

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-КЛАССОВОГО, ЭКОНОМИЧЕСКОГО НЕРАВЕНСТВА НА СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

В современном российском обществе социальные последствия трансформационных процессов характеризуются формированием новой социальной структуры, значительным расслоением населения в целом и молодежи, как его части, резкими различиями в доступе к материальным и духовным ценностям для разных групп населения. Для молодежи социальные последствия трансформации весьма многообразны: это и трудности социализации и адаптации, и низкие стартовые возможности вхождения в рыночные отношения, и снижение здоровья в процессе получения высшего профессионального образования. Снижение качества здоровья студенческой молодежи отражается как на качестве обучения, так и на качестве социальных взаимодействий и социального самочувствия. Несомненным является тот факт, что здоровье молодой части населения – это богатство нации, ее социальный капитал. Молодежь – особый контингент в составе населения, состояние здоровья которого является своеобразным барометром, как социального благополучия, так и симптомом изменений в социальном здоровье населения в целом на ближайшую перспективу развития страны.

На каждой ступени развития человеческой цивилизации взаимосвязь индивида с социумом усиливается, этот факт имеет отношение и к социальному здоровью. В этой связи задача формирования, укрепления и сохранения социального здоровья молодого поколения становится одной из наиболее приоритетных задач для государства. Значимость социального здоровья студенческой молодежи объясняет актуальность его глубинного исследования, понимания детерминант и факторов его ухудшения.

В структуре здоровья в целом выделяется такой особый компонент, как социальное здоровье, отвечающий за производство социальных отношений, систему ценностно-смысловых, нравственно-этических ориентаций и норм. Современный отечественный социолог Е.В. Дмитриева, осветившая предметную область социологии здоровья, определяет социальное здоровье как состояние человека, не сводимое к клиническим проявлениям организма, а выражающееся в удовлетворенности условиями труда и быта, социально-экономическим положением (Дмитриева Е.В., 2004. С. 173).

В понимании социального здоровья молодежи должен содержаться такой важнейший аспект, как наличие социальных контактов молодого человека, поскольку само социальное здоровье каждой личности обусловлено связью с социальными структурами и системой взаимодействия всех членов общества.

Так, Л.В. Булыгина отмечает, что социальная составляющая здоровья молодого поколения отражает межличностные контакты и проявляется на трех уровнях: на социальном уровне – как социальная активность и характеризует интерес к социальной действительности; на природно-биологическом – как результат динамического равновесия функций органов и систем организма; на психическом – как эмоционально-волевая и потребностно-мотивационная сфера личности с ценностной ориентацией на здоровый образ жизни (См.: Булыгина Л.В., 2009).

Социальное здоровье молодежи, по нашему мнению, является основой социальной активности, адаптивности и правильного гармоничного взаимодействия личности молодого человека с социумом. Социальная составляющая здоровья каждого нового поколения формируется в ходе социализации, под воздействием социокультурной среды, и отражает общественные связи, ресурсы, межличностные контакты.

Социальное здоровье молодежи с точки зрения своей природы имеет когнитивный, аксиологический, эмоционально-чувственный и поведенческий аспекты. Познавательный (когнитивный) аспект связан с рациональным познанием окружающей социальной реальности, аксиологический (ценностный, оценочный) – с механизмами оценки и самооценки, чувственный – с эмоциональными переживаниями и отношением к конкретной ситуации. Что касается поведенческого аспекта, то он затрагивает действия молодого человека, направленные на самосохранение или на саморазрушение (См.: Гафиатулина Н.Х., 2010).

Содержание категории социального здоровья включает, по мнению В.Н. Ярской, понятия социального комфорта, устойчивости социального статуса. При этом система статусных

характеристик личности или социальной группы включает параметры экономического, профессионального, образовательного, социокультурного укоренения человека в социум (Ярская В.Н., 1995. С. 28). Понятие статуса в такой интерпретации семантически созвучно понятию статуса социального здоровья.

В последнее время в зарубежной научной литературе с целью охарактеризовать специфику различных сторон здоровья и социальных проблем здоровья в группах, которые дифференцируются по социально-экономической позиции, применяется понятие «социальный градиент», отражающий направленность отклонений физического, психического и социального здоровья в связи с изменением социального статуса. Иными словами, классовый (социальный градиент) заключается в том, что чем выше находится социальный класс и социальная позиция индивида, тем, соответственно, будет лучше социальное здоровье представителей данного класса (См.: Bourdieu P., 2002).

