

УДК 316:61

## СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ В ГЕНДЕРНОМ ИЗМЕРЕНИИ (НА МАТЕРИАЛАХ ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА)

**Гафиатулина Наталья Халиловна**

кандидат социологических наук,  
доцент кафедры моделирования социальных процессов  
Южный федеральный университет  
344006, Ростов-на-Дону, ул. Большая Садовая, 105/42  
e-mail: gafiatulina@yandex.ru

Статья посвящена рассмотрению социального здоровья студенческой молодежи в контексте гендерного подхода. В настоящее время выводы о социальной обусловленности состояния здоровья, его гендерной дифференциации становятся общепризнанными. Однако в научной литературе пока еще мало публикаций, посвященных комплексному анализу гендерных аспектов социального здоровья студенческой молодежи, особенностей формирования гендерно обусловленных потребностей в социальном здоровье. В статье обобщены результаты авторских исследований «Социальное здоровье студенческой молодежи: гендерный анализ». Представлены аналитические материалы, посвященные общей характеристике социального здоровья молодежи и возможностям гендерного анализа политики в сфере здравоохранения. Статья позволяет получить достаточно полное представление о социальном здоровье российской студенческой молодежи с точки зрения теории и методологии гендерных исследований.

*Ключевые слова:* социальное здоровье; студенческая молодежь; гендерные дифференциации; гендерные стереотипы; показатели субъективного здоровья; Южный федеральный университет.

### Введение

Изучение здоровья студенческой молодежи в социальных и гуманитарных науках базируется на различных методологических подходах, которые позволяют с разных точек зрения оценить многообразие взглядов на его природу. При этом в современных научных исследованиях наблюдается возрастающий интерес к исследованию гендерных отношений и гендерной обусловленности здоровья, все большая заинтересованность в применении гендерного подхода к интеллектуальному осмыслению категории здоровья.

Сохранение и укрепление здоровья молодежи является приоритетной задачей в достижении ключевых целей государственной политики в сфере здравоохранения, заложенных в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г. Такая постановка задачи обусловлена тем, что на фоне социальной неопределенности, социально-экономической нестабильности, недостаточной безопасности среды обитания в нашей стране отмечается устойчивая

тенденция к ухудшению состояния здоровья молодежи.

Социологическое исследование социального здоровья российской студенческой молодежи имеет огромную практическую, медико-социальную и общественную значимость. Сегодняшней молодежи предстоит реализовать такие важнейшие социальные функции общества, как профессионально-трудовая, репродуктивная, интеллектуальная, социокультурная и нравственная. Российская студенческая молодежь, являясь специфической группой населения, весьма активно реагирует на любые процессы в современном обществе. А поскольку социальные трансформации, происходящие в российском социуме уже более 20 лет, значительно изменили социальное пространство и вместе с ним экономические, социально-стратификационные, культурно-национальные, идеологические и гендерные отношения, то закономерны на фоне данных трансформаций и изменения в картине социального здоровья молодежи.

В основании неравенства социального здоровья студенческой молодежи лежат преимущества

или, наоборот, лишения, связанные с распределением богатства, власти, престижа, т.е. с атрибутами социальной иерархии, разновидностью которой является гендерная иерархия.

В настоящее время четко обозначилась потребность в качественно новом освещении гендерных аспектов здоровья в связи с гендерно обусловленными потребностями в социальном здоровье российской студенческой молодежи. Объективные условия, влияющие на состояние социального здоровья современной студенческой молодежи, обуславливают необходимость создания механизма эффективного воздействия на гендерные процессы, связанные с оздоровлением нации и повышением ее духовного и физического потенциала.

Несмотря на острую практическую востребованность гендерных исследований в области социального здоровья студенческой молодежи современной России, число исследовательских работ этого направления незначительно. Поле исследовательской деятельности по данной проблематике является широким.

Таким образом, цель данной статьи — определение уровня социального здоровья в среде студенческой молодежи, выявление гендерных различий в механизмах формирования групп социального здоровья и в показателях социального здоровья молодежи.

### Обсуждение результатов

Объектом исследования были студенты Южного федерального университета, разделенные на две группы по половому признаку. Возрастные особенности данных групп колеблются в интервале от 17 до 22 лет.

Основной метод идентификации гендерной обусловленности социального здоровья — метод социологического исследования. Реализация исследования предполагает применение опросных методов — формализованного интервью или анкетирования студентов с последующим анализом заполненных анкет.

Прежде чем перейти к обсуждению эмпирических результатов исследований, уделим внимание теоретическому осмыслению рассматриваемой социально-демографической группы — студенческой молодежи.

Следует отметить, что студенческий период характеризуется изменением социального статуса, вхождением молодых людей в новую социальную роль. В определении студенческой молодежи можно выделить характеристики, отличаю-

щие ее от других групп: во-первых, возрастные границы; во-вторых, специфика социального статуса; в-третьих, ролевые функции и особенности гендерного поведения; в-четвертых, гендерная самоидентификация и самоопределение студенческой молодежи как социальной группы.

Студенческий возраст — особый жизненный этап, опосредующий переход молодого человека во взрослую жизнь. Для него характерно расширение круга межличностного взаимодействия и его интенсификация. Наиболее значимым для студенческой молодежи является неформальное общение, отражающееся на состоянии ее социального здоровья, поскольку это общение оптимизирует состояние психоэмоциональной сферы, выступает в качестве поддержки в сложных жизненных обстоятельствах.

