

Н.Х. Гафиатулина

Состояние институциональных субъектов, моделирующих социальное здоровье российской молодежи

Формирование социального здоровья российской молодежи является весьма трудоемким и сложным по своей сути социально-психологическим процессом, результатом взаимодействия различных социальных институтов современного российского общества. Безусловно, этот процесс имеет важное значение для всех возрастных групп населения, но все-таки наибольшую значимость для социализирующего и воспитательного воздействия он имеет для молодежи как особенной, открытой, в силу своих возрастных особенностей, и перспективной социально-демографической группы населения. Данная группа, являясь потенциалом популяционного и социально-трудового ресурсов нашей страны, к сожалению, по свидетельствам многих социологических и социально-медицинских исследований, характеризуется отрицательными тенденциями в сфере социального здоровья. Достижение в будущем позитивной направленности показателей здоровья в целом непосредственно зависит от решения в нынешних условиях проблем социального здоровья молодежи на уровне основных социальных институтов, моделирующих социальное здоровье молодежи, поскольку именно институциональная система российского общества и заложенные в ней нормативно-ценностные и мировоззренческие основы несут ответственность за формирование социального здоровья новых поколений.

В этом плане мы полагаем, что существует необходимость анализа состояния институциональных субъектов, моделирующих социальное здоровье российской молодежи в современных институционально-трансформационных условиях.

При этом стоит отметить, что проблемы моделирующего воздействия социальных институтов являются наиболее значимыми и достаточно сложными для описания и теоретико-методологического анализа различных социальных феноменов и явлений в гуманитарной сфере, в том числе и для феномена социальное здоровье [1, 2].

Феномен социального здоровья в настоящее время рассматривается как такое состояние индивида, группы, общества, которое соответствует норме с точки зрения всех статусных параметров (психологического, семейного, социального, культурного, экономического, этнического) [3]. Поскольку именно устойчивость отдельных статусных характеристик дает интегрирующую, социализирующую функцию группы или отдельной личности молодого человека, в результате действия которой можно говорить о ее социальной норме, социальном здоровье и благополучии.

Социальное здоровье российской молодежи, являющееся, по нашим представлениям, базовым компонентом социального иммунитета и в целом влияющее на этот иммунитет и регулирующее его, «постоянно моделируется в ходе институциональной динамики», и наиболее интенсивное протекание такого процесса будет происходить в эпоху трансформации социума, поскольку сами институциональные субъекты переживают качественные изменения, имеющие в некоторых случаях необратимый характер [4, с. 83].

Социальное здоровье молодежи моделируется посредством воздействия следующих важнейших базовых социальных институтов: семьи, образования, здравоохранения, государства.

Бесспорно, что семья выступает главным институциональным субъектом, моделирующим социальное здоровье российской молодежи, т.к. именно семья является субъектом первичной социализации молодого поколения в сфере социального здоровья. В этом контексте семья рассматривается в двух ипостасях: как макрообъект – социальный институт, изучаемый в содержании социетальных процессов во взаимодействии с другими институтами общества, а также как микрообъект – малая социальная

группа со своими внутрисемейными интеракциями, ориентированными на достижение определенных результатов семейного поведения [5]. Безусловно, семья призвана формировать, развивать, укреплять и поддерживать соматическое, физическое, психическое здоровье своих членов, тем самым оказывая непосредственное влияние на социальное здоровье. Ведь именно в семье закладывается фундамент взрослой жизни молодых людей в виде ценностно-мотивационных установок и моделей поведения в сфере здоровья.

Исследования регионального уровня указывают на транзитивный характер современных семейных отношений в нашем социуме, связанный с изменением ценностно-мотивационных и поведенческих основ, что обнаруживается в еще не законченном переходе от модели детоцентристской семьи к модели эгалитарной семьи [6].

Говоря о трансформации института семьи, важно подчеркнуть, что изменения в таком институциональном субъекте, как семья, оказали обширное влияние на социальную динамику, а также на психосоциальное самочувствие молодых россиян. Социализационные функции семьи в формировании социального здоровья очень важны: рационально организовать режим труда и отдыха, привить основные навыки заботы о здоровье в целом, подумать и позаботиться о гармоничном физическом и психосоциальном развитии ребенка, передать ему определенный набор сведений о функционировании своего организма и индивидуальных социально-психологических особенностях личности, о вредных и полезных привычках, формируемых в процессе социального взаимодействия [7]. Весь этот перечень функций в сфере формирования социального здоровья молодых поколений можно назвать социализационной нормой, под которой подразумевается результат успешной социализации, предоставляющей возможность молодому индивиду воспроизводить общественные связи, социальные отношения, культурные ценности и обеспечивать их дальнейшее развитие [8]. Однако если учесть то, что передача норм и ценностей от поколения к поколению в нынешних трансформационных условиях развития

общества нарушена, становится широко распространенным явлением отклоняющаяся социализация и как ее следствие – повышенный уровень молодежной девиации и снижения уровня социального здоровья. Более того, данные процессы усугубляются тем, что семья как институциональный субъект, моделирующий социальное здоровье в процессе первичной социализации детей, не получает необходимой поддержки со стороны государства. Разрушаются морально-нравственные устои семьи, снижается ее ценность в формировании положительных типов самосохранительного поведения.

