



003052044

На правах рукописи

Гафиатулина Наталья Халиловна

**СПЕЦИФИКА ОТНОШЕНИЯ УЧАЩЕЙСЯ
МОЛОДЕЖИ РОССИИ К ЗДОРОВЬЮ
В СОЦИОСТРУКТУРНОМ КОНТЕКСТЕ**

22.00.04 – Социальная структура,
социальные институты и процессы

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата социологических наук**

Ростов-на-Дону – 2007

**Работа выполнена в ГОУ ВПО «Южный федеральный университет»,
в Институте по переподготовке и повышению квалификации
преподавателей гуманитарных и социальных наук, на кафедре
социологии, политологии и права**

Научный руководитель: доктор социологических наук, профессор
Самыгин Сергей Иванович

кандидат педагогических наук, доцент
Галичаев Михаил Павлович

Официальные оппоненты: доктор философских наук, профессор
Чернобровкин Игорь Павлович

кандидат социологических наук, доцент
Гуськов Игорь Александрович

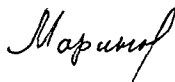
Ведущая организация: **Таганрогский государственный
педагогический институт**

Защита состоится «16» февраля 2007 г. в 13.00 часов на заседании
диссертационного совета Д 212.208.01 по философским и
социологическим наукам в ГОУ ВПО «Южный федеральный университет»
(344006, г. Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, 160, ИППК ЮФУ, ауд. 34).

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке
ГОУ ВПО «Южный федеральный университет» (г. Ростов-на-Дону, ул.
Пушкинская, 148).

Автореферат разослан «13» января 2007 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета



М.Б. Маринов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. В современных условиях социально-политических изменений, трансформации социальной структуры общества и системы здравоохранения, расслоения общества и растущего неравенства в доступе различных групп населения к ресурсам актуализируется проблема разумного отношения учащейся молодежи к здоровью, которая в последнее время из чисто медицинской переросла в большую социальную проблему. Она обусловлена, во-первых, особенной важностью юношеского периода для всей последующей жизни; во-вторых, наличием негативных тенденций в здоровье российской молодежи; в-третьих, тем, что молодежь представляет собой потенциал трудового и популяционного ресурсов в России в наступившем веке.

Изучение специфики отношения молодого человека к здоровью позволяет установить его реальную значимость для личности, «удельный вес» среди других ценностей (труда, свободного времени, образования). Изучение представлений о здоровье в контексте социоструктурного подхода позволяет более четко понять поведение учащейся молодежи, неиспользованные возможности профилактики определенных болезней, выявляет тенденции структурных преобразований в обществе, а также имеет практическое значение для внедрения программы по продвижению здорового образа жизни (ЗОЖ). Также назрела необходимость в активизации коммуникативных программ, направленных на изменение привычек и поведения молодежи с рискогенного на здоровьесберегающее.

Здоровье – качественная предпосылка будущей самореализации молодых людей, их активного долголетия, способности к созданию семьи, к сложному учебному и профессиональному труду, общественно-политической и творческой активности. И если исследования социальных факторов здоровья детей и подростков становятся более основательными и продуктивными¹, то в отношении здоровья учащейся молодежи сохраняется дефицит информации, связанный с недостаточностью принятых в системе медицинской и ведомственной статистики показателей и ограниченностью исследовательских возможностей.

Региональные исследования по данной проблематике дают очень тревожные результаты, указывают на быстрый темп опасных изменений за последние годы². И это актуализирует данную тему, обуславливая проблемное поле исследования.

В современных условиях социологам необходимо более глубоко проанализировать имеющиеся представления о роли здоровья в среде

¹ См.: Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2000 г. М., 2001.

² См.: Дмитриева Е.В. Форум европейских социологов медицины // Социологические исследования. 2000. № 4.

учащихся, мотивации к его сохранению и укреплению. В этом плане очень актуально изучение отношения отдельного молодого человека и различных социально-демографических групп в целом к проблеме культивирования здорового образа жизни. Заниженная самооценка своего «биологического имущества» чаще всего проявляется в невнимании к образу жизни. Пока учащаяся молодежь не будет ощущать ответственность за собственное здоровье, она не сможет воспринимать идеи по продвижению здорового образа жизни, которые основываются на необходимости изменять поведение индивидов.

Существующая проблема самосохранительного поведения учащейся молодежи заключается в противоречии между сознанием в области здоровья и реальным поведением. Именно данное противоречие определяет проблематичность выбранной нами темы, и его решение послужит решению многих исследовательских задач, поставленных в данной работе. Кроме того, изучение специфики отношения современной российской учащейся молодежи к здоровью позволит также наметить возможности ее оптимизации.

Степень научной разработанности темы. Анализ социологической литературы по данной теме позволил выделить два основных направления в области изучения отношения молодежи к здоровью: первое связано с социологическим осмыслением самого здоровья как социального явления; второе же – непосредственный социологический анализ отношения к здоровью.

В рамках первого направления были заложены основы социологии медицины и здоровья классиками социологии XIX – начала XX вв., такими как: Э. Дюркгейм³, исследовавший зависимость индивидуального поведения человека от социальных процессов, М. Вебер⁴, заложивший основы для изучения образа жизни. Достойное продолжение идеи Вебера в области изучения образа жизни получили в учении о здоровье и здоровом образе жизни И.И. Брехмана⁵.

Отечественные исследователи также внесли свой вклад в анализ предметной области социологии здоровья и социологии медицины. Такой анализ был проведен А.М. Изуткиным⁶, В.М. Димовым⁷, В.В. Корченковым⁸, А.В. Сахно⁹, К.Н. Хабибуллиным¹⁰.

³ См.: Дюркгейм Э. Самоубийство. СПб., 1998.

⁴ См.: Weber M. Wirtschaft und Gesellschaft. 1922.

⁵ См.: Брехман И.И. Введение в валеологию – науку о здоровье. Л.: Наука, 1987.

⁶ См.: Изуткин А.М. Социология и здравоохранение. Волго-Вятское изд., 1967.

⁷ См.: Димов В.М. Философия и социология здоровья. Курс лекций. Алматы, 1998.

⁸ См.: Корченков В.В. Социальное регулирование в сфере девиантного поведения: Автореф. дисс... на соиск. учен. степ. докт. соц. наук. М., 2000.

⁹ См.: Сахно А.В. Социология медицины и общественное здоровье. М.: Знание, 1984.

¹⁰ См.: Хабибуллин К.Н. Медицинская социология. СПб.: СПбГУ, 2000.

Значимость здоровья в жизни человека предопределила и множество подходов к его осмыслению, среди которых можно выделить философско-социологическое осмысление здоровья (наблюдается у В.П. Казначеева¹¹, А.В. Баранова¹², Л.Г. Матрос¹³, Г.И. Царегородцева и С.Я. Чикина¹⁴), а также аксиологическое осмысление проблемы здоровья (осуществлено Г.Л. Апанасенко, Л.А. Поповой¹⁵, В.В. Колбановым¹⁶, Ю.П. Лисицыным, А.В. Сахно¹⁷ и др.).

Со здоровьем тесно связано понятие самосохранительного поведения, что нашло отражение в работах А.И. Антонова¹⁸, И.В. Журавлевой¹⁹, А.Е. Ивановой²⁰, Л.С. Шиловой и О.С. Копиной²¹.

Анализ факторов, влияющих на здоровье, был проделан такими отечественными социологами, как Е.В. Дмитриева²², И.В. Журавлева²³, З.С. Шангареева²⁴, а также зарубежными авторами: М. Блэкстер²⁵, А. Дутардом и М. Филдом²⁶.

Второе направление представлено различными блоками исследовательской работы. Проблему стратегий коммуникативных кампаний по охране здоровья молодежи, направленных на изменение у нее

¹¹ См.: Казначеев В.П. Здоровье нации, просвещение, образование Кострома, 1996.

