, както и връзката на психическите и физическите оплаквания при депресиите, придружавани от соматични оплаквания (Aneshensel, Frerichs, Huba 1984).

В трудовата и организационната психология съществено място се отделя на факторите и причините за стрес, тъй като се установява, че стресът в значителна степен е детерминиран от характеристиките на професията или на организацията. Така стресът се извежда като професионален или организационен феномен, който може да влоши психичното и физическото здраве и да намали удовлетвореността от труда и неговата ефективност. Моделът на Купър за професионален стрес става отправна точка за разбиране на стреса в организацията, тъй като отчита както стресогенното влияние на организационната среда, така и личностните характеристики, които опосредстват влиянието на ситуативните фактори и определят стратегиите за справяне и последствията от стреса (Cooper 1996; Русинова, Василева, Жильова 1997; Русинова 2003).

Перцепцията за стресовите ситуации в организационна среда и подходите за преодоляване на стреса се определят не само от личностните особености и от професионалните характеристики, но и от межкултурните различия. В кроскултурален план се отчита, че стресогенните фактори на работното място не действат изолирано, а си взаимодействат със стресори от социалната ситуация, които могат да са решаващи при проявите и начините за справяне със стреса (Русинова, Василева, Жильова 1998; Русинова 2003). Оценката на източниците на стрес варира в различните култури – така например при кроскултурно изследване на стреса в България, Румъния, Англия и Япония се оказва, че за японските мениджъри основните стресогенни фактори са тежестта на труда, взаимодействието между работата и личния живот и личната отговорност. Конфликтите и организацията на работа са по-стресиращи за българите, които изпитват по-висок стрес в сравнение с английските мениджъри. Най-високо е равнището на стрес при румънските мениджъри – повечето фактори на организационната среда се оценяват като по-стресогенни в сравнение с останалите страни (Русинова 2003).

Българските мениджъри обаче оценяват физическото си и психичното здраве като значително по-добро, отколкото румънските, украинските, английските и японските мениджъри (Русинова, Василева, Жильова, Андреев 1999). Този факт, както и данните от медицинската статистика дават основание да се смята, че те вероятно избягват да споделят здравословните си проблеми и не им обръщат достатъчно внимание (пак там). Поради това у нас е необходимо да се създаде система за профилактика на стреса и последващите от него заболявания.

Последствията от стреса в организационна среда се проявяват на индивидуално равнище – във физическото и психичното здраве на индивидите, но наред с това на организационно равнище водят до отклонения във функционирането на организацията, от които най-типичните са нарастване на конфликтите, отсъствия и закъсненията, текучество и спад в ефективността.

Поради това в последните години, особено в контекста на изучаване на стреса и на осъществяване на организационни промени, се оформя възгледът за т. нар. организационно здраве, т. е. организациите подобно на хората могат да бъдат „болни“ или „здрави“, като могат да преминават от едното в другото състояние в резултат на усилията на управлението и чрез подходящо насочване на организационните промени (Илиева 1998). Като „здрави“ организации се определят тези, които имат високи равнища на ефективност и производителност.

Моделът за организационно здраве (Hart, Cooper 2001) включва на първо място взаимодействие между индивидуалните характеристики като мотиви, способности, компетентност, личностни особености, от една страна, и организационните характеристики като например структура, условия на труд, системи на възнаграждения, политика на организацията, от друга страна. Тоест от психологическа гледна точка е важно не толкова наличието на определени фактори на средата, колкото тяхното възприемане и интерпретиране от страна на работниците и служителите. В резултат на взаимодействието на индивидуалните и организационните характеристики се очаква да се създадат условия за благополучие на служителите. Следствие от преживяването на благополучие от страна на служителите са организационното изпълнение и ефективност. Така здравето на отделните служители и здравето на организацията като цяло са двете страни на един и същ процес и основна задача на работодателите и мениджърите е да насочват и благоприятстват „здравето“ и ефективността на организацията, като подобряват организационната среда. При създаването на „здрава“ организационна среда трябва да отчита, че индивидуалното и организационното здраве са взаимозависими и че управлението носи отговорност както за организационното, така и за индивидуалното здраве (Quick et al. 1996).

Според Хартата на Световната здравна организация се формулират няколко основни цели, необходими за подобряването и поощряването на здравето както по принцип, така и в организациите (WHO 1986).

1. Създаване на жизнени условия и среда, които да подобряват здравето.
2. Подкрепа на личностите в развитието на здравния им потенциал.
3. Активно включване на всички целеви групи в този процес.

Основна роля в съвременните възгледи имат условията, които влияят върху здравето. Те са този фактор на средата, върху който може да се влияе и да се променя по начин, който да подобрява или влошава здравното състояние на индивидите. Наред с това се включват и различни взаимодопълващи се мерки

като разпространение на информация, свързана със здравето и положителното здравно поведение, възпитание, правила в организациите, като особено се подчертава необходимостта от обществена подкрепа и информираност.

## ЗДРАВЕ И ЗДРАВНО ПОВЕДЕНИЕ В УНИВЕРСИТЕТСКА СРЕДА

Основна мисия и предназначение на университетите е развиването на система от знания и умения на студентите, за да се създаде подходяща подготовка за овладяването и практикуването на определена професия. Университетите са специфична организационна среда, която има академична и изследователска ориентация. Но освен като академична среда те се характеризират и като жизнена и социална среда, в която студентите прекарват своето всекидневие – тук се учи, работи, живее, създават се социални контакти, изграждат се основни жизнени, политически и социални гледни точки.

Университетът в зависимост от изградената организационна стратегия, структура и култура предлага различни условия за работа и обучение, които могат да подобряват или влошават здравето на работещите и обучаващите се. В този смисъл е необходимо да се обърне особено внимание, от една страна, на социалната ситуация на студентите, а от друга – на характеристиките на жизнената и работна среда в университетите, както и на съществуващия в тях организационен климат.

Според традиционното медицинско мислене студентите подобно на юношите се възприемат като една по-скоро „здрава“ популация. Едва през последните години, след провеждането на множество здравно-психологически изследвания, се установява, че и при тях се наблюдават множество психологически и социални проблеми, които оказват влияние върху тяхното здраве. Основен фактор, който оказва влияние върху здравето на студентите, е психосоциалният стрес, който може да доведе и до различни психосоматични и поведенчески симптоми (Stock et al. 2000). Поради това студентите започват да се идентифицират от европейските изследователи като една здравно застрашена група (Sonntag et al. 2000). В резултат на изследванията в европейското научно пространство все повече се отдава приоритетно значение на здравето и здравното поведение на студентите, като се отчита фактът, че следването е периодът, в който се усвояват и затвърждават определени здравословни практики и начини на поведение.

Повечето европейски изследвания на здравето и здравното поведение на студентите се съсредоточават само върху отделни, изолирани поведения и феномени (Allgoewer et al. 2000). По този начин остават отворени въпросите, доколко дадени поведенчески фактори са взаимосвързани, а други се самоизключват. Може например да се предположи, че всеки рисков фактор е свързан с индивидуалния стил на живот, като този начин на свързаност трудно може да се обясни. Някои автори задават въпроса: „Има ли определени дименсии на превантивното здравно поведение, съществува ли здравословен

жизнен стил? Спортуват ли редовно индивидите, които често посещават лекар?“ (Faltermajer 1994).