Интерпретируют причины социального градиента в формировании здоровья существующие на сегодняшний день две теории – социального стресса и социальной селекции. Истоки теории социального стресса лежат в марксистском социально-экономическом учении. Данная теоретическая концепция базируется на гипотетическом предположении о том, что на низших ступенях классовой иерархии социума культивируются особенно стрессогенные условия существования. К ним относятся: наносящие ущерб здоровью условия быта и труда, неблагоприятная социальная и экологическая обстановка в местах проживания, низкая доступность социально-медицинской помощи и дефицит профилактических мероприятий. Что касается теории социальной селекции, то она выдвигает предположение о том, что место человека в классово-иерархической структуре общества детерминировано его физиологической и психосоциальной спецификой, дающей ему преимущества в конкурентной борьбе за власть и ресурсы перед другими.

Социально-классовые различия выступают значимыми факторами неравенства в социальном здоровье личности. В основе такого взгляда лежат представления о механизмах взаимосвязи социального здоровья с неравенством в социально-экономическом положении. Так, согласно концепции П. Бурдьё, существует прямая связь между принадлежностью индивида к определенной страте и уровнем его здоровья. Показателями принадлежности молодого человека к определенному социальному классу согласно П. Бурдьё, являются материальный доход, уровень образования и профессионально-статусная позиция.

О наличии неравенства в показателях не только физического, психического, но и социального здоровья в прямой связи с уровнем дохода говорят почти во всех странах. В более обеспеченных группах населения по уровню дохода заболеваемость ниже, субъективные оценки здоровья выше; низкие уровни доходов предопределяют неудовлетворительное состояние здоровья, связанное с бедностью. Согласно материалам Всемирной Организации Здравоохранения, обусловленная принадлежностью к определенному общественному классу разница в состоянии здоровья прослеживается во всех возрастных группах населения (Максимова Т.М., 2005. С. 8).

О социальном градиенте, играющем значительную роль в формировании социального здоровья молодежи, говорят и отечественные ученые А.А. Шабунова, О.В. Шиняева, Т.М. Максимова, Е.В. Дмитриева, А.Н. Тесленко, В.А. Медик, А.М. Осипов, И.В. Журавлева, А.С. Москвич и др. В частности, А.А. Шабунова отмечает, что классовый градиент устанавливается по большинству психосоциальных и телесных расстройств и присущ всем обществам. Она указывает на то, что социальная структура, обуславливая социальные позиции молодежи (включая статус ее занятости, образования, социального класса), во многом связана с социальным здоровьем и социальным благополучием молодежи (См.: Шабунова А.А., 2011).

В условиях социально-экономического кризиса современной России социальное здоровье молодежи превратилось в «ресурс», наличие которого стало для представителей низших классов шансом на более успешную жизнь, а для выходцев из обеспеченных слоев – шансом сохранить и упрочить свой статус.

В контексте изучения феномена «социальный градиент» как один из ведущих факторов, влияющих на социальное здоровье студенческой молодежи, имеет смысл рассматривать в рамках изменения образа жизни под влиянием неравных социально-экономических условий жизни. В действительности непосредственное изучение образа жизни позволяет получить ответы на вопросы, связанные с интересом исследователей: например, что делает молодежь при том или ином уровне благосостояния, при определенных различиях – демографических, образовательных, статусных, поселенческих – в конкретных сферах, какие потребности и ценности разделяют.

Сформировавшаяся в России в начале XIX в. система факторов, оказывающих воздействие на социальное здоровье студенческой молодежи, выглядит следующим образом: на долю социальной среды и образа жизни молодого поколения приходится не менее 50–55 % (степень влияния на здоровье в целом выше средней), удельный вес фактора окружающей среды – около 20 %, доля генетического фактора также оценивается примерно в 15–20 %, что касается системы здравоохранения, то на нее приходится 10–15 %. Одним словом, фактор «социальная среда» – самый весомый. Этот фактор находится в непосредственной зависимости от принадлежности к определенному слою и социальной группе, которые претерпевают воздействие увеличивающегося социального неравенства в конкретном регионе.

Как указывает О.В. Шиняева, анализ динамики социального неравенства в постсоветской России показывает, что состояние социальной среды – уровень и образ жизни семей, доступность качественного здравоохранения и образования, система питания, физического развития и отдыха – напрямую зависит от дифференциации общества и во многом определяет состояние здоровья молодежи (*Шиняева О.В., Падиарова А.Б., 2010. С. 37*).

Социологические исследования, проведенные нами в 2011 г. в Донском Государственном Техническом университете и составившие эмпирическую базу данной статьи, проводились на территории Ростовской области. Этот регион – типичный для РФ, у него примерно сходные со страной структура населения в целом, и молодежи, в частности, параметры социально-демографических процессов и социально-экономического положения.