¹² Баранов А.В. О социальной парадигме здоровья // Петербургская социология 1997. № 1. С. 8–18.

¹³ См.: Матрос Л.Г. Социальные аспекты и проблема здоровья. М., 1992.

¹⁴ См.: Чикин С.Я., Царегородцев Г.И. Что такое здоровье. М., 1992.

¹⁵ См.: Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология. Ростов н/Д; Киев, 2000.

¹⁶ См.: Колбанов В.В. Валеология СПб, 2000

¹⁷ См.: Лисицын Ю.П., Сахно А.В. Здоровье человека – социальная ценность. М.: Мысль, 1988.

¹⁸ См.: Антонов А.И. Основные положения программы исследования // Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни. М.: Ин-т социологии АН СССР, 1989

¹⁹ См.: Журавлева И.В. Здоровье и самосохранительное поведение // Население и общественное развитие / Отв. ред. Т.Д. Иванова. М.: Ин-т социологии РАН, 1988.

²⁰ См.: Иванова А.Е. Здоровье населения: понятийные, методические и информационные аспекты. М.: Ин-т социально-политических исследований РАН, 1996

²¹ См.: Шилова Л.С., Копина О.С. Различия в самосохранительном поведении мужчин и женщин // Отношение населения к здоровью. М.: Ин-т социологии РАН, 1993.

²² См.: Дмитриева Е.В. Социальное здоровье: методологические проблемы изучения // Общество и социология: новые реальности и новые идеи СПб, 2001.

²³ См.: Журавлева И.В. Введение. Самооценка здоровья и факторы, влияющие на него // Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни. М.: Ин-т социологии АН СССР, 1989.

²⁴ См.: Шангареева З.С. Социальные проблемы здоровья населения (на примере Республики Башкортостан). Диссертация на соиск. учен. степ. докт. соц. н. СПб, 2000.

²⁵ См.: Blaxter M. Health and Lifestyles, London: Routledge, 1990.

²⁶ См.: D'Houtard A., Field M. New Research on the image of Health // Concepts of Health, illness and Disease: A Comparative Perspective ed By C. Curren and M. Stacey, Oxford: Berg, 1993.

установок в отношении к здоровью, затрагивают Е.В. Дмитриева²⁷, С.А. Фролов²⁸, Н.А. Фролова²⁹.

Изучению привычек и отношения к здоровью среди молодежи посвящены работы Е.В. Веселовой³⁰, О.С. Копиной³¹, И.В. Журавлевой³² и др. Все авторы пришли к выводу о сравнительно низком уровне заботы о здоровье и невысоком уровне знаний о нем у современной российской молодежи. Особую актуальность приобретает обсуждение таких медико-социальных проблем молодежи, как отдых, физическое воспитание, формирование здорового образа жизни. Так, в последние годы появились отдельные работы отечественных авторов, посвященные проблемам здорового образа жизни студенчества, проблемам социологии физкультуры и спорта среди молодежи. Об этом, в частности, пишут Б.Г. Акчурина³³, В.А. Вишневский, В.А. Григорьев³⁴, Ю.Г. Волков³⁵, А.В. Волкова³⁶, Т.А. Котова³⁷, Л.И. Лубышева³⁸, В.А. Медик, А.М. Осипов³⁹, О.В. Шиняева⁴⁰.

Кроме того, во второй половине XX в. и в педагогических диссертациях анализируются проблемы формирования у студенческой

²⁷ См.: Дмитриева Е.В. Коммуникации в области охраны здоровья матери и ребенка // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии М., 2003

²⁸ Фролов С.А. Особенности стратегий коммуникативных кампаний по охране здоровья молодежи // Тезисы докладов и выступлений Всероссийского социологического конгресса «Глобализация и социальные изменения в современной России». Т.12. М., 2006. С. 188–190.

²⁹ Фролова Н.А. Структура свободного времени студента провинциального вуза // Там же. С. 191–194.

³⁰ См.: Веселова Е.В. Медико-социальные аспекты охраны здоровья учащейся молодежи. Автореф. дис.... на соиск учен. степ. канд. мед. наук. М., 1992.

³¹ См.: Копина О.С., Корольков А.Е. и др. Информированность по вопросам здоровья у лиц с различным уровнем образования // Демографическое поведение. Опыт социологического изучения. М.: Ин-т социологии РАН, 1990.

³² См.: Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. М.: Ин-т социологии РАН, 2002.

³³ См.: Акчурина Б.Г. Социальные условия и факторы формирования валеологической культуры. Уфа, 2001.

³⁴ См.: Вишневский В.А., Григорьев В.А. Совершенствование системы физического воспитания и оздоровления детей, учащейся молодежи и других категорий населения: Сб. материалов Всероссийской научно-практической конференции. Сургут, 2002.

³⁵ См.: Волков Ю.Г., Добренков В.И., Кадария Ф.Д., Савченко И.П., Шаповалов В.А. Социология молодежи. Ростов н/Д, 2001.

³⁶ См.: Волкова А.В. Здоровье общества в контексте проблемы здоровья человека // Общество и социология: новые реалии и новые идеи. СПб., Ростов-н/Д, 2000.

³⁷ См.: Котова Т.А. Здоровье в контексте стиля жизни современного студенчества. Дис.... на соиск. учен. степ. канд. соц. наук. Ростов-н/Д, 2001.

³⁸ См.: Лубышева Л.И. Социология физической культуры и спорта. М., 2001.

³⁹ См.: Медик В.А., Осипов А.М. Университетское студенчество. М., 2003.

⁴⁰ См.: Шиняева О.В. Здоровье школьников как социальная проблема. Саратов, 2002.

молодежи потребности в здоровом образе жизни Н.И. Беляков⁴¹, А.В. Левченко⁴², И.В. Пичугина⁴³.

Междисциплинарный характер исследования учащейся молодежи как социально-демографической группы, категории здоровья и отношения к здоровью в рамках социоструктурного подхода предопределил обращение автора к широкому кругу научной литературы из области социологии здоровья, медицины, молодежи, медицинской психологии и т.д., а также теоретические и методологические разработки в области изучения социальной структуры российского общества.

Теоретическое осмысление проблем современной российской молодежи отражается в работах В.И. Чупрова, Ю.А. Зубок⁴⁴, В.И. Добренкова⁴⁵, В.А. Лукова⁴⁶, Р.Г. Минзарипова⁴⁷, чей вклад, безусловно, послужит дальнейшему продвижению исследования российской молодежи в свете социального опыта последних десятилетий с учетом структурных характеристик современного общества и молодежи как социально-демографической группы.

Применение социоструктурного подхода в данной работе обусловило и использование опыта, накопленного в отечественной науке в области изучения социальной структуры современного российского общества. Речь идет о работах таких известных исследователей, как О.А. Александрова⁴⁸, Е.М. Аврамова и Л.Н. Овчарова⁴⁹, Т.И. Заславская⁵⁰, З.Т. Голенкова⁵¹, В.В. Радаев, О.И. Шкаратан⁵² и др.

⁴¹ См.: Беляков Н.И. Формирование у студентов потребности в здоровом образе жизни средствами физкультуры на основе личностно-деятельностного подхода. Дис. ... на соиск. учен. степ. канд. пед. наук. Усть-Каменогорск, 2001.

⁴² См.: Левченко А.В. Формирование готовности к здоровому образу жизни у студентов педагогического университета. Дис.... на соиск. учен. степ. канд. пед. наук. Самара, 2001.

⁴³ См.: Пичугина И.В. Содержательное обеспечение формирования готовности студентов педагогического колледжа к осуществлению здоровьесбережения учащихся. Дис.... на соиск. учен. степ. канд. пед. наук. Челябинск, 2000.