Макар че демографските фактори, свързани с пола и високото равнище на образование при студентите, определят стабилния им здравен профил, в ред изследвания се установява, че сред студентската популация нарастват психосоматичните и соматичните оплаквания, които варират в различните географски региони (Stock et al. 2003). Налице са също така изменения и отклонения в здравното поведение, убеждения, осъзнаване за рисковите поведения на студентите, установени в рамките на две изследвания за десетгодишен период, според които е наложително да се формират положителни нагласи към поздравословни стилове на живот (Steptoe et al. 2002).

Университетът като среда за обучение, работа и живот на студентите формира определени здравни поведения, намалява или увеличава рисковете за здравето и здравните ресурси (Allgoewer 2000; Sonntag et al. 2000). Факторите, които имат влияние върху здравето на тези млади хора, се отнасят до психосоциалния стрес, загубата или намаляването на социалната подкрепа, финансови затруднения, жизнена среда, практикуването на рисково поведение. Тези фактори се проявяват особено през първата година на следване, когато се осъществява преход от един към друг начин на живот и е налице цялостна адаптация към университетската среда. Първата година от обучение например в много случаи се възприема като важен жизнен период в рамките на личната биография. Освен новата и непозната образователна ситуация често се налага преместване в друг град, напускане на родителския дом, пространствено отдалечаване от приятелския кръг, в резултат на което се ограничават възможностите за социална подкрепа, като се попада в непозната и стресова ситуация (Stock et al. 2000).

Студентите се намират в период, в който от тях за първи път се изисква подобна самостоятелност и вземане на решения относно бъдещия жизнен стил. Тази фаза е особено „чувствителна“ и може да бъде съпътствана от резки промени в здравето и здравното поведение. Предишни спорадични и експериментални рискови практики от юношеството като например тютюнопушене, употреба на алкохол, нездравословно хранене могат да се затвърдят или засилят по време на следването (Nordlohne 1992). Напускането на дома на родителите допълнително усилва желанието за експериментиране. Например изпробването на наркотични вещества и употребата на алкохол могат да бъдат причислени към рисковите поведения, които характеризират този период. Студентите се числят и към групата на сексуално активното население, поради което сексуалното образование и превенцията са особено важни за избягване на рисково поведение.

Тъй като практиката показва, че вече придобитото рисково поведение трудно се коригира в бъдеще, е важно да бъдат засилени превенцията и разработването на здравни и организационни програми в университетите, като се обърне специално внимание на групата на студентите (Kolip et al 1994). Освен



непосредствената функция на университетите като „здравна“ среда те имат и ролята на институцията, която би могла решително да определя и влияе на бъдещите здравни практики и поведения. Университетите имат изключителен потенциал да формират здравното съзнание в рамките на едно поколение и да участват във формирането на решения, свързани с поощряването на определено поведение и усвояването на здравословни практики от младите хора. По този начин, инвестирайки в бъдещите поколения, институцията инвестира и в бъдещето на обществото като цяло (Tsouros 1998).



Фиг. 2. Фактори за поддържане на здравето в университетите (по Gastorf & Neukirchen 2000)

За да бъдат подобрявани здравето и условията на труд в университетите както на организационно, така и на индивидуално ниво, е необходимо на първо място да се идентифицират специфичните проблеми и да се направи многофакторен анализ на проблемите и условията. В този смисъл университетът трябва да бъде разглеждан не само като една пространствена цялост, но и като една социална система, в която индивидите пребивават, обучават се и работят в определени релевантни условия и под влиянието на околната среда. Основните фактори за поддържане на здравето в университетска среда могат да бъдат категоризирани в пет групи, които са взаимосвързани помежду си (Gastorf & Neukirchen 2000; вж. фиг. 2). Поддържането на здравето в университетска среда изисква, от една страна, подходящо обучение на индивидуално равнище

за създаване на здравно поведение, но и оценка на факторите на физическата и социалната среда, които влияят върху условията на живот и определят ресурсите и мрежата за социална подкрепа.

В резултат на нарасналия интерес към здравното поведение на студентите, както и на необходимостта от поддържане на здравето на преподавателския и административния персонал, в последните години се популяризира идеята за *университети, които подкрепят здравето* (Health Promoting Universities). Целта е в тези университети да се въведат специфични образователни програми и проекти, които разясняват и подкрепят поддържането и развитието на здравните ресурси и стимулират поведение, водещо до подобрието на здравето на студентите и персонала. Това означава възгледите за здравето и здравното поведение да се интегрират в културата, процесите и политиката на университетите. Възможните начини за това са да се повишат разбирането и осмислянето от студентите на прилаганите от тях практики за поддържане на здравето, както и да се изградят умения за справяне с проблемите.

Развиването на работещи програми за превенция на студентското здраве съчетава разнообразие от действия като делегиране и овластяване (empowerment), повишаване на диалога със студентите като основна заинтересована страна, непрекъснатост, стабилност и продължителност на процеса, предоставяне на равни възможности за избор и участие в целите на организацията и създаване на „здрава“ работна и жизнена среда. Други цели, които си поставят *университетите, подкрепящи здравето*, според Световната здравна организация (WHO 1999; Tsouros 2000) са равенство, здравословно ориентиран начин на живот, здравословни условия в работата и всекидневието.

Университетите имат потенциала да развият модел на организационна среда, която поддържа здравето и положителното здравно поведение. Те имат интелектуалния капацитет, умения, авторитет и креативност за тази цел. Университетите представляват също така сами по себе си ресурс за общностите, в които те са ситуирани, и са инвестиция за бъдещето на тази общност.

Важен е въпросът, защо е необходимо да се поддържа и рекламира здравето в университетската среда, да се развиват проекти и да се извършват изследвания с подобен фокус. От една страна, това се дължи на обществения имидж и престиж, който имат университетите. Стандартите и условията на средата се оценяват все по-високо в развитите общества от XXI в. На второ място, са участието и профилирането на университетите в рамките на разнообразни здравни програми на локално, регионално, национално и интернационално ниво. На трето място, е необходимостта от здравословно благополучие на студентите и персонала. Проектите, ориентирани към подобряване на здравето в университетска среда, биха могли да идентифицират силните и слабите страни на организацията, които влияят върху благополучието на студентите, и да разкрият възможности както за студентите, така и за персонала да подобрят своето здраве. На последно място, но не и по важност, са условията

на труд и живот. Подобни проекти и изследвания спомагат за подобряването на средата, в която индивидите се обучават, живеят и се социализират (Tsouros 2000).

Подобни проекти и изследвания са базирани върху философията на здравната стратегия на Световната здравна организация (WHO 1999) и на принципите на ООН (United Nations 1992) за интегрирането на здравето в културата, структурите и процесите на университета. Като основни цели са дефинирани:

- да се създаде „здрава“ работна, образователна и жизнена среда за студентите, академичния и неакадемичния персонал;

- да се увеличат подкрепата и поддръжката на здравето в рамките на образователната и изследователската дейност;

- да се създаде и развива свързаност между преподаваното съдържание и поддържаното здраве и здравно поведение в университета, от една страна, а от друга – да се установят и поддържат контактите с общността, за да могат тези практики да се разпространяват и да обхванат по-голяма част от обществото.