Анализ эмпирических данных направлен на поиск взаимосвязей во влиянии социально-экономического расслоения на социальные характеристики здоровья молодежи, которые должны стать базой для разработки способов укрепления социального здоровья молодого поколения из разных социально-классовых слоев общества.

В эмпирическом исследовании были использованы социологические методы анкетирования (анкета «Социальное здоровье студенческой молодежи») и интервью со студенческой молодежью.

Надо отметить, что для оценки социального здоровья студенческой молодежи мы сочли нужным применить следующие показатели: личные представления молодых людей о собственном здоровье (какова субъективная самооценка качества и образа жизни, а также степень удовлетворенности молодежью своим социально-экономическим положением, спецификой ценностных ориентаций, социальной интеракцией).

Большинство опрошенных студентов считало, что их образ жизни пребывает на грани между правильным (здоровым) и неправильным (нездоровым): таких – 80,9 %, при этом нездоровый образ жизни ведет несколько большее количество молодежи – 12,4 %, соответственно правильный – вдвое меньше – 6,7 %.

Одним из наиболее значимых показателей социального здоровья является его самооценка. С одной стороны, самооценка может интерпретироваться в качестве одного из показателей социального здоровья (социального благополучия) и способности адаптироваться к социальной среде и ее изменениям, что ощущается, в первую очередь, субъективно. С другой стороны, самооценка выступает регулятором самосохранительного поведения. Так, согласно И.В. Журавлевой, самооценка как субъективная оценка и осознание индивидом своих физических и психосоциальных сил непосредственно связаны с целостной самооценкой человеком себя, своих возможностей, осознанием места среди других людей, что и обуславливает ее регулятивную функцию (См.: *Журавлева И.В., 2009*).

В ходе наших исследований выявлено, что свое социальное здоровье как «достаточно хорошее» оценили 2,1% респондентов; как «хорошее» – 29,4%; дали удовлетворительную самооценку около 48,9% студентов; характерно, что неудовлетворительно оценили собственное социальное здоровье 7,5%; затруднились с ответом на этот вопрос 12,1% опрошенной молодежи. На вопрос «Предпринимаете ли Вы сами что-либо для своего социального здоровья?» – дали положительный ответ 24,7% респондентов; 46,3% ответили, что «стараются, но получается иногда». В частности, каждый второй задумывается о социальном здоровье, при этом для 36,1% из них поводом для размышления стали сложные взаимоотношения с более успешными в материальном отношении сверстниками, отсутствие моральной поддержки со стороны ближайшего окружения и трудности межличностной коммуникации. Настораживает тот факт, что 32,4% респондентов признались в наличии у них вредных привычек, таких, как табакокурение, прием алкоголя и различных психоэнергетических напитков. Социально-экономические условия жизни этой группы молодежи были, в основном, около или даже несколько ниже прожиточного минимума.

Резко снижается доля студенческой молодежи, имеющей дополнительные занятия (например, изучение иностранных языков, посещение фитнес-клубов) со снижением статуса семьи: так, в малообеспеченных семьях около половины не имеют каких-либо дополнительных занятий, чаще они озадачены поиском случайных заработков.

Важно отметить, что уровень жизни молодежи и их семей нельзя назвать стабильным. Так, улучшение экономического положения своей семьи за последнее время отметило около 46,3% молодежи из обеспеченных семей, в других же группах – только 7,8%, но ухудшение в целом отметили во всех группах, особенно в группе со средним достатком.

В среднем 13,5% молодежи отметил значительное ухудшение материально-экономического положения семьи за последний год. Но при этом резкое ухудшение экономического положения семьи и личное восприятие этих изменений как стрессовой ситуации отметил каждый третий студент из малообеспеченных семей и только около 2,6% – из числа обеспеченных. В обеспеченных семьях гораздо реже отмечали ухудшение материального достатка, кроме того срабатывали механизмы защиты молодежи, которые не позволили им ощутить на себе эти неприятные перемены в жизни. Это зависит от социального микроклимата семьи, который оказывает не последнее влияние на социальное самочувствие молодого человека и, как следствие, на его социальное здоровье в целом. Неблагоприятную обстановку в семье чаще отмечала молодежь из семей с достатком ниже среднего (около 67%).

Согласно нашим исследованиям, более высокий уровень материального положения коррелирует с удовлетворенностью своим социальным здоровьем. Так, студенческая молодежь, определившая свой уровень финансового благосостояния в качестве «отличного» составляет совсем незначительный процент из общего массива – всего 8,9%, совокупная удовлетворенность своим социальным здоровьем достигает 57,1%. Эти респонденты отмечают непринужденную дружескую обстановку в своем ближайшем окружении, взаимопомощь и взаимоуважение в социальных контактах.