⁴⁴ См.: Чупров В.И., Зубок Ю.А. Молодежь в общественном воспроизводстве: проблемы и перспективы. М., 2000.

⁴⁵ См.: Добренков В.И. Глобализация и Россия: Социологический анализ. М., 2006.

⁴⁶ Луков В.А. Молодежь России: резонанс переходностей // Тезисы докладов и выступлений Всероссийского социологического конгресса «Глобализация и социальные изменения в России». Т.12 М., 2006 С. 108–111.

⁴⁷ См.: Минзаринов Р.Г. Социология молодежи. Программа курса / Р.Г. Минзаринов. Казань, 2006.

⁴⁸ См.: Александрова О.А. Современный идейный контекст становления российского среднего класса // Российское общество на рубеже веков: штрихи к портрету. М., 2000.

⁴⁹ См.: Аврамова Е.М., Овчарова Л. Н. Количественные оценки российского среднего класса методом концентрации признаков // Вопросы экономики. 2001. № 1.

⁵⁰ См.: Заславская Т.И. Стратификация современного российского общества // Экономические и социальные перемены: мониторинг общественного мнения. 1996 № 1.

⁵¹ Голенкова З.Т. Социальное расслоение и социальная мобильность. М., 1999. С. 132.

⁵² Радаев В.В., Шкаратан О.И. Социальная стратификация. М., 1996. С. 12.

Но за многообразием научных исследований наблюдается дефицит анализа специфики отношения учащейся молодежи средних профессиональных учебных заведений к здоровью, что и определяет проблемное поле диссертационного исследования, постановку цели и задач.

Цель диссертационной работы – исследование специфики отношения российской учащейся молодежи к здоровью в социоструктурном контексте.

Реализация поставленной цели предполагает решение следующих **исследовательских задач**:

- определить специфические характеристики российской учащейся молодежи в рамках социоструктурного подхода;
- проанализировать основные факторы, оказывающие влияние на отношение российской учащейся молодежи к здоровью;
- разработать модель исследования отношения учащейся молодежи России к здоровью;
- осуществить корреляционный анализ между отношением учащейся молодежи к здоровью и профессиональной направленностью;
- выявить влияние социально-демографических факторов на отношение учащейся молодежи к здоровью;
- определить влияние социально-экономических и статусных характеристик учащейся молодежи на отношение к здоровью.

Объект диссертационного исследования – учащаяся молодежь как социально-демографическая группа.

Предметом исследования является анализ отношения учащейся молодежи к здоровью с учетом российской социоструктурной специфики.

Гипотеза диссертационного исследования заключается в следующем: учащаяся молодежь, представляющая собой неоднородную социально-демографическую группу, характеризуется разнообразным отношением к здоровью в соответствии с установками и потребностями в сфере здоровья, формирующимися в условиях социоструктурных изменений в современной России. Предположение о том, что проблемы здоровья и отношения к нему учащейся молодежи являются проблемами, прежде всего поведенческими, базируется на социологическом анализе отношения к здоровью разных профессиональных общностей, в которых происходит социализация учащейся молодежи, а также ее структурных характеристик в соответствии с социально-демографическими факторами, уровнем образования родителей, образом жизни и отношением к своему здоровью. Результаты теоретического осмысления отношения учащейся молодежи России к здоровью показали противоречивый характер данного процесса, заключающийся в несоответствии реального поведения учащейся молодежи в области здоровья существующим установкам самосохранительного поведения в ее сознании. Разработка собственной

модели исследования отношения учащейся молодежи к здоровью и ее применение в ходе собственного социологического исследования является попыткой разрешить данное противоречие, что даст возможность оптимизировать процесс формирования самосохранительного поведения учащейся молодежи на основе здорового образа жизни.

Теоретико-методологическая основа исследования. Решение поставленных в диссертационном исследовании задач осуществлено на основе теоретико-методологических принципов структурно-функционального анализа, основоположником которого является Т. Парсонс, и социально-экономического детерминизма, в рамках которого поведение учащейся молодежи в области здоровья определяется влиянием социально-экономических процессов, происходящих в обществе. Применение структурно-функционального подхода в исследовании позволило установить зависимость отношения к здоровью учащейся молодежи от профессиональной принадлежности, половозрастных, социально-экономических и статусных характеристик⁵³. В качестве методологической базы исследования были использованы также труды отечественных исследователей в области изучения социальной структуры российского общества (таких как Т.И. Заславская, П. Штомпка, Ю.А. Левада и др.), и, конечно же, концепция социальной структуры известного ученого П.А. Сорокина, основателя гарвардской социологической школы.

Теоретической основой исследования также явились концепции и труды ученых в области социологии молодежи, здоровья, общей и медицинской социологии, педагогики, социальной работы и т.д.

Комплексная комбинация данных традиционных подходов позволяет наиболее полно и глубоко выявить специфику отношения учащейся молодежи к здоровью в современных российских условиях.

Эмпирическую базу исследования составили: результаты социологического исследования на тему «Отношение учащейся молодежи к здоровью», проведенного автором в г. Азове в октябре – ноябре 2005 г. Автором при этом были использованы традиционные количественные методы опроса, а также интервьюирование, осуществляемое совместно с анкетированием. Опросом было охвачено 390 человек: 140 учащихся Азовского медицинского колледжа, 120 учащихся Азовского музыкально-педагогического и 130 учащихся Азовского политехнического колледжа. В составе опрошенных респондентов – 103 юноши, 287 девушек.

Данная выборка объясняется соотношением учащихся по полу, по специальности (будущие медицинские работники, будущие учителя школ и будущие технические работники), а также соотношением количества

⁵³ *Parsons T. A revised analytical approach to the theory of social stratification // Class, Status and Power / Ed. by S. Lipset. New York. 1953. P. 389–390.*

учащихся в среднем естественнонаучном, гуманитарном и техническом учебном заведениях.

Для вторичного анализа использованы результаты ряда социологических исследований, проведенных З.Т. Голенковой, И.В. Журавлевой, И.А. Камаевым и Н.А. Матвеевой, Е.Г. Луговицкой, В.А. Медик и А.М. Осиповым, Л.И. Павлычевой и Т.В. Поздеевой, Н.Л. Русиновой и В.Д. Браун, С.А. Суслиным, Н.Х. Шарафутдиновой и Н.К. Хафизовой за период с 1997–2006 гг., послужившие обоснованием теоретических выводов в исследовании.

Научная новизна диссертационного исследования заключается в следующем:

- в результате экстраполяции динамической социоструктурной матрицы российского общества на социально-демографическую группу российской учащейся молодежи получены объективные основания для исследования специфики ее отношения к здоровью в социоструктурном контексте;

- проведен факторный анализ причин, оказывающих влияние на отношение учащейся молодежи России к здоровью, показавший, что в совокупности они составляют экзогенную макросистему, находящуюся в зависимости от социальной структуры общества;

- разработана авторская модель исследования отношения российской учащейся молодежи к здоровью на основе моделей «Представления о здоровье» и «Коммуникации по поводу здоровья», разработанных зарубежными исследователями, послужившая методологической основой эмпирического исследования;

- осуществлен корреляционный анализ между отношением учащейся молодежи к здоровью и профессиональной направленностью, показавший влияние профессиональной ориентации на отношение учащейся молодежи к здоровью;

- проанализировано влияние социально-демографических факторов на отношение учащейся молодежи к здоровью, состоящее в понижении самооценки качества жизни учащимися пропорционально курсам профессионального обучения (от первого курса к четвертому) и корреляции между готовностью реализовать принципы ЗОЖ и половой принадлежностью;

- установлена зависимость отношения учащейся молодежи к здоровью от ее социально-экономических и статусных характеристик, формирующихся под влиянием таких факторов, как образовательный уровень родителей, материальный и миграционный факторы.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Учащаяся молодежь современной России является продуктом социоструктурных изменений последних десятилетий. Социоструктурная сущность учащейся молодежи обусловлена комплексом факторов,

предопределяющих положение молодых людей в структуре общества, при этом особенно тревожат поляризация и маргинализация российского общества, порождающие противоречивое соотношение многих сложных социальных процессов и оказывающихся судьбоносными в жизни современной российской молодежи. Реакцией со стороны учащейся молодежи на сложившиеся социоструктурные изменения стал крайне противоречивый и хаотичный характер ценностного мира, детерминирующий ориентацию на ускоренное статусное продвижение, при прогрессирующей социальной неадаптивности. В результате резко усилилась тенденция к бездуховности, утрате нравственных критериев общественного поведения, ухудшению психофизического здоровья молодежи, что, безусловно, сказалось на отношении учащейся молодежи к здоровью как основополагающей ценности.