Чрез създаването на една благоприятна психологическа, социална и физическа среда се дава възможност на всеки индивид в университета да развие „здрави“ и полезни лични и жизнени способности и умения. Това предполага на всеки индивид да бъде осигурен достъп до различни спортни, развлекателни, културни и социални програми. Университетите, които поддържат здравето, се характеризират и с висока степен на участие на студентите и персонала във взимането на решенията, които влияят върху развитието на организацията и нейните проекти, като се стимулира хоризонталната комуникация. От значение е и усиляването и рекламирането на интереса към положително здравно поведение и спонсорирането на здравните изследвания.

## ИЗСЛЕДВАНЕ НА ИЗТОЧНИЦИТЕ НА СТРЕС И ЗДРАВНОТО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ СТУДЕНТИ

### Методи на изследване и извадка

Настоящото изследване<sup>2</sup> е част от кроскултурно изследване, което има за цел да проучи здравето и здравното поведение при студентите от университета Билефелд (Германия), Софийския университет „Св. Климент Охридски“ и университета Люблин (Полша), както и различните психологически и социални фактори, които оказват влияние върху изследваните феномени. За реализация на поставената цел се прилага идентичен въпросник за трите страни, разработен и апробиран в университета в Бийлефелд. Той обхваща различни области на психичното и физическото здраве на младите хора. Отчита се изследователската практика в областта на организационната и здравната

---

<sup>2</sup> Оригиналният въпросник е разработен на немски език с автори: В. Найденова, Р. Миколайчик, С. Майер. Българска адаптация на въпросника: Вихра Найденова, Снежана Илиева.

психология и се обръща особено внимание на изследването на психосоциалния стрес, ролята на социалната подкрепа и влиянието на факторите на университетската среда върху здравето. Изследват се също така психосоматичните симптоми и степента, в която те са характерни за студентската група. Проследяват се здравните практики като упражняването на спорт и рискове като тютюнопушене, консумация на алкохол и наркотични вещества.

Въпросникът е предварително апробиран с германски, български и полски студенти. Направени са преводи на полски и български език, като при българския превод са реализирани два сравнителни превода и един трети експертен, за да се избегнат грешки.

**Извадка.** Изследването е проведено през летния семестър на 2005 г., като са обхванати 709 първокурсници от Софийския университет „Св. Климент Охридски“. От тях 68,2% са жени и 31,8% са мъже. Средната възраст на изследваните лица е 19,7 години. Отчитат се различията в доходите и особеностите на ситуацията, в която живеят студентите. Прави впечатление, че само 7,5% от запитаните оценяват месечните си доходи като напълно достатъчни, 36,9% ги смятат за достатъчни, докато останалите 55% намират доходите си като по-скоро и напълно недостатъчни. 47 % от запитаните учащи живеят при своите родители, 41,2% – заедно с партньор/ка, останалите живеят или сами, или със съквартиранти.

Изследваните променливи, които са предмет на анализ в настоящата студия, са: възприемането на източниците на стрес и на цялостното напрежение в университетска среда, субективното възприятие за здравето и здравното поведение на студентите.

**Източниците на стрес** се измерват с въпросник с 19 твърдения, които обхващат основните сфери на напрежение. За отговори се използва шестстепенна скала, чиито отговори варират от „изобщо не“ до „много силно“. Към въпросника е включено и отделно твърдение за оценка на цялостната напрегнатост, която студентите чувстват в живота си.

За да се установят основните фактори, които водят до преживяване на стрес при студентите, беше направен факторен анализ, като се приложи вариационна ротация (табл. 1).

Бяха извлечени пет фактора, които ясно очертават сферите на напрежение при студенти. Първият фактор обяснява 17,67% от вариацията и включва пет айтема, които измерват проблемите с родителите, приятелите, партньорството, сексуалността и жилищната ситуация, т. е. всички аспекти на социалните взаимоотношения. Вторият фактор обхваща проблемите с комуникацията и изолираността в университета и обяснява 15,36% от вариацията. Третият фактор обяснява 14,99% от вариацията и беше означен като следване, тъй като съдържа твърдения, свързани с процеса на следване, подготовка за изпити и домашни работи, липсата на практическа насоченост, лошата перспектива за работа и недостатъчното време за следване. Четвъртият фактор се отнася до

проблеми със здравето и условията на университетската среда, в която учат и работят студентите. Обяснената вариация е 8,62%. Финансовото положение и страничната работа, която пречи на следването, съставят петия фактор, при който вариацията е 7,89%.

Таблица 1. Факторен анализ за възприетите източници на стрес

Твърдения	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5
Следването най-общо			0,663		
Изпити, домашни работи, реферати			0,780		
Липсата на практическа насоченост при следването			0,742		
Самотност в университета		0,712			
Лошата перспектива за работа			0,684		
Проблеми с родителите	0,679				
Проблеми със състудентите		0,631			
Проблеми с приятели	0,715				
Партньорството	0,760				
Сексуалността	0,727				
Жилищната ситуация	0,683				
Проблеми със здравето				0,605	
Финансовото положение					0,738
Странична работа, която пречи на обучението					0,742
Изоляцията в университета		0,734			
Най-общо изолираността		0,713			
Недостатъчното време за следването			0,425		
Работа при лоши условия на труд				0,718	
Проблеми с комуникацията		0,641			
<b>Процент на обяснена вариация</b>	<b>17,673%</b>	<b>15,356%</b>	<b>14,992%</b>	<b>8,627%</b>	<b>7,898%</b>

Въпросникът за възприетите източници на стрес има високи психометрични качества, като коефициентът на вътрешна консистентност  $\alpha$  на Кронбах е 0,84.

**Субективното възприятие за здравето** се установява чрез три въпроса, които съответно се отнасят до:

- възприемането и оценяването на здравословното състояние;
- промените, настъпили в него през изминалата година;
- грижата за здравето.

**Здравното поведение** се измерва с въпроси, отнасящи се до употребата на алкохол, наркотици, тютюнопушенето и опитите за отказване на цигарите, физическата активност и здравословното хранене.

## РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗ

Получените резултати от дескриптивната статистика дават възможност да се изведат основните тенденции в субективното възприемане на здравето и в здравното поведение на студентите първокурсници.

**Субективното възприятие на здравето** (здравното състояние) като цяло се характеризира като много добро. 14,6% от първокурсниците описват здравето си като отлично, 41,5% – като много добро, 37,4% смятат, че имат по-скоро добро здраве. Останалите студенти го описват като не толкова добро или като лошо.