Следующим по значимости институциональным субъектом, формирующим социальное здоровье молодежи, является образование. Оно также переживает тяжелый период социальных реформ. Переход к Болонской системе образования не принес ожидаемых положительных результатов. На сегодняшний день перед образованием стоят задачи создания новой концепции образования, пересмотра учебно-методических программ обучения, улучшения материально-технической базы, выплаты зарплат преподавателям, адекватных их труду и современной экономической системе.

Современный вуз (впрочем, как и государственная молодежная политика в целом) не разработала собственную концепцию развития, сохранения и поддержания социального здоровья у молодежи, воспитания у молодого поколения осознанного отношения к собственному здоровью и соответствующих навыков для его поддержания и совершенствования.

На сегодняшний день все острее стоит проблема сложившейся учебной модели обучения, в основании которой лежит подгонка под общий усредненный уровень программы, не способствующий формированию творческой личности молодого специалиста, сохранению его социального здоровья.

По единодушному мнению экспертов, принявших участие в опросе, необходимость в дисциплине, обучающей здоровью, весьма очевидна, но

преподавать ее необходимо уже в начальной образовательной школе. Здесь стоит заметить, что мнение экспертов подтверждается данными исследования Российской ассоциации общественного здоровья, в ходе которого всеми участниками образовательного процесса было высказано мнение о предпочтительном возрасте начала обучения основам здоровья и знакомства с факторами, представляющими угрозу социальному здоровью детей, подростков и молодежи. Так, преподаватели и родители считают, что говорить об этом следует в 9-10 лет [9]. И для этого нужны специальные формы обучения (деловые игры, тренинговые занятия, дискуссии, тесты), позволяющие конструировать преподавание науки здоровья на иных принципах активного участия обучающегося в создании своего социального здоровья. Только в том случае, если ценность социального здоровья для успеха карьеры и жизни в целом станет очевидной, статус здоровья станет иметь престиж, – тогда будут формироваться здоровые поколения молодых россиян.

Роль следующего институционального субъекта – здравоохранения, моделирующего социальное здоровье российской молодежи, в его превентивном аспекте также оценивается отрицательно. Медицина в общем среднем и высшем профессиональном образовании руководствуется в своей работе приказами регламентирующего характера, направленными в основном на диспансеризацию и контроль существующих санитарно-гигиенических нормативов. Функция формирования мотивации к заботе о социальном здоровье у института здравоохранения в образовании практически отсутствует.

К сожалению, деятельность института здравоохранения нацелена преимущественно на лечение уже заболевших молодых людей, как, впрочем, и населения в целом. Здоровый человек институту здравоохранения не нужен и не представляет никакого практического интереса, т.к. на него институтом государства не выделяются финансовые средства.

Роль и состояние государства как важнейшего институционального субъекта, моделирующего социальное здоровье российской молодежи, проявляется тройным образом: во-первых, подготовкой и созданием различных правовых документов: постановлений, распоряжений, указов, законов; во-вторых, финансированием той или иной социальной отрасли, проекта, программы; в-третьих, реализацией (либо отсутствием реализации) практических мероприятий курса государственной политики.

Основной целью государственной молодежной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям молодого населения, передовым достижениям медицинской науки [10].

Региональная молодежная политика связана с системой мер, которые предпринимает конкретный регион (область) для достижения общественного благополучия: с одной стороны, она формирует цели развития регионального сообщества и показывает механизмы достижения этих целей, с другой – исправляет негативные социальные последствия в регионе, связанные с социально-экономической нестабильностью.

Молодежная политика в Ростовской области реализуется через конкретные социальные программы и мероприятия. Реализация основных направлений молодежной политики в Ростовском регионе осуществляется преимущественно путем разработки и исполнения краевых и местных молодежных программ, направленных на формирование здорового образа жизни и борьбу с негативными проявлениями в молодежной среде. Так, в 2012г. в рамках реализации национальной программы по охране здоровья были успешно проведены мероприятия по пропаганде ЗОЖ, а именно: «Ростовская область – территория здоровья», «Фокус. Здоровая нация». В этих мероприятиях приняло участие более 250 тысяч молодежи. Также в 2012г. разработана концепция антинаркотического мировоззрения, в

соответствии с которой, комитетом по молодежной политике летом 2012г. был реализован проект «Десант здоровья». Однако, несмотря на представленный перечень мероприятий со стороны органов власти, нужно признать, что государство и проводимая им политика в сфере социального здоровья молодежи, пока функционально малоэффективна. Это объясняется, во-первых, тем, что в этом перечне нет действий, направленных на кардинальное изменение отношения молодого человека к своему здоровью, что особенно необходимо в данных социально-экономических условиях. Во-вторых, неэффективность усилий молодежной политики обусловлена тем, что разрушена ценностная основа государства, алгоритм его функционирования стал неэффективным, а это, в свою очередь, способствует накоплению рисков в институциональных субъектах современного российского общества. В-третьих, проблемой в сфере социального здоровья является отсутствие государственной идеологии здоровья.