2. Анализ факторов влияния на отношение учащейся молодежи к здоровью выявил его зависимость от экзогенных (внешних) факторов, включающих социальные факторы микро- и макросреды, которые являются определяющими в формировании образа жизни. В отличие от эндогенных факторов, большая часть которых не определяется самим человеком (пол, возраст, тип нервной системы, конституционные особенности строения и функционирования организма и т.д.), экзогенные факторы в значительной степени регулируются обществом, что дает возможность управлять процессом формирования установок в сознании и поведении учащейся молодежи в области здоровья.

3. Применение зарубежных разработок в области исследования отношения учащейся молодежи к здоровью обусловлено отсутствием подобных методологических конструктов в отечественной науке. Разработка авторской модели исследования отношения российской учащейся молодежи к здоровью на основе моделей «Представления о здоровье» и «Коммуникации по поводу здоровья» проводилась с учетом социокультурных особенностей и характеристик российской молодежи и условий ее жизнедеятельности. Это и обеспечило ее успешное апробирование в ходе собственного эмпирического исследования, показавшего, что интегрированный характер данных моделей позволяет применить их к исследованию самосохранительного поведения учащейся молодежи в отношении представлений о здоровье, а также к разработке показателей превентивного (самосохранительного) отношения к своему здоровью.

4. Результаты проведенного нами эмпирического исследования показали, что между тремя типами учебных заведений, учащиеся которых участвовали в данном исследовании, можно провести четкую демаркационную линию по основным критериям отношения к здоровью: степень информированности о факторах, влияющих на здоровье, ценностно-мотивационное отношение к здоровью. В результате анализа

данных социологического исследования более высокий уровень знаний в области здоровья, как и следовало ожидать, продемонстрировали учащиеся медицинского колледжа. Однако высокие когнитивные и аксиологические показатели последних не соответствуют реальному поведению, поскольку более высокую и регулярную вовлеченность в занятия физической культурой и спортом обнаружили учащиеся политехнического колледжа. Это, видимо, и объясняет тот факт, что удовлетворенность учащихся жизнью в данном колледже существенно выше, нежели в медицинском и музыкально-педагогическом колледжах, отмеченных наивысшим удельным весом девушек. Вместе с тем, представители гуманитарных специальностей проявили более высокую готовность к актуализации здорового поведения и укреплению здоровья в ситуации собственного заболевания.

5. Анализ социально-демографических факторов, влияющих на отношение учащейся молодежи к здоровью, выявил значительное воздействие гендерных и возрастных стереотипов, что отразилось в таких показателях, как: а) юноши более оптимистичны в субъективной оценке своего здоровья, чем девушки; б) замечен рост тревожности за собственное состояние здоровья и снижение жизненного тонуса, усиление интереса к вредным привычкам и значительное снижение мотивации к занятиям физической культурой по мере перехода от младших курсов к старшим. Выявлена также корреляция между показателями успеваемости и индивидуальной удовлетворенностью здоровьем: учащиеся-отличники обладают более высокой самооценкой здоровья, в то время как более высокая привязанность к вредным привычкам характерна для неуспешных в обучении. В оценке здоровья в сознании учащейся молодежи конкурируют две точки зрения: 1) здоровье зависит от наследственности; 2) если прилагать усилия, то можно реализовать потребность в здоровье.

6. В ходе исследования выявлено, что на отношение учащейся молодежи значительное влияние оказывают ее социально-экономические и статусные характеристики, среди которых важнейшими являются уровень образования родителей, материальное положение семьи и ее социальный статус в обществе. Результаты эмпирического исследования показали, что чем выше уровень образования родителей, тем лучше отношение к собственному здоровью и чаще прослеживается отказ от вредных привычек. Эти данные подтверждаются тем, что выходцы из образованных семей имеют более крепкое здоровье. Такая же взаимосвязь прослеживается между материальным положением и фактической частотой заболеваемости. Так, респонденты, живущие с высоким достатком, с уверенностью отвечают, что готовы инициировать принципы ЗОЖ, в то время как малообеспеченные уверены в этом вдвое меньше. В среде учащихся с невысоким уровнем материального обеспечения продолжается процесс воспроизводства социально обусловленных

вредных привычек, а, по сути, заболеваний – табакокурения, алкоголизма и наркомании. В целом, социальный статус семьи определяет отношение человека к своему здоровью: чем он выше, тем более высокую самооценку своему здоровью и отношению к нему демонстрирует современная российская учащаяся молодежь.

Научно-практическая значимость работы состоит в том, что в ней предлагается решение актуальной проблемы отношения к здоровью учащейся молодежи в рамках социоструктурного анализа, имеющей социальную и гуманистическую значимость. Результаты разработки проблемы касаются реализации ряда государственных задач, связанных со здоровьем учащейся молодежи, превентивным поведением.

Решение проблемы формирования установки на самосохранительное (превентивное) поведение, продвижение здоровья среди учащейся молодежи позволит оптимизировать взаимодействие между различными субъектами, принимающими решения в сфере продвижения здоровья и здорового образа жизни, а именно, государственными и негосударственными структурами, комитетами по делам молодежи и некоммерческими организациями. Материалы диссертации могут быть использованы при создании коммуникационных программ в сфере продвижения здоровья для изменения ценностных ориентиров в массовом сознании посредством СМИ, а также при организации социологических исследований по проблемам учащейся и студенческой молодежи.

Основные положения и выводы диссертации могут быть включены в учебные планы при преподавании курсов по специальностям «Социология», «Медицинская социология», «Социальная работа».

Апробация работы. Основные положения и выводы диссертационного исследования докладывались и обсуждались на заседаниях кафедры социологии, политологии и права ИППК РГУ, ежегодных конференциях «Путь в науку: молодые ученые об актуальных проблемах социальных и гуманитарных наук», а также на Всероссийском социологическом конгрессе «Глобализация и социальные изменения в современной России» (Москва, 2006 г.). Материалы исследования отражены в пяти публикациях, общим объемом 1,5 п. л.

Структура работы. Диссертационное исследование состоит из введения, 2 глав, включающих 6 параграфов, заключения и списка литературы.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во Введении обосновывается актуальность темы диссертационного исследования, характеризуется степень ее научной разработанности, формулируются цель и задачи исследования, его объект, предмет, теоретико-методологическая основа исследования. Приводятся элементы научной новизны, положения, выносимые на защиту, обосновывается теоретическая и практическая значимость исследования.

Глава 1 «Теоретико-методологические подходы к анализу социоструктурных оснований отношения учащейся молодежи России к здоровью» посвящена выявлению социоструктурных оснований отношения учащейся молодежи к здоровью, для чего будут определены специфические характеристики учащейся молодежи в рамках социоструктурного подхода, базирующегося на положениях структурного функционализма и теории социальной стратификации, а также в контексте социально-экономического детерминизма. Формирование отношения к здоровью в среде учащейся молодежи следует рассматривать в контексте влияния социальных факторов, чему будет посвящена вторая часть данной главы, а полученные результаты теоретико-методологического анализа будут использованы при создании модели исследования отношения учащейся молодежи к здоровью с учетом существующих в зарубежной литературе подобных моделей и выявленных социоструктурных особенностей российской учащейся молодежи.