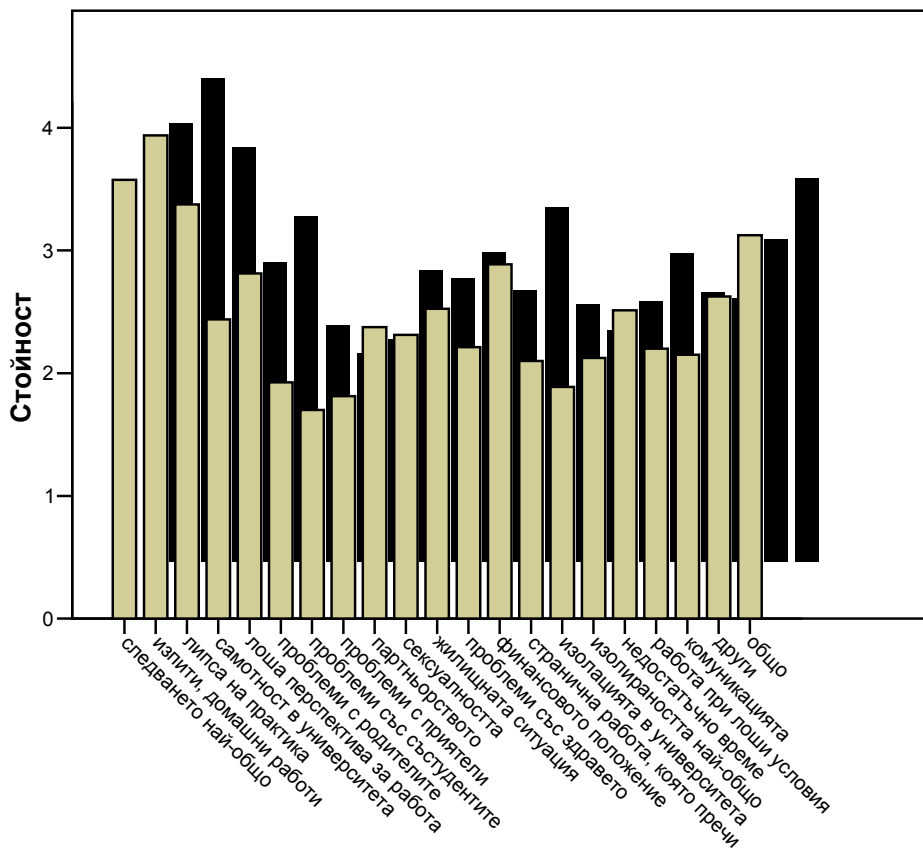
**Промени в здравното състояние** настъпват за част от изследваните студенти, като в повечето случаи става въпрос за подобряване, а не за влошаване на здравето. 27,8% от тях смятат, че в сравнение с изминалата година има подобрене на здравето им, докато 14% съобщават за влошаване на тяхното здраве. За 57% от студентите здравната ситуация не се е променила през изминалата година.

**Грижата за здравето** не е широко разпространена сред студентите първокурсници и това е напълно обяснимо, като се отчита фактът, че те са една относително здрава популация. Половината от българските студенти (50,7%) съобщават, че внимават по-скоро малко за здравето си, само 2,9% не обръщат никакво внимание на здравето си. 37% от запитаните внимават по-скоро много, а 9,3% са много загрижени за здравното си състояние.

По отношение на **здравното поведение** бяха получени следните резултати. 23% от първокурсниците пушат всеки ден, 16% – при определени случаи, 60% изобщо не са пушили в рамките на последните 3 месеца. От пушачите около 36% са направили опит да спрат тютюнопушенето.

Положителен резултат е, че 73% от учащите никога не са пробвали наркотик, въпреки това 4% съобщават, че употребяват регулярно. Останалите студенти са пробвали еднократно или инцидентно. Според резултатите от отворения въпрос най-често употребяваните наркотични вещества от студентите са хашиш и марихуана, сравнително по-рядко се употребяват екстази, крак и др.

Употребата на алкохол не е силно изразена сред първокурсниците. На въпроса „Колко често средно статистически сте пили алкохол, например чаша бира, през последните три месеца?“ 29,4% отговарят, че рядко или никога не пият, 36,9% – един път седмично, 23,9% – много пъти седмично, докато 7,7% пият всеки ден, а 2,1% – много пъти на ден.



Фиг. 3. Източници на напрежение при студенти (средни аритметични стойности)

При изследваните студенти се наблюдава силно напрежение най-вече в областите на следването, избора на специалност, постиженията в университета, перспективите за работа, финансовото положение и недостатъчно време. Интересно е, че сравнително ниски стойности на напрежение студентите съобщават в области като комуникацията, взаимоотношенията със състудентите и приятелите и изолираността, т. е. социалните аспекти на взаимодействието и обучението не са сред водещите причини за стрес.

## РАЗЛИЧИЯ В СТРЕСА И ЗДРАВЕТО НА СТУДЕНТИ

### Различия в източниците на стрес

Интерес представлява начинът, по който студентите възприемат източниците за стрес и оценяват своето здравословно състояние и поведение и прилаганите практики за поддържане на здравето. За да се установят различията в перцепциите на източниците на стрес и на здравословното състояние при студентите, беше направен еднофакторен дисперсионен анализ. От една страна, анализът беше насочен към установяване на полови различия, тъй като се допуска, че мъжете и жените биха придавали различна значимост на източниците на стрес, както и биха варирали в оценките на здравословното състояние и в практиките за поддържане на здравето.

Наред с влиянието на пола се предполага, че определени аспекти на социалната ситуация, в която се намират студентите, ще оказват съществено въздействие както върху възприемането на стреса, така и върху здравното поведение. Като значими фактори на социалната ситуация се определят размерът на доходите и жилищната ситуация, в която живеят студентите. Това са фактори, които традиционно се свързват с процеса на следване, но чието значение е особено изразено при първата година на следването, в която обикновено се осъществява преход и адаптация към нов начин на живот. Като се отчетат социално-икономическата ситуация и равнището на доходи на по-голямата част от популацията, както и фактът, че много от студентите са напуснали родителския дом, може да се очаква, че стресът, субективно-то здраве и здравното поведение ще варират значимо при различните групи студенти.

Резултатите потвърдиха предположенията за наличие на различия във възприемане на източниците на стрес. Жените в по-голяма степен са склонни да възприемат, че стресът нараства в резултат от влиянието на ред фактори, типични за университетската среда (табл. 2). Съществени различия между мъже и жени се наблюдават по отношение на стреса, предизвикан от самото следване ( $F=24,60$ ,  $p<0,001$ ). Привикването с учебния процес и изпитните ситуации е стресиращо за студентките много повече в сравнение с колегите им мъже и това в значителна степен вероятно се дължи на по-високото равнище на амбиции и на старателност. Подобна тенденция се установява и по отношение на здравето и условията на работа, които се оценяват като причина за стрес повече отново от студентките ( $F=9,068$ ,  $p<0,01$ ). Те съобщават и за по-високо напрежение като цяло ( $F=4,04$ ,  $p<0,05$ ).

Не се очертават полови различия по отношение на другите фактори, които се определят като причина за стреса при студентите. В еднаква степен финансовото положение и социалните фактори, свързани с новата система от взаимоотношения, формите и начините на комуникация и възможността от социална изолация са стресиращи и за двата пола.



Таблица 2. Различия в източниците на стрес в зависимост от пола

		x	SD	F	p
Социални взаимоотношения	жени	10,7084	4,5617	0,270	0,603
	мъже	10,5185	4,1405		
Изоляция и комуникация	жени	9,6245	4,8697	0,209	0,648
	мъже	9,4408	4,7499		
Следване	жени	17,3744	4,8154	24,600	0,000
	мъже	15,4312	4,6258		
Здраве и условия на работа	жени	4,7345	2,0815	9,068	0,003
	мъже	4,2222	2,0361		
Финансово положение	жени	5,2189	2,3561	0,290	0,590
	мъже	5,1147	2,3848		
Напрежение като цяло	жени	3,2915	1,1563	4,040	0,045
	мъже	3,0981	1,1886		

Доходите, получавани от студентите, са от съществено значение за възприемането на стрес в университета (табл. 3). Те влияят върху източниците на стрес, като единствено не засилват стреса, произтичащ от изолацията и комуникацията. Самотността, изолираността и нарушената комуникация със студентите са един от социалните фактори за стрес и не се повлиява от размера на доходите. По отношение на другите фактори, създаващи напрежение, се установяват като цяло по-високи равнища на стрес при студентите, които оценяват средствата, с които разполагат, като недостатъчни.