Интервью с молодежью показало, что успеваемость в вузе напрямую взаимосвязана с социально-экономическим статусом семьи: хорошо и отлично успевающих в бедных и малообеспеченных семьях около 38,4%, в нормально обеспеченных и состоятельных около 65,3%, что касается академически не успевающей и отстающей молодежи, то они проживают в экономически бедных семьях.

Социальное окружение также формирует поведение, связанное со здоровьем в целом. Так, у молодежи с низким достатком меньше доступ к качественному питанию, меньше возможностей для занятий фитнесом. И это закономерно.

В целом удовлетворенность студенческой молодежи своим материально-бытовым положением оставляет желать лучшего: 47,8% считают его плохим и взаимоотношения в семье характеризуют как конфликтные.

На наличие взаимосвязи между самооценкой здоровья в целом и материальным положением указывает в своей монографии Л.В. Нефедовская. Ее исследование показало, что более низкие оценки всех составляющих компонентов здоровья (физического, психического и социального) дали респонденты, оценившие свое материальное положение на 1, 3 и 4 балла. Напротив, более высокие – на 8,9 и 10 баллов (Нефедовская Л.В., 2007. С. 88).

Вполне объяснимым является тот факт, что в молодежных группах, отличающихся по социально-экономическому статусу, отличаются не только субъективные оценки социального здоровья, но и распространенность различных заболеваний ниже в более благополучной социальной среде.

В ходе интервью с молодежью нами также было предложено ранжировать факторы, влияющие на социальное здоровье, по степени иерархии. Респонденты выделили следующие факторы: на первое место они поставили материальный достаток – 32,5% опрошенной молодежи; на втором – социальный статус – 24,9%. Третье место занял образ жизни, так считают 19,3% опрошенных; на четвертое место студенческая молодежь поставила наличие хороших, благополучных отношений (дружеских, любовных) и контактов – 13,2%; пятое место заняли место и условия проживания – на них указали 10,1% респондентов. Следовательно, анализ основных факторов, влияющих на социальное здоровье студенческой молодежи, определил его доминирующую зависимость от материального достатка и социального статуса личности.

Таким образом, анализ научной литературы и проведенных автором эмпирических исследований, убедительно указывает на значительное увеличение в последние два десятилетия

роли социального градиента как фактора, влияющего на социальное здоровье студенческой молодежи.

В обществе должно произойти своевременное осознание социального неравенства, и в первую очередь доступа к благосостоянию, и проведен анализ его возможных последствий, начиная с молодого поколения.

Таким образом, все накопленные данные о наличии и влиянии социального градиента на здоровье фактически ставят вопрос о сокращении неравенства в здоровье, связанное с различными, в особенности, с социальными детерминантами. Это может достигаться, прежде всего, законодательными мерами и мерами социальной молодежной политики.

Здоровая полноценная жизнь и здоровье – это такие блага, которые в целом не должны различно дифференцироваться в разных стратах общества, допустимы лишь минимальные различия в здоровье. Всякое цивилизованное общество должно проявлять заботу в вопросах насущной необходимости сокращения социального неравенства в здоровье молодого поколения и принимать с этой целью весь комплекс необходимых мер.

БИБЛИОГРАФИЯ

Булдыгина Л.В., 2009. Социальное здоровье подростков / Автореф. канд. социолог. наук. Ставрополь.

Гафиатулина Н.Х., 2010. Генезис и факторы социального здоровья российской молодежи / Компетентностный подход в развитии навыков здорового образа жизни у детей, подростков и молодежи // Материалы науч.-практ. конф. с междунар. уч., 1–2 дек. М.

Дмитриева Е.В., 2004. Теоретико-методологические основы социологии здоровья / Дисс. на соиск. уч. степ. д-ра социол. наук. М.

Журавлева И.В., 2009. Отношение к здоровью индивида и общества. М.

Макимова Т.М., 2005. Социальный градиент в формировании здоровья населения. М.

Нефедовская Л.В., 2007. Состояние и проблемы здоровья студенческой молодежи. М.

Шабунова А.А., 2011. Здоровье населения в России: состояние и динамика. Вологда.

Шиняева О.В., Падиарова А.Б., 2010. Социальное неравенство и здоровье молодого поколения россиян. Ульяновск.

Ярская В.Н., 1995. Благотворительность и милосердие как социокультурные ценности // Российский журнал социальной работы. №2.

Bourdieu P., 2002. The forms of capital / A. Halsey, H. Lauder, P. Brown and A. Wells Eds. // Education, culture, economy and society. Oxford: Oxford university press, Pp. 46–58.