Параграф 1.1 «Специфические характеристики российской учащейся молодежи в контексте социоструктурного подхода». В российской науке все ярче и отчетливее признается особая роль проблем учащейся молодежи на современном этапе развития нашего общества. Учащаяся молодежь представляет собой и фактор политического баланса, и воспроизводственный потенциал нации. Учащаяся молодежь составляет особую социально-демографическую группу, объединенную определенными возрастными рамками, характеризующуюся собственными психофизиологическими особенностями, которые относятся к периоду физического, физиологического, психического и социального созревания, особенностями поведения и специфическими условиями жизни и обучения. Для этой социальной группы характерна деятельность, связанная с подготовкой и включением в трудовую и общественную жизнь.

Социальная сущность учащейся молодежи и многие переживаемые ею трудности в значительной степени обусловлены комплексом социальных факторов, которые определяют положение молодых людей в структуре населения. Демографические факторы объективно предопределяют противоречивое соотношение таких сложных процессов, как физическое развитие, духовное становление, обретение большей

социально-экономической самостоятельности и профессиональной зрелости⁵⁴. Особенно важными эти факторы оказываются и в жизни учащихся как особой социальной группы в составе молодежи.

Социальное развитие учащейся молодежи состоит в познании и восприятии ценностных ориентаций, установок и норм в различных сферах жизнедеятельности, в том числе и в сфере здоровья.

Не менее важными в социальных судьбах учащихся колледжей оказываются социально-психологическое самочувствие, господствующие социальные стратегии, мотивы и модели поведения.

Сегодня очевидно, что в молодежной среде преобладают процессы дифференциации. Именно они доминируют в современном обществе. А.И. Ковалева справедливо отмечает, что «произошло расслоение молодежи по социализационным траекториям как отражение социальной стратификации общества, диверсификации социокультурных сценариев и стилей жизни»⁵⁵. Учащаяся молодежь не представляет собой единого социального целого, а подвержена социальному и, в первую очередь, имущественному расслоению и дифференцированию.

Учащаяся молодежь является частью молодежного социума и представляет собой специфическую возрастную социально-демографическую группу, которая, обладая социальными признаками разных общностей, различается по материальным возможностям, ценностным ориентациям, образу, стилю жизни и отношению к собственному здоровью.

Источником рискованного поведения и заболеваемости учащейся молодежи во многом являются изменения, происшедшие в структуре российского общества. Социальная структура общества – это качественная определенность общества, которая может рассматриваться в четырех измерениях: нормативном, идеальном, интеракционном и измерении жизненных возможностей. Последнее измерение касается распределения доступа к общественным благам: к богатству, престижу, знаниям, здоровью и т.п.

Современная российская учащаяся молодежь в свете социоструктурных изменений последних десятилетий и их последствий характеризуется такими явлениями, как: крайне противоречивый и хаотичный характер ценностного мира молодежи, а следовательно, и поиска своего пути в новых социально-экономических условиях, детерминирующие ориентацию на ускоренное статусное продвижение при прогрессирующей социальной неадаптивности; формирование

⁵⁴ См.: Социология молодежи / Под ред. В. Т. Лисовского. СПб., 1999.

⁵⁵ Ковалева А.И. Особенности социализации молодежи в изменяющемся обществе // Тезисы докладов и выступлений на Всероссийском социологическом конгрессе «Глобализация и социальные изменения в современной России»: В 16 т. М.: Альфа-М, 2006. Т. 12. Социология молодежи. С. 92.

собственных культурных норм и установок, обусловленных как юношеским нонконформизмом, так и разрушением прежней ценностной системы общества как основы социокультурных стандартов и норм. В результате этого резко усилилась тенденция к бездуховности, утрате нравственных критериев общественного поведения, ухудшению психофизического здоровья молодежи, что, безусловно, сказалось на отношении учащейся молодежи к здоровью как основополагающей ценности.

Параграф 1.2 «Факторный анализ отношения учащейся молодежи России к здоровью». Исследование здоровья населения вообще и отношения учащейся молодежи к здоровью в частности требует комплексного подхода. Здоровье учащейся молодежи можно рассмотреть через такие, на наш взгляд, важные понятия, как «отношение к здоровью», «ценность здоровья», «самооценка здоровья», «потребность в здоровье».

Отношение к здоровью представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния. Отношение человека к здоровью обусловлено объективными обстоятельствами и субъективными факторами и проявляется в действиях, вербально выражается во мнениях, суждениях и переживаниях людей относительно факторов, влияющих на их физическое и душевное благополучие⁵⁶.

В отечественной социологии дифференцируют адекватное, разумное, неадекватное, неразумное (беспечное) отношение к здоровью. Поскольку разные виды отношения к здоровью не существуют в чистом виде, целесообразно говорить о степени их адекватности или неадекватности.

В настоящее время назрела необходимость признать решающую роль социоструктурных факторов в формировании здоровья и отношения к нему учащейся молодежи. Поэтому одним из основных исследовательских вопросов при рассмотрении отношения к здоровью учащейся молодежи в социоструктурном контексте является описание показателей и факторов, влияющих на это отношение. Их существует бесконечное множество, и мы не ставим перед собой цель охарактеризовать все, но остановимся на некоторых. Необходимость выявления факторов, влияющих на здоровье молодежи, представляет не только теоретико-методологический, но и практический интерес: это позволяет решать многие важные практические задачи, в частности, повышать эффективность здравоохранения, оптимизировать его стратегии в лечебно-профилактическом процессе.

Современная отечественная научная литература предлагает классификации факторов, влияющих на здоровье индивида. Так,

⁵⁶ Казначеев В.П. Здоровье нации. Просвещение. Образование. М., 1996. С. 43.

типология, предложенная Н.М. Римашевской и М.С. Бедным, выделяет следующие переменные:

- 1) биологические, касающиеся состава и численности населения, генетических и возрастно-половых признаков, иммунитета и адаптационных возможностей, эмоционально-психических особенностей;
- 2) природно-географические, включающие такие факторы окружающей среды, как климат, природа, воздух, вода, растительность, состояние окружающей среды;
- 3) социально-экономические и психологические факторы, к которым относятся общественно-политический строй, духовная культура, образ и условия жизни, где растет молодежь, стиль ее поведения, степень урбанизации и территориальной мобильности, уровень дохода, условия обучения и труда, быта и питания, жилье;
- 4) уровень развития здравоохранения и медицинской науки⁵⁷.

По нашему мнению, в современном обществе возрастает значимость и влияние социально-экономического статуса индивида. Без сомнений, именно он во многом определяет уровень субъективного состояния здоровья учащейся молодежи и студенчества, его доступ к ресурсам здравоохранения.

Также одним из важных факторов, оказывающих влияние на отношение к здоровью, является уровень образования. О.С. Копина и А.Е. Корольков⁵⁸ считают, что существует такая закономерность: чем выше уровень образования, тем в целом выше самооценка здоровья, в большей степени выражена установка на сохранение своего здоровья, участие в профилактических осмотрах, соблюдение правил рационального питания.

Одним из важнейших факторов, влияющих на здоровье, несомненно, выступает пол респондента. В исследованиях российских социологов установлены значимые гендерные расхождения во взглядах мужчин и женщин на факторы, ухудшающие здоровье⁵⁹.

Систематизация факторов, оказывающих непосредственное влияние на отношение учащейся молодежи к здоровью и рассмотрение научных подходов к здоровью, позволила нам сделать следующие выводы:

Согласно медико-социальному подходу, здоровье интерпретируется через физическое, психическое и социальное благополучие. Социологический подход при этом предусматривает непротиворечивость

⁵⁷ См.: Римашевская Н.М Семейное благосостояние и здоровье. М., 1987.