Социалните взаимоотношения ( $F=4,28$ ,  $p<0,01$ ) провокират например най-високо напрежение преди всичко у тези студенти, които смятат, че наличните им средства са напълно недостатъчни ( $x=12,11$ ,  $sd=4,95$ ). Взаимоотношенията с родителите и приятелите, партньорството и сексуалността причиняват най-слаб стрес при студентите, чиито средства за живот са напълно достатъчни ( $x=9,53$ ,  $sd=4,73$ ). Студентите, които разполагат с достатъчни или не съвсем достатъчни средства, в приблизително еднаква степен са склонни да изпитват стрес от социалните взаимоотношения (съответно  $x=10,51$ ,  $sd=4,21$ ;  $x=10,59$ ,  $sd=4,33$ ).

Причините за напрежение, произтичащо от такъв специфичен за университетската среда фактор, какъвто е следването ( $F=4,98$ ,  $p<0,01$ ), отново се оценяват най-високо от студентите, които възприемат наличните средства за живот като недостатъчни в различна степен. Студентите с напълно достатъчни средства за живот обаче изпитват, макар и слабо, по-изразен стрес от следването в сравнение с тези, които приемат средствата си за достатъчни (съответно  $x=16,14$ ,  $sd=4,89$ ;  $x=15,97$ ,  $sd=4,52$ ).

Таблица 3. Различия в източниците на стрес в зависимост от доходите

		x	SD	F	p
Социални взаимоотношения	1	9,5294	4,7344	4,285	0,005
	2	10,5123	4,2100		
	3	10,5939	4,3355		
	4	12,1059	4,9522		
Изоляция и комуникация	1	9,0588	4,0763	1,583	0,192
	2	9,3934	5,0918		
	3	9,5368	4,6051		
	4	10,6024	5,0120		
Следване	1	16,1400	4,8907	4,976	0,002
	2	15,9794	4,5286		
	3	17,0344	4,7950		
	4	18,1205	5,3770		
Здраве и условия на работа	1	4,1633	1,9616	7,371	0,000
	2	4,2600	1,9055		
	3	4,6351	2,1302		
	4	5,4268	2,2718		
Финансово положение	1	3,7115	1,8612	56,00	0,000
	2	4,2332	1,7675		
	3	5,6182	2,2307		
	4	7,2093	2,6925		
Напрежение като цяло	1	2,9800	1,1516	17,06	0,000
	2	2,9558	1,0521		
	3	3,3242	1,1441		
	4	3,9186	1,2669		

Легенда: 1 – напълно достатъчни; 2 – достатъчни; 3 – не съвсем достатъчни; 4 – въобще недостатъчни

Както може да се очаква, оценката за средствата, с които разполагат студентите, оказва най-силно влияние върху стреса, причинен от финансовото положение и от необходимостта от извършване на странична работа, която пречи на процеса на обучение ( $F=56,00$ ,  $p<0,001$ ). Налице е ясно изразена тенденция, според която размерът на наличните средства директно провокира високи нива на стрес у студентите. Нито един от другите източници на стрес не е така силно повлиян от недостига на средства за живот, както този. Страничната работа, която допълва доходите на студентите, засилва напрежението сред първокурсниците.

Напрежението като цяло също се влияе с висока статистическа зависимост от финансовите възможности и средства ( $F=17,06$ ,  $p<0,001$ ). Студентите с достатъчни доходи оценяват по-ниско степента си на напрежение, докато недостигът на средства създава предпоставки за цялостна напрегнатост. Здравео и условията на работната среда в университета в приблизително еднаква степен причиняват дискомфорт и стрес при повечето студенти – както при тези с достатъчни средства, така и при тези с недостатъчни ( $F=7,37$ ,  $p<0,001$ ). При студентите, които възприемат средствата си като изобщо недостатъчни,

обаче се констатира значително по-висок стрес, породен от проблемите със здравето или с лошите условия в сравнение с останалите.

Жилищната ситуация влияе върху източниците на стрес, които са свързани директно със социалните взаимоотношения в процеса на следване и не се отразява върху напрежението като цяло и върху такива причини за стрес като финансовото положение и проблемите със здравето.

Най-изразени са различията в социалните отношения, като стресът е висок преди всичко у живеещите със съквартиранти или сами ( $F=7,99, p<0,001$ ). Живеещите с родителите си изпитват по-малко напрежение, а тези, които живеят с партньорите си, са най-слабо стресираната група сред студентите във взаимоотношенията си с родители и приятели, партньорството и сексуалността. Самотността, изолираността и проблемите с комуникацията причиняват стрес преди всичко при живеещите със съквартиранти, тяхното действие намалява при живеещите сами и е най-слабо при живеещите с родителите си или партньора си ( $F=3,52, p<0,01$ ).

Таблица 4. Различия в източниците на стрес в зависимост от жилищната ситуация

		SD	F	p
Социални взаимоотношения	1	3,9203	7,994	0,000
	2	3,3741		
	3	4,3840		
	4	4,4295		
Изоляция и комуникация	1	4,8076	3,512	0,008
	2	4,7251		
	3	4,6088		
	4	4,9947		
Следване	1	4,2547	2,552	0,038
	2	5,4827		
	3	4,7646		
	4	4,7731		
Здраве и условия на работа	1	2,1772	1,880	0,112
	2	2,4293		
	3	1,9218		
	4	2,1360		
Финансово положение	1	2,0902	0,975	0,421
	2	2,7423		
	3	2,4020		
	4	2,3380		
Напрежение като цяло	1	1,1592	1,596	0,174
	2	1,1060		
	3	1,1783		
	4	1,1798		

Легенда: 1 – живее сам/а; 2 – живее заедно с партньор/ка; 3 – живее с родителите си; 4 – живее със съквартиранти

Установяват се слаби различия и в самото следване като източник на стрес ( $F=2,55$ ,  $p<0,05$ ). Както може да се очаква, стресът е най-нисък при тези, които живеят сами, и най-висок – при живеещите със съквартиранти. Процесът на следване като цяло, подготовката за изпити и работата по време на семестъра еднакво затрудняват живеещите с родители и партньори.

### Различия в здравното поведение

Възприемането на собственото здравословно състояние варира според пола, като студентите повече описват здравето си като много добро в сравнение със студентките, които са склонни да го определят като добро или не толкова добро ( $F=19,39$ ,  $p<0,001$  – табл. 5). Промените в здравословното състояние през последната година и загрижеността за здравето са сходни и при двата пола.