Современный исследователь А.А. Награльян, вслед за зарубежным ученым Кокерхамом, говорит о том, что значительная часть населения нашей страны сохраняет стереотипные (традиционно сформированные) ценностно-мотивационные установки, невзирая на радикальную трансформацию в социально-политической, культурной, экономической, медико-социальной, образовательной и других сферах жизни российского социума [11, 12]. Это является подоплекой низкой эффективности функционирования многих российских институциональных субъектов, которые не в состоянии удачно адаптироваться к инновационным условиям, поскольку лишены длительного опыта работы в условиях рыночной действительности.

Таким образом, проведенный анализ состояния таких основных институциональных субъектов, как государство, семья, образование, здравоохранение убеждает нас в том, что налицо институциональный кризис и институциональные деформации, которые проявляются в отрицательных показателях социального здоровья молодежи. И это вполне явственно прослеживается в следующих показателях:

- институт семьи претерпевает трансформацию, отмечается превышение смертности над рождаемостью, ухудшение психосоматического и социального здоровья молодого поколения [13];

- институт образования в целом не имеет сегодня концепции сохранения и развития социального здоровья молодежи;

- направленность деятельности института здравоохранения связана, главным образом, с выявлением уже имеющихся заболеваний и их последующим лечением, профилактика же, как повседневный вид работы с молодым поколением, отсутствует;

- государство, как важнейший институт, моделирующий здоровье молодежи, ограничивает свое участие в этой сфере созданием законодательной базы, в которой, вопреки новым экономическим условиям, продолжает доминировать взгляд на молодежь как на объект приложения лечебных технологий, а не субъект, отвечающий за формирование своего социального здоровья.

Следовательно, восстановление нормального состояния адаптивной и функциональной эффективности основных институциональных субъектов является приоритетным и сущностно необходимым условием формирования, сохранения и поддержания социального здоровья российской молодежи.

Литература:

1. Свечкарев В.П. Интеграция имитационных моделей при проведении исследований в гуманитарной сфере [Электронный ресурс] // «Инженерный вестник Дона», 2010, №3. – Режим доступа: <http://www.ivdon.ru/magazine/archive/n3y2010/213> (доступ свободный) – Загл. с экрана. – Яз. рус.
2. Мощенко И.Н. Психосемантическая феноменологическая модель групповой политической напряженности [Электронный ресурс] // «Инженерный вестник Дона», 2010, №1. – Режим доступа: <http://www.ivdon.ru/magazine/archive/n1e2010/173> (доступ свободный) – Загл. с экрана. – Яз. рус.

3. Ярская В.Н. Благотворительность и милосердие как социокультурные ценности [Текст] // Российский журнал социальной работы, 1995. №2. С.27 – 33.
4. Жапуев З.А. Социальный иммунитет российского общества: факторы влияния, критерии измерения и стратегии повышения: монография. [Текст] – М., 2013. – 210 с.
5. Верещагина А.В., Шахбанова М.М. Этнокультурная специфика демографического поведения дагестанской семьи [Текст] // Социологические исследования. – 2013. № 6. – С. 78 – 85.
6. Молодая семья в Ростовской области (по результатам социологического исследования). [Текст] – М.-Ростов н/Д: Социально-гуманитарные знания, 2011. С. 67.
7. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества [Текст] – М., 2006. – 238 с.
8. Ковалева А.И. Концепция социализации молодежи: нормы, отклонения, социализационная траектория [Текст] // Социологические исследования. – 2003. №1. – С. 109.
9. Кучма В.Р., Демина А.И., Демин А.К. Изучение влияния образа жизни на физическое развитие и состояние здоровья школьников [Текст] / Информированность о здоровье – основа здорового образа жизни. – М., 1997. – С. 149.
10. Гафиатулина Н.Х. Молодежная политика в сфере охраны здоровья: региональное измерение (на примере Ростовской области) [Текст] / Регионализация молодежной политики в России: история, опыт, практика. Сб. докладов по итогам Всероссийской науч.-практ. конф. (16-17 апр. 2013г.). – СПб., 2013. – С. 243 – 245.
11. Награльян А.А. Социокультурные корни традиционной ментальности россиян [Текст] // Власть. – 2012. №6. – С. 74.
12. Cockerham W. Health Lifestyles in Russia // Social Science and Medicine 2000, Vol. 51. – P. 312 – 325.

13. Dubos R. Mirage of health. – N.Y., 1959. – P. 175 – 208.