⁵⁸ См.: Копина О.С., Корольков А.Е. и др. Информированность по вопросам здоровья у лиц с различным уровнем образования // Демографическое поведение. Опыт социологического изучения. М.: Ин-т социологии РАН, 1990.

⁵⁹ Палосу Х., Журавлева И.В. и др. Восприятие здоровья и связанных с ним привычек и установок (сравнительное исследование взрослого населения в Хельсинки и Москве). М., 1998. С. 102.

биологического и социального, осмысленность самореализации, социальность норм здоровья и отклонений от них. Кроме того, здоровье рассматривается с позиций социально-деятельностного подхода, социальной ценности и социальной активности. Мы предлагаем определение здоровья как динамического состояния, обеспечивающего соответствующих возрасту потребностей и способностей индивида реализовывать свои физиологические, психические и социальные функции в процессе жизнедеятельности. Традиционная модель анализа факторов здоровья учащейся молодежи и ее отношения к здоровью включает в себя рассмотрение уровня развития института здравоохранения, социально-психологических (поведенческих), генетических, социально-демографических, социально-экономических и экологических факторов. В отечественной науке исследование факторов здоровья пошло по пути создания концепции факторов риска для здоровья, под которыми, с социологической точки зрения, понимается совокупность негативных форм жизнедеятельности субъектов, вызванных социально-экономическими условиями жизни. Таким образом, опосредование здоровья происходит через социальные условия и социальные факторы, т.е. конкретные формы проявления, отражения способа общественного производства, его производительных сил и производственных отношений, воздействий социально-политической и экономической структуры общества.

Параграф 1.3 «Модель исследования отношения учащейся молодежи России к здоровью». В свете негативной оценки состояния здоровья современной российской молодежи и консервирования данной тенденции с особой актуальностью встает проблема построения такой модели исследования отношения молодежи к здоровью, которая наиболее адекватно отразила бы специфику данного процесса и способствовала бы решению важнейших задач в области оптимизации самосохранительного поведения в молодежной среде. Анализ отношения учащейся молодежи к здоровью как основа построения модели его исследования следует начать с того, что, во-первых, студенческий период играет очень важную роль для всей последующей жизни человека; во-вторых, состояние здоровья исследуемой социально-демографической группы характеризуется наличием неблагоприятных тенденций, и, наконец, в-третьих, категория учащихся и студентов обладает высокой значимостью для будущего населения России XXI в., от которого зависит, каким будет этот век. Стереотипы, приоритеты, установки в отношении здоровья, сформировавшиеся сегодня у представителей учащейся молодежи, завтра станут определять тенденции здоровья, самосохранительного поведения и коммуникаций по поводу здоровья всего населения.

Вопросы необходимости изучения поведения, ориентированного на сохранение здоровья, ставились такими учеными, как Е.М. Андреев,

В.П. Тугаринов, М.С. Бедный, Ю.П. Лисицын. Важные теоретико-методологические разработки концепции самосохранительного поведения (ССП) были сделаны А.И. Антоновым, И.В. Журавлевой, Л.С. Шиловой. Указанные авторы пришли к выводу, что в целом ССП означает уровень осведомленности, компетентности индивида в области здоровья и его сбережения, степень соответствия поступков молодого человека требованиям здорового образа жизни, предписаниям наук о здоровье (медицины, санологии, валеологии, гигиены). Проблема ССП заключена в несоответствии, порой резко выраженном противоречии между сознанием молодежи и ее поведением. В этой связи характер самосохранительного поведения может быть как позитивным, так и негативным. Позитивное ССП направлено на сохранение и укрепление здоровья, а негативное, напротив, на его разрушение: это система действий, приносящих ценность здоровья в жертву другим интересам, ради достижения других целей. Негативное, или (по В.М. Димову) саморазрушительное, поведение, характеризуется нежеланием считаться с нормами здорового образа жизни, что особенно характерно для учащейся и студенческой молодежи, которая редко ценит здоровье.

Здоровый образ жизни – это деятельность, направленная на сохранение, улучшение и укрепление здоровья. Он формируется, во-первых, через уменьшение и элиминирование факторов риска; во-вторых, через создание условий для сохранения и укрепления здоровья индивидом. По современным представлениям, в понятие ЗОЖ входят следующие составляющие: отказ от вредных привычек (курение, употребление алкогольных напитков и наркотических веществ); наличие полезных привычек; оптимальный двигательный режим; рациональное питание; закаливание; личная гигиена; положительные эмоции. ЗОЖ предполагает социальную, трудовую, физическую активность; индивидуальный психологический комфорт и благополучие в семье.

Понятие внутренней картины здоровья (ВКЗ) может рассматриваться как особое отношение личности к своему здоровью, выражающееся в осознании его ценности и активно-позитивном стремлении к его совершенствованию, а также как самоосознание и самопознание человеком себя в условиях здоровья. Исследование формирования внутренней картины здоровья у молодежи имеет большое практическое значение. Важный принцип исследования ВКЗ — личностный подход. В качестве концептуального оформления структуры ВКЗ целесообразно использовать представление о личности как о системе отношений, формирующихся в онтогенезе в определенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях. Отношения представляют собой сознательную, основанную на опыте избирательную социально-психологическую связь человека с различными сторонами жизни; эта связь проявляется в его действиях, реакциях, переживаниях.

Разумное отношение к здоровью проявляется в превентивном (самосохранительном) поведении, под которым понимают систему действий индивида, направленных на сохранение, укрепление и повышение качества здоровья. А также в продвижении здоровья – системе практических мероприятий, направленных на повышение роли индивида в процессе сохранения и восстановления здоровья. В различных социологических исследованиях активно используется понятие «самооценка здоровья» – это субъективная оценка собственного состояния, данная индивидом, основанная на его самочувствии и связанная у молодежи с различными взаимоотношениями, удовлетворенностью жизнью, а также с социокультурными нормами общества. Благодаря этому, по нашему мнению, формируется потребность в здоровье. Мы определяем потребность в здоровье как осознанное состояние дефицита в нем, активизирующее действия, направленные на восполнение этого дефицита. Потребность в здоровье и реальное воплощение этой потребности в поведении учащейся молодежи может сформировать взаимодействие между индивидами по поводу здоровья, так называемую коммуникацию здоровья. Коммуникация здоровья – это разновидность взаимодействия между людьми, содержанием которого является здоровье. В рамках нашей работы были рассмотрены две модели коммуникации здоровья: модель «представления о здоровье» и модель «коммуникации по поводу здоровья», на основе которых автор разработал собственную «Факторную модель превентивного (самосохранительного) отношения к своему здоровью» для исследования отношения учащейся молодежи к здоровью.

Глава 2 «Социоструктурные особенности отношения учащейся молодежи к здоровью (на примере г. Азова)» посвящена анализу результатов эмпирического исследования, проведенного автором по проблеме отношения учащейся молодежи к здоровью в г. Азове на основе собственной «факторной модели превентивного (самосохранительного) отношения к своему здоровью», рассмотренной в параграфе 1.3.

Характер будущей профессии, безусловно, сказывается на формировании личности будущего специалиста в процессе обучения, и вполне закономерно, что данный фактор оказывает влияние и на отношение учащейся молодежи к здоровью, что и будет показано в первой части второй главы. Кроме того, на самооценку здоровья и отношения к нему со стороны учащихся значительное влияние оказывают социально-демографические факторы, а также социально-экономические и статусные характеристики учащейся молодежи.