Таблица 5. Различия в здравословното състояние в зависимост от пола

		x	SD	F	p
Здравословно състояние	жени	2,46	0,81	19,392	0,000
	мъже	2,17	0,82		
Промени в здравето	жени	2,83	0,82	1,999	0,158
	мъже	2,73	0,73		
Загриженост за здравето	жени	2,55	0,70	1,279	0,258
	мъже	2,48	0,70		

Оценката за собственото здраве не се влияе от жилищните условия, но варира според доходите и средствата на студентите (табл. 6). Студентите, чиито средства въобще са недостатъчни, оценяват повече здравето си като лошо или не много добро в сравнение с тези, които разполагат с напълно достатъчни средства ( $F=2,80$ ,  $p<0,05$ ). За тях е характерно да определят повече здравето си като много добро или отлично. Не се констатират съществени разлики между студентите, чиито доходи са достатъчни или не съвсем достатъчни. Точест перцепцията за здравето, или т. нар. субективно здраве, варира най-значимо при двете крайни групи по отношение на доходите и средствата – напълно достатъчни и напълно недостатъчни. Тези данни потвърждават, че възприемането на собственото финансово състояние в определена степен оказва влияние върху перцепцията и оценката на здравето.

Промените в здравето се оценяват по-негативно от студентите с по-ниски доходи, които са склонни да смятат, че през последната година не са настъпили съществени изменения и даже е възможно да има влошаване на здравословното състояние ( $F=3,52$ ,  $p<0,05$ ). Няма различия между студентите, чиито налични средства са достатъчни или не съвсем достатъчни и техните оценки са сходни с тези, които изпитват определен недостиг на средства. Най-благоприятно

Таблица 6. Различия в здравословното състояние според доходите

		x	SD	F	p
Здравословно състояние	1	2,13	0,94	2,800	0,039
	2	2,32	0,81		
	3	2,39	0,80		
	4	2,52	0,87		
Промени в здравето	1	2,47	0,80	3,522	0,015
	2	2,81	0,76		
	3	2,81	0,80		
	4	2,89	0,82		
Загриженост за здравето	1	2,62	0,79	3,522	0,015
	2	2,63	0,69		
	3	2,45	0,68		
	4	2,40	0,69		

Легенда: 1 – напълно достатъчни; 2 – достатъчни; 3 – не съвсем достатъчни; 4 – въобще недостатъчни

възприемат промените в своето здравословно състояние студентите с напълно достатъчни доходи, за които то се е подобрило през последната година.

Загрижеността за здравето при студентите варира според доходите им ( $F=3,52$ ,  $p<0,05$ ). Тези, които имат по-високи доходи и оценяват средствата си като достатъчни и напълно достатъчни, обръщат по-сериозно внимание на здравето си и са склонни повече да полагат грижи за него. От друга страна, независимо в каква степен възприемат недостига на средства, студентите полагат по-малко грижи за здравето си. Резултатите потвърждават, че финансовото положение има пряко отношение към здравето – по-богатите като цяло се характеризират не само с по-добро субективно здраве, но и полагат усилия, с цел да го поддържат и подобряват.

Установиха се статистически значими различия между студентите и по отношение на здравното им поведение и използваните от тях практики за поддържане на здравето. Половите различия са значително повече, отколкото различията, свързани с конкретната финансова и социална ситуация (табл. 7, 8 и 9).

Между мъжете и жените се очертават различия по всички изследвани параметри на здравното поведение с изключение на опита за отказване на цигарите. Най-силни са различията в упражняването на спорт ( $F=39,47$ ,  $p<0,001$ ) и употребата на алкохол ( $F=32,71$ ,  $p<0,001$ ). Студентките много по-рядко спортуват или се натоварват физически, докато студентите се занимават редовно със спорт – повече от два или най-малко три пъти седмично. В това отношение мъжете показват по-добри показатели и загриженост за поддържане на здравето. За сметка на това те обаче повече пъти седмично консумират алкохол в сравнение с жените. Студентките обаче пушат по-често – практически всеки

ден или при определени случаи, докато студентите или никога не пушат, или наистина го правят ситуативно ( $F=11,39, p<0,001$ ). Може да се предполага, че заниманията със спорт при студентите имат ограничаващ ефект върху тютюнопушенето, т. е. потвърждава се тенденцията активно упражняващите спорт да не пушат.

Таблица 7. Различия в здравните практики и поведение в зависимост от пола

		x	SD	F	p
Здравословно хранене	Жени	2,00	0,88	8,223	0,004
	Мъже	2,22	1,03		
Спорт	Жени	1,90	0,69	39,474	0,000
	Мъже	2,25	0,70		
Тютюнопушене	Жени	2,29	0,86	11,395	0,001
	Мъже	2,52	0,76		
Опит за отказ на цигарите	Жени	1,61	0,49	2,744	0,098
	Мъже	1,70	0,46		
Употреба на наркотик	Жени	2,72	0,52	4,799	0,029
	Мъже	2,62	0,60		
Употреба на алкохол	Жени	3,98	0,93	32,710	0,000
	Мъже	3,52	1,09		

Студентките придават по-голяма значимост на здравословното хранене, докато студентите го смятат за не толкова важно ( $F=8,22, p<0,01$ ). Употребата или опитването на наркотик е по-изразена при мъжете, докато жените никога не са опитвали или само са пробвали ( $F=4,79, p<0,05$ ).

Размерът на доходите не влияе върху здравното поведение, т. е. установените практики и навици се поддържат независимо от наличните средства (табл. 8).

В този случай както добрите здравни практики – спортът и здравословното хранене, така и рисковите поведения – употреба на алкохол и тютюнопушене, са относително стабилни и не варират при изменения във финансовата ситуация. Това не създава оптимистична прогноза за тези рискови поведения в бъдеще и финансовите затруднения или просперитет сами по себе си не биха довели до съществена промяна.

Същото не може да се каже за употребата на наркотици – обратно на очакванията се оказа, че студентите, които разполагат достатъчно със средства, по-малко са опитвали или консумирали наркотик в сравнение с тези, които изпитват недостиг ( $F=3,25, p<0,05$ ). Вероятно възприетият дефицит на налични средства засилва предизвикателството от това рисково поведение или то служи като компенсаторен механизъм за неблагоприятната финансова ситуация.

Таблица 8. Различия в здравните практики и поведение в зависимост от доходите

		x	SD	F	p
Здравословно хранене	1	2,18	1,07	0,352	0,787
	2	2,04	0,90		
	3	2,08	0,95		
	4	2,05	0,91		
Спорт	1	2,08	0,71	1,433	0,232
	2	2,07	0,66		
	3	1,97	0,74		
	4	1,93	0,75		
Тютюнопушене	1	2,43	0,84	2,165	0,091
	2	2,45	0,80		
	3	2,32	0,86		
	4	2,23	0,86		
Опит за отказ на цигарите	1	1,78	0,42	1,507	0,213
	2	1,64	0,48		
	3	1,63	0,48		
	4	1,54	0,50		
Употреба на наркотик	1	2,81	0,40	3,250	0,021
	2	2,74	0,51		
	3	2,66	0,57		
	4	2,56	0,64		
Употреба на алкохол	1	3,74	0,98	1,400	0,242
	2	3,92	0,93		
	3	3,81	0,99		
	4	3,70	1,23		

Легенда: 1 – напълно достатъчни; 2 – достатъчни; 3 – не съвсем достатъчни; 4 – въобще недостатъчни

Рисковите поведения, свързани с употребата на алкохол и наркотици, варират в зависимост от жилищната ситуация на студентите (табл. 9). Тези, които живеят със съквартиранти или с родителите си, в повечето случаи никога не са опитвали наркотици, докато живеещите сами и особено с партньора си, са пробвали ( $F=6,12$ ,  $p<0,001$ ). Съобразяването със съквартирантите и контролът от страна на родителите налагат ограничения при употребата на наркотици, докато по-голямата свобода, произтичаща от самостоятелния или партньорския начин на живот, увеличава рисковете от този тип поведение и застрашава здравето на студентите. Живеещите сами, с партньори или със съквартиранти по-рядко употребяват алкохол – средно един път седмично, докато тези, които са при семейството си, правят това по-често, обаче без да превишават или да стигат до всекидневна консумация ( $F=3,80$ ,  $p<0,01$ ).