Обратимся к категории «социальное здоровье» молодежи, которое сравнительно недавно вошло в научный оборот. В широком смысле под ним подразумевается влияние общественных (социальных факторов) на физическое, психическое и нравственное здоровье человека. Разнообразные социальные факторы оказывают как позитивное, так и негативное влияние на состояние здоровья молодого человека в целом.

Здоровье при этом понимается «не с точки зрения узких медико-биологических позиций, а шире, берется во внимание социальный и психологический контекст. Это подводит к важному разграничению между объективной и субъективной составляющими здоровья» [11, с. 104]. Объективный подход к здоровью предполагает оценку здоровья внешним наблюдателем (экспертом) в рамках специализированных медико-социальных обследований. А субъективный подход отражает ощущения, внутренние установки и мнения самого индивида.

Содержание категории социального здоровья включает, по мнению В.Н. Ярской, понятия социального комфорта, социальной безопасности, устойчивости социального статуса. При этом «система статусных характеристик социальной группы или отдельно взятого индивида охватывает параметры экономического, этнического, профессионального, образовательного, семейного, интеллектуального культурного и психологического укоренения человека в социум» [15, с. 28]. Понятие статуса в таком понимании по смыслу созвучно понятию статуса социального здоровья.

Роль социального здоровья, на наш взгляд, заключается в его регулирующей функции. Становясь мотивом поведения, оно может выражаться в

различных формах активности или пассивности студенческой молодежи. При соприкосновении с социумом происходит воспроизведение системы субъективных ощущений, которые указывают на определенную степень психофизиологической и социальной комфортности.

В целом понятие социального здоровья рассматривается социологами как состояние индивида, группы, общества, которые соответствуют норме с точки зрения основных статусных параметров, а именно: физического, психологического, духовного, социокультурного, социально-экономического. Благодаря устойчивости отдельных статусных характеристик личности, в результате действия интегрирующей и социализирующей функций можно судить о социальной норме личности, ее социальном здоровье и социальном самочувствии.

Социальное самочувствие характеризуется ощущением комфортности или дискомфорта в данной социальной среде и в конкретное время. Социальное самочувствие российской молодежи — это реально функционирующее сознание и поведение данной социально-демографической группы, в котором проявляется эмоционально-комфортная оценка индивидом, социальной группой «уровня удовлетворения социальных потребностей, а также своего положения в сравнении с другими индивидами, социальными группами...» [1, с. 56]. Иными словами, социальное самочувствие является субъективной стороной социального здоровья, поскольку включает в себя внутренние личностные переживания, личный и групповой опыт адаптации к новым условиям российской молодежи.

Характеризуя социальное самочувствие молодежи, известные российские социологи Ю.А. Зубок и В.И. Чупров отмечают, что «восприятие и оценка молодым человеком своей жизненной ситуации осуществляются им в рамках усвоенных социальных ценностей и норм в соотношении с жизненными идеалами, ожиданиями, планов на будущее и т.д. и этим предопределяют эмоциональный фон и волевой импульс, характеризующие самочувствие. В социальном плане индивидуальные самочувствия группируются в типичные социальные установки, обеспечивающие регуляцию социального поведения индивид и групп» [14, с. 422].

Как указывает Т.Ф. Маслова, позитивные результаты социального самочувствия анализируются в плоскости представлений о положительных эмоциях, детерминированных удовлетворенно-

стью различными аспектами жизни, в том числе уровнем доходов, учебной, семейной, общим состоянием социального здоровья [7].

Особенности социального здоровья студенческой молодежи определяются под влиянием гендерного фактора — гендерной специфики ценностных иерархий, влияния соответствующих социальных стереотипов и ролей. В ситуации нестабильности, неравенства доступа к различным социальным благам, когда ослабляются общие нормы, регулирующие поведение в сфере здоровья и призванные смягчать неравенство, действие этого фактора усиливается, гендерные различия выступают более четко.

Гендер — это важный фактор, определяющий здоровье, который вместе с социально-экономическими отношениями оказывает влияние на обеспечение здоровья на всех уровнях. К основным теориям гендера, которые приняты в современных социальных и гуманитарных науках, можно отнести теорию социального конструирования гендера, интерпретацию гендера как стратификационной категории и рассмотрение гендера в качестве культурного символа. Концепция социального конструирования гендера базируется на таких постулатах: 1) гендер строится посредством социализации; 2) гендер конструируется и самими людьми — на уровне их сознания (т.е. гендерной идентификации), принятия заданных обществом норм и ролей и подстраивания под них (в образе жизни, способах поведения и пр.).

Гендерное измерение основано на идее о том, что значимость имеют не физические или биологические различия между мужским и женским началом, а то социокультурное значение, которое социум придает данным различиям.

Гендерные различия молодежи в отношении к здоровью и характеристике социального здоровья складываются под воздействием целого ряда социокультурных факторов, а именно: социально-экономических, экологических, культурно-исторических, психосоциальных, поведенческих. Кроме того, по нашему мнению, на характеристику социального здоровья студенческой молодежи безусловное влияние оказывает гендерная социализация, которую можно определить как процесс усвоения норм, правил поведения, стереотипов и социальных установок