Параграф 2.1 «Специфика отношения учащейся молодежи к здоровью с учетом будущей профессии». В данной работе учащаяся молодежь рассматривается как социальная группа, чей основной род занятий – учеба в среднем профессиональном заведении. Опрос учащихся

осуществлялся методом анкетирования по месту учебы респондентов. Респондентам гарантировалась анонимность исследования. Специфические особенности постановки вопросов и фиксирования ответов оговаривались в инструкции интервьюеров.

Количественные методы в данном социологическом исследовании представлены анкетным опросом учащихся в полустестовой форме. Методика опроса также включала интервьюирование, осуществляемое параллельно с анкетированием.

Разработанный инструментарий состоял из четырех информационных блоков вопросов, включающих в себя: первый блок «когнитивные компоненты здоровья», второй – «социально-психологические и идентификационные характеристики отношения к здоровью», третий – «аксиологический и мотивационный контекст отношения к здоровью», и, наконец, четвертый – «социальные вопросы общего плана. Демографический блок».

С методологической точки зрения работа с учащимся массивом респондентов дает возможность несколько уменьшить выборочную совокупность, так как отпадает необходимость соблюдения возрастных квот. Квотная выборка учитывала основные социально-демографические характеристики обучающихся в этих учебных заведениях. Целям данного исследования удовлетворили выборочные совокупности учащейся молодежи дневных средних специальных учебных заведений на базе основного общего образования. Опрос проводился в колледжах г. Азова: медицинском, музыкально-педагогическом и политехническом. Такая выборка объясняется рядом позиций: соотношением естественнонаучной, гуманитарной и технической специальностей в системе государственных колледжей, соотношением студентов по полу, где объективно доминируют девушки, а также возможностью репрезентативного исследования данных целевых групп в среднем городе (Азов). Социологический опрос был проведен в октябре – ноябре 2005 г.

В данной работе предпринят анализ проблем образа жизни, здоровья и собственного отношения к здоровью в масштабе трех средних профессиональных учебных заведений. В частности, в социологическом опросе участвовали 140 учащихся медицинского колледжа, 120 – музыкально-педагогического и 130 – политехнического колледжа. Распределение респондентов по половому признаку таково: 287 девушек, 103 – юноши. Общее количество респондентов составило соответственно 390 человек.

Возрастная структура учащихся представляется весьма однородной и сконцентрированной в интервале от 15 до 21 года. Учащаяся молодежь данного возраста зависит от большого числа внешних микросоциальных (учебное заведение, ближайшее окружение) и макросоциальных факторов

среды (общество и его культура), оказывающих влияние на становление, развитие и взросление молодежи.

Анализ проведенного исследования реально показал нам зависимость отношения к здоровью в среде учащейся молодежи от типа учебного заведения и будущей профессии, проявившуюся в следующих показателях:

- профессиональная направленность влияет на информированность респондентов в области репродуктивного здоровья. В результате анализа нами выделены 4 группы респондентов: хорошего знания, частичного знания, неверного знания, незнающие. Учащиеся медицинского колледжа продемонстрировали более высокий уровень знаний;

- высокая значимость здоровья не соответствует реальному поведению молодежи. Учащиеся политехнического колледжа обнаруживают более высокую и регулярную вовлеченность в занятия физической культурой, чем учащиеся гуманитарных учебных заведений;

- удовлетворенность учащихся жизнью в целом существенно ниже в колледжах, отмеченных наивысшим удельным весом девушек (медицинский и музыкально-педагогический колледж);

- учеба в разных типах учебных заведений также отражает субъективную оценку собственного здоровья;

- тип учебного заведения влияет на готовность к актуализации здорового поведения.

В ходе анализа мы выделили две основные группы: 1-я группа – частичной готовности к реализации принципов ЗОЖ. В нее вошли представители медицинского и музыкально-педагогического колледжей (48,2 % и 44,5 % соответственно); 2-я группа – неуверенные – учащиеся политехнического колледжа, в меньшей степени выражающие данную готовность (33,8 %).

Собственное заболевание может выступить побудительной силой к укреплению здоровья в большей мере для представителей гуманитарных специальностей, в противоположность технарям.

Параграф 2.2 «Анализ влияния социально-демографических факторов на отношение учащейся молодежи к здоровью». Учащаяся молодежь представляет собой довольно специфический объект исследования, что обуславливает некоторые сложности методического характера.

Первой сложностью является выбор критерия для включения того или иного фактора в число наиболее значимых для здоровья учащегося. С нашей точки зрения, представляется целесообразным рассмотреть социально-демографические характеристики данной социальной группы. В блок социально-демографических факторов, кроме пола и возраста, мы включили успеваемость, как социальный фактор, взаимодействующий с возрастным и временным факторами.

Следующая сложность состоит в выборе значимых показателей отношения к здоровью учащегося. Эти показатели будут отличаться от соответствующих показателей взрослых людей (например, обнаружен факт зависимости числа близких друзей и употребление алкоголя). В противовес выявленной тенденции у взрослого населения – чем больше социальная поддержка, тем благополучнее здоровье – увеличение числа друзей среди студенческой молодежи приводит к более частому употреблению алкоголя, табака и, как следствие, ухудшению здоровья⁶⁰. Вероятно, конкурирующий фактор – стремление к независимости и самоопределению – оказывается в данной ситуации более важным, чем социальная поддержка.

Третья сложность состоит в выяснении значимости для учащегося проблем здоровья в связи с существующими факторами риска. Например, что более негативно, с точки зрения самого учащегося, сказывается на здоровье: употребление алкоголя, наркотиков, табакокурения? В зависимости от ответа на этот вопрос он выбирает тот или иной тип поведения.

В основе поведения молодежи в сфере здоровья и его отношения к собственному здоровью лежат разноплановые, зачастую противоречивые потребности. По замечанию И.В. Журавлевой, здоровье оказывается под влиянием многих видов деятельности и мотивов, напрямую не связанных с ценностью здоровья. «Поведение в сфере здоровья... имеет более устойчивый характер в сравнении с моделями поведения, в основе которых лежит сознательная мотивация индивидов»⁶¹. Поэтому в раскрытии социально-групповых норм как важных факторов здоровья насущными оказываются социологические методы и подходы, позволяющие осветить самооценку здоровья, медицинскую информированность, границы и устойчивость вредных привычек.

В нашем исследовании установлено, что значительная часть респондентов правильно позиционирует, и в целом отрицательно воспринимает такие девиации от ЗОЖ, как алкоголь, наркотики, табакокурение, а также неблагоприятную окружающую среду. В целом, по каждому из выделенных пунктов более 90% респондентов оценивают эти факторы в качестве причин, существенно ухудшающих здоровье людей. Однако если брать другие предложенные для оценки индикаторы, то окажется, что каждый пятый полагает, что неправильное питание незначительно влияет на состояние здоровья. Едва ли не каждый третий также оценивает низкую физическую активность. Кроме того, более трети респондентов вполне терпимо воспринимают неблагоприятные климатические условия и низкий образовательный уровень.

⁶⁰ См.: Восприятие здоровья и связанных с ним привычек и установок (сравнительное исследование взрослого населения) / Отв. ред. И.В. Журавлева. М., 1998.

⁶¹ Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. М., 1998. С. 46.

Колледжи, будучи включенными в воспроизводство профессиональных групп специалистов, одновременно оказываются в сфере действия гендерных и возрастных стереотипов в отношении к здоровью. Так, юноши более оптимистичны в субъективной оценке своего здоровья, чем девушки. Был также замечен рост тревожности за собственное состояние здоровья и снижение жизненного тонуса по мере перехода от младших курсов к старшим. По мере взросления самооценка здоровья ухудшается, усиливается интерес к вредным привычкам и наблюдается значительное снижение мотивации к занятиям физической культурой.