Таблица 9. Различия в здравните практики и поведение в зависимост от жилищната ситуация

		x	SD	F	p
Здравословно хранене	1	2,06	0,96	1,088	0,362
	2	2,00	0,85		
	3	2,14	0,97		
	4	2,00	0,90		
Спорт	1	2,06	0,68	3,227	0,012
	2	1,85	0,78		
	3	2,12	0,71		
	4	1,92	0,70		
Тютюнопушене	1	2,39	0,84	2,158	0,072
	2	1,96	0,92		
	3	2,35	0,84		
	4	2,41	0,83		
Опит за отказ на цигарите	1	1,57	0,51	1,101	0,356
	2	1,50	0,51		
	3	1,66	0,48		
	4	1,65	0,48		
Употреба на наркотик	1	2,47	0,73	6,116	0,000
	2	2,38	0,64		
	3	2,65	0,55		
	4	2,78	0,49		
Употреба на алкохол	1	4,06	1,06	3,800	0,005
	2	4,00	1,02		
	3	3,69	1,06		
	4	3,96	0,91		

Легенда: 1 – живее сам/а; 2 – живее заедно с партньор/ка; 3 – живее с родителите си; 4 – живее със съквартиранти

Спортните занимания също се определят, макар и слабо, от жилищната ситуация. Живеещите сами или с родителите си отделят повече време за спорт, докато тези, които живеят със съквартиранти или партньори, правят това не повече от два пъти седмично ( $F=3,23$ ,  $p<0,05$ ). Този тип здравословно поведение в значителна степен се определя вероятно от повечето свободно време, с което разполагат студентите, живеещи сами или с родителите си.

## ИЗВОДИ И ОБОБЩЕНИЯ

Установените различия във възприемането на източниците на стреса и здравното поведение на студентите дават възможности за подходяща превенция и обучение за намаляване на неблагоприятните последствия от стреса върху здравето. Основните причини за стрес при студентите първокурсници са



свързани с адаптацията към специфични аспекти на университетската среда – с процеса на следване и произтичащите от него затруднения. Следването създава по-силен стрес при жените, отколкото при мъжете. Създаването на по-голяма информираност относно учебните програми и административните правила и процедури би повишило определеността и яснотата и би ограничило стресиращия ефект от следването през първата учебна година. Адаптацията и усвояването на учебния материал биха протекли по-лесно, ако се заимстват практики от западните университети и се осигурят консултация, съвет и подкрепа от страна на администрацията и преподавателския състав.

Сравнително по-лесно протича адаптацията към социалните взаимоотношения в рамките на университета. Финансовото положение на студентите и необходимостта от странична работа, която пречи на следването, в значителна степен предизвикват стрес, както и вероятно допълнително засилват влиянието на другите стресори. Напрежението, което изпитват студентите, като цяло е високо и именно това налага да бъдат разработени програми за въвеждане на студентите, да се създадат предпоставки за по-добра информираност и да се подобри както формалната, така и неформалната комуникация.

Възприемането на източниците на стрес се определя от доходите на студентите. Те са съществен фактор, който засилва стреса от навлизането в университетска среда и затруднява процеса на следване, но наред с това определя и грижите, които студентите полагат за здравето си.

Половите различия в здравното поведение могат да бъдат обобщени по следния начин. Полезните здравословни практики на мъжете се състоят в активните и редовни занимания със спорт и в това, че като цяло не пушат или го правят в зависимост от ситуацията. Като вредни практики могат да се определят това, че те имат по-нездравословен начин на хранене и са склонни към употреба на алкохол и в частност на наркотици. За разлика от тях рисковете за здравето при жените са, че те не спортуват активно и пушат повече. Като компенсация обаче те са по-ориентирани към здравословното хранене и са по-предпазливи в употребата на алкохол и наркотици. Това определя и качествено различни модели на здравно поведение при двата пола и очертава възможните действия, които могат да бъдат предприети за съхраняване и поддържане на здравето.

Студентите първокурсници като цяло могат да бъдат характеризирани като здрава популация. Значителна част от тях възприемат здравето си като добро и смятат, че здравословното им състояние през последната година се е запазило или се е подобрило. С други думи, през първата година от следването при доминиращата част от студентите не настъпват отрицателни изменения и влошаване на здравето, така че промяната на жизнената ситуация и настъпилият в резултат от нея стрес не са довели до неблагоприятни последици. Вероятно поради възприемането на здравословното състояние като добро се оформя тенденцията да не се обръща достатъчно внимание на здравето в този възрастов период. От една страна, това е характерно поведение за младата

възраст, но от друга страна, колкото по-рано се формират модели на поведение, в които се отделя внимание и се проявява грижа за здравето, толкова повече в дългосрочна перспектива се постига превенция и запазване на здравето и работоспособността. Очевидно е налице действието на традиционно заложенния модел в нашето общество, че грижата и вниманието за здравето започват при наличие на отклонения и затруднения или при появата на болест.

Необходимо е на индивидуално и организационно равнище да се положат усилия за приемане на съвременния възглед за здравето, според който здравето не е само отсъствие на болест, а е състояние на цялостно благополучие. Така биха могли да се създадат здравословни практики и навици, които в по-късни житейски периоди да препятстват появата на болестите и да поддържат здравето на индивидите в относително добро състояние. Като положителен трябва да се оцени фактът, че през първата година от следването сравнително малка част от студентите имат нездравословно поведение, което да се изразява в пушене, употреба на алкохол и наркотици.

Изграждането на здравословно поведение у студентите и инвестирането в тяхното бъдещо здраве и работоспособност изискват обществото и в частност университетите да формират здравна стратегия и програми, които да са насочени към предоставяне на условия за спорт и към осигуряване на възможности за здравословно хранене в университетските столове. Информираността и достъпът на студентите до процесите на вземане на решение биха създали усещане за контрол над средата, която изглежда неясна, непредсказуема и стресираща, биха повишили активността и отговорността им и биха формирали съпричастност и ангажираност както към институцията, така и към бъдещата професия.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Илиева, Сн. (19986). *Организационно развитие*. С., Университетско издателство „Св. Климент Охридски“.
- Карастоянов, Г., А. Величков (1994). Медиатори на стресовите влияния във войскова среда. *Българско списание по психология*, 3, 76–86.
- Карастоянов, Г. (1995). Изследване влиянието на социалната подкрепа като модератор на стреса. *Българско списание по психология*, 1, 41–49.
- Карастоянов, Г. (1996). *Стрес и военна среда*. С., Военно издателство „Св. Георги Победоносец“.
- Крумова, А. (2005). *Межкултурни модели на болестта*. Автореферат. С.
- Петкова, М. (2002). *Субективно благополучие и здраве*. Стара Загора, ИК Кота.
- Русинова, В. (2003). Подходи и модели за изследване на професионалния стрес. – В: *Първа национална трипартитна конференция на българското общество за изучаване и борба със стреса* (сборник), 129–138.
- Русинова, В. (2003). Причини за професионален стрес в кроскултурен план. – В: *Първа национална трипартитна конференция на българското общество за изучаване и борба със стреса* (сборник), 78–84.
- Русинова, В., Л. Василева, С. Жильова (1997). Оценка на професионален стрес в трудови дейности. – В: *Юбилеен сборник на Института по психология*. В. Русинова (ред.). С., Академично издателство „М. Дринов“, 137–147.

- Русинова, В., Л. Василева, С. Жильова (1998). Професионален стрес при полицаи и лекари – межкултурно сравнение. *Психологични изследвания*, 1–2, 39–46.
- Русинова, В., Л. Василева, С. Жильова, Б. Андреев (1999). Межкултурно сравнение на професионален стрес и ценности в труда при мениджъри. *Психологични изследвания*, 1–2, 77–89.
- Русинова-Христова, А., Г. Карастоянов (2000). *Психологичните типове по Карл Юнг и стресът*. С., Пропелер.
- Allgoewer, A. (2000). *Gesundheitsförderung an der Universität*. Opladen: Leske Budrich.
- Aneshensel, C. S. & Frerichs, R. R. & Huba, G. J. (1984). Depression and physical illness: A multiwave, nonrecursive causal model. *Journal of Health and Social Behavior*, 25.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Antonovsky A. (1983) *The Sense of Coherence: Development of a research instrument*. In Schwartz WS: Research Center for Behavioral Medicine. Tel Aviv University: Newsletter and Research Reports.
- Beck, A. T. & Steer, R.A. (1987). *Beck Depression Inventory (BDI)*. San Antonio: The Psychological Corporation Inc.
- Beck, D. (2003). *Sense of Coherence (SOC)*. Ein brauchbares Analysekonzept in der betrieblichen Gesundheitsförderung? Gütebeurteilung des Sense of Coherence (SOC) – Messkonzeptes von Aaron Antonovsky anhand einer Querschnittsuntersuchung bei Angestellten eines Berliner Dienstleistungsunternehmens. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Freie Universität Berlin.
- Brähler, E., Scheer, J. (1983). *Der Giessener Beschwerdebogen (GEB)*. Bern: Huber.
- Cohen, S., Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 2.
- Cohen, S., Williamson, G. M (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological Bulletin*, 109.
- Cohen, S., Kamarck T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385–396.
- Cohen, Я., Kessler R., Gordon, U. L. (1997). *Measuring stress*. NY, Oxford, Oxford University Press.
- Cooper, C. (1996). *Handbook of stress, medicine and health*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Faltenmeier, T. (1994). *Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln*. Weinheim, Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Hart, P., Cooper, C. (2001). Occupational stress: Toward a more integrated framework. In: Anderson, N., Ones, D., Sinangil, H., Viswesvaran, C. (Eds), *Handbook of Industrial, Work and Organizational Psychology*, vol. 2. London, Sage publications.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern, Huber.
- Hirsch, B.J., Rapkin, B.D. (1986). Multiple roles, social networks, and women`s wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51.
- Gastorf, H., Neukirchen, G. (2000). *Gesundheit im Hochschulalltag aus studentischer Perspektive*. In: Sonntag U., Gräser S., Stock C., Krämer, A.(2000). *Gesundheitsfördernde Hochschulen*. Weinheim und München, Juventa.
- Kolip, P. et al. (1994). Der Jugendgesundheitsurvey 1993. In: P. Kolip et al. (Hrsg.) *Jugend und Gesundheit: Interventionsfelder und Präventionsbereiche*. Weinheim, Juventa.
- Krause, N. (1995). Assessing stress-buffering effects: A cautionary note. *Psychology and Aging*, 10.
- Lazarus, R. S., Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch, J. R.(Hrsg.), *Stress*. Bern, Huber.
- Lauber, A. (2001). *Grundlagen der beruflichen Pflege*. Verstehen & Pflegen; Bd. 1. Stuttgart, Thieme.

- Leppin, A., Schwarzer R. (1997). Sozialer Rücksicht, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In: Schwarzer, R. (1997). *Gesundheitspsychologie*. Ein Lehrbuch (2 Aufl.). Göttingen, Hogrefe.
- Münch, E., Walter, U., Badura, B. (2004). Gesundheitsmanagement. Führungsaufgabe. Edition Sigma, Berlin.
- Nordlohne, E. (1992). *Die Kosten jugendlicher Problembewältigung: Alkohol-, Zigaretten- und Arzneimittelkonsum bei Jugendlichen*. Weinheim, Juventa.
- Quick, J., Paulus, P., Whittington, J., Larey, L., and Nelson, D. (1996). Management Development, Well-being and Health. In: Schabracq, M., Winnubst, J., Cooper, C. (Eds). *Handbook of Work and Health Psychology*. John Wiley and Sons, New York.
- Rayner, M., Petersen, S. (2000). *European cardiovascular disease statistics*. Oxford, University of Oxford, British Health Foundation, Health Promotion Research Group.
- Schwarzer, R. (2000). *Stress, Angst und Handlungsregulation*. Stuttgart, Kohlhammer.
- Schwarzer, R. (1997) *Gesundheitspsychologie*. Ein Lehrbuch (2 Aufl.). Göttingen, Hogrefe.
- Schwarzer, R. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm>
- Sonntag, U., Gräser, S., Stock, C., Krämer, A. (2000). *Gesundheitsfördernde Hochschulen*, Weinheim und München, Juventa.
- Sommer, G. und Fydrich, T. (1989). *Soziale Unterstützung. Diagnostik, Konzepte*, F-SOZU (DGVT Materialie Nr.22). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Stephens, A., Wardle, J., Cui, W., Bellisle, F, Zotti, A.M., Baranyai, R., Sanderman, R. (2002). Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes towards health in European university students from 13 countries, 1990-2000. *Preventive Medicine*, 35, 97–104.
- Stock, C., Krämer A. (2000). Psychosoziale Belastung und psychosomatische Beschwerden von Studierenden, In: Sonntag U., Gräser S., Stock C., Krämer A.(2000), *Gesundheitsfördernde Hochschulen*, Weinheim und München, Juventa.
- Stock, C., N. Kucuk. I. Miseviciene, F. Guillen-Grima, J. Petkeviciene, I. Aguinaga-Ontoso, A. Kramer (2003). Differences in health compliants among University students from three European countries. *Preventive Medicine*, 37, 535–543.
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23.
- Tsouros, A. (1998). From the healthy city to the healthy university: project development and networking. In: Tsouros, A. et al. (Eds.): *Health promoting universities*. Kopenhagen, WHO.
- Tsouros, A. (2000). Health promoting universities: Concept and strategy. In: Sonntag, U., Gräser, S., Stock, C., Krämer, A. (2000). *Gesundheitsfördernde Hochschulen*, Weinheim und München, Juventa.
- United Nations (1992). *Agenda 21*. Earth Summit in the United Nations Programme of Action from Rio, United Nations, New York.
- WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Genf, WHO.
- WHO (1999). *European Health for All Statistical Database*. WHO, Copenhagen.
- WHO Regional Office for Europe (1999). *Health for All in the 21 century*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.