Также была выявлена корреляция между показателями успеваемости и индивидуальной удовлетворенностью здоровьем: учащиеся-отличники обладают более высокой самооценкой здоровья. Кроме того, успеваемость, как социальный параметр по отношению к регулярности физической активности, в проведенном нами исследовании, выявил новые закономерности: успешно обучающиеся, оказывается, реже занимаются физкультурой по сравнению со слабоуспевающими. По мере ухудшения успешности обучения тенденция к снижению жизненного тонуса проявляется все заметнее, а также обнаруживается более высокая привязанность к вредным привычкам.

Важность представляют данные о причинах пренебрежительного отношения к здоровью. На первое место в рейтинге причин респонденты поставили лень, на второе – условия воспитания, на третье – уровень финансового обеспечения, на четвертое – низкий уровень культуры и на пятое – низкий уровень образования. В оценке же здоровья в сознании опрошенных конкурируют две точки зрения: 1) здоровье зависит от наследственности; 2) если прилагать усилия, то можно реализовать потребность в здоровье.

Параграф 2.3 «Влияние социально-экономических и статусных характеристик учащейся молодежи на отношение к здоровью». Состояние здоровья учащейся молодежи и отношение к нему связано не только с профессиональными и основными демографическими характеристиками. Несмотря на то, что нет единой позитивной ориентации на здоровье, все же есть некоторые социальные факторы, безусловно коррелирующие с показателями здоровья населения вообще и молодежи в частности. Из семи факторов, заложенных в программе нашего исследования, это прежде всего социально-экономический статус респондентов (или материальный достаток семьи), уровень образования их родителей и миграционные характеристики. Данные факторы являются одними из самых надежных факторов прогнозирования здоровья и отношения к нему.

Проанализировав состав опрошенных по социальному положению, мы выявили, что учащиеся являются выходцами из разных слоев. О

наличии социально-статусной преэминентности однозначно говорит тот факт, что большинство наших респондентов – выходцы из гомогенных семей, где отец и мать – специалисты со средним специальным образованием. Треть этих родителей – специалисты с высшим образованием. У каждого седьмого респондента оба родителя – с неполным средним образованием.

Существует расхожее мнение, что респонденты, которые являются выходцами из семей с невысоким уровнем образования, имеют более крепкое здоровье, чем те, чьи родители имеют высшее образование. Наши данные опровергают этот факт: выходцы из образованных семей имеют более крепкое здоровье. Так, при наличии в семье обоих родителей с высшим образованием 42,5 % причисляют себя к болеющим не чаще 1 раза в год, в сравнении с теми, чьи родители имеют только полное (неполное) среднее образование 12,9 %. Также уровень образования родителей оказывает существенное влияние на частоту заболеваемости. Так, среди болеющих 2–3 раза в год – 13 % респондентов, чьи родители имеют высшее образование, а среди опрошенных, отметивших отсутствие профессионального образования родителей и болеющих с подобной частотой, – 44,4 %.

Выявлены достаточно противоречивые оценки общего самочувствия, жизненного настроения респондентов в зависимости от уровня образования их родителей. Так, только 22,0 % опрошенных, родители которых получили высшее образование, отмечают у себя хорошее настроение, а те, у кого родители не получили такового, – 55,5 % – дают подобную оценку своему настроению. Однако, 66,7 % отметивших, что настроение их нормальное, имеют родителя с вузовским образованием, среди респондентов, чьи родители не имеют высшего образования, – таковых вдвое меньше.

Отношение к вредным привычкам также обусловлено фактором наличия или отсутствия высшего образования у родителей. Доля курящих, родители которых получили высшее образование, составляет 19,0 %, против 26,7 % курящих, чьи родители имеют только среднее общее образование. 17,8 % респондентов, отметивших наличие высшего образования у родителей, впервые стали употреблять алкоголь с 16–18 лет. А удельный вес респондентов, приобщившихся к питьевым традициям, чьи родители не получили высшего образования, достигает 42,5 %. Немаловажно и то, что приобщение к наркотикам обнаруживает подобную тенденцию: 4,3 % респондентов, имеющих высокообразованных родителей, пробовали наркотические вещества, и соответственно, 17,4 % опрошенных, имеющих какой-нибудь наркотический опыт, – это выходцы из семей, где родители не получили профессионального образования.

Показатели сексуальной активности респондентов также обнаруживают взаимосвязь с образованием родителей: удельный вес уже

начавших сексуальную жизнь, чьи родители имеют лишь среднее образование, составляет 59,2 %, что практически вдвое выше удельного веса опрошенных респондентов, имеющих сексуальный опыт и отметивших наличие вузовского образования их родителей (31,3 %).

Таким образом, значимость образовательного уровня родителей для степени культивирования вредных привычек учащейся молодежи очевидна: чем выше уровень образования родителей, тем лучше отношение к собственному здоровью и чаще прослеживается отказ от вредных привычек и ранней половой жизни.

Решающим для представлений о побудительных силах к сохранению здоровья и готовности изменить образ жизни является социально-экономический фактор. Так, респонденты, живущие с высоким достатком, с уверенностью отвечают, что готовы инициировать принципы ЗОЖ, в то время как малообеспеченные уверены в этом вдвое меньше. Кроме того, обнаружено сочетание более высокого уровня материального положения с большей уверенностью в собственном здоровье.

Выявлена взаимосвязь между материальным положением и фактической частотой заболеваемости. Так, более 35 % материально обеспеченных респондентов ответили, что фактически не болеют, а среди учащихся со средним достатком таких уже 10 %, что позволило нам выделить две группы учащихся в зависимости от их материального положения и медико-профилактической активности: активные (высокий уровень обеспеченности) и пассивные (низкий уровень обеспеченности). Опасность по своим социальным последствиям представляет вывод о том, что в среде учащихся с невысоким уровнем материального обеспечения продолжается процесс воспроизводства социально обусловленных вредных привычек, а, по сути, заболеваний – табакокурения, алкоголизма и наркомании.

Таким образом, значительное влияние на отношение человека к своему здоровью, как показало наше исследование, оказывает социальный статус семьи и самого человека. В нынешних социально-экономических условиях возможность улучшения или сохранения хорошего состояния здоровья для учащейся молодежи с низкими доходами чрезвычайно проблематична.

В **Заключении** подводятся общие итоги диссертации, формулируются ее основные выводы и намечаются перспективы дальнейшего исследования избранной проблемы.

По теме диссертации опубликованы следующие работы:

1. *Гафиатулина Н.Х.* Специфика аксиологического подхода к проблеме здоровья // Научная мысль Кавказа. Приложение. 2003. № 6. 0,1 п.л.
2. *Гафиатулина Н.Х.* Проблема социального оздоровления // Путь в науку: Молодые ученые об актуальных проблемах социальных и гуманитарных наук. Вып. 4. / Отв. ред. Ю.Г. Волков – Ростов н/Д.: Изд-во СКНЦ ВШ. 2003. 0,2 п.л.
3. *Гафиатулина Н.Х.* Основные категории социологии здоровья студенческой молодежи // Гуманитарные и социально-экономические науки. 2004. № 3. 0,5 п. л.
4. *Гафиатулина Н.Х.* Здоровье учащейся молодежи как социальная проблема // Тезисы докладов и выступлений Всероссийского социологического конгресса «Глобализация и социальные изменения в современной России». Т. 12. (Москва 3-5 октября 2006 года). М.: Альфа-М. 2006. 0,2 п. л.
5. *Гафиатулина Н.Х.* Отношение к здоровью учащейся молодежи в социоструктурном контексте // Научная мысль Кавказа. Дополнительный выпуск. 2006. 0,5 п. л.

Подписано к печати 09. 01. 2007 г. Сдано в набор 10.01. 2007 г.

Формат 60х84 1/16. Печ. л. 1,3

Печать офсетная Гарнитура Times

Тираж 100 экз., Заказ 1205

Отпечатано с готовых диапозитивов в типографии «Ант»

344018, г. Ростов-на-Дону, пер. Островского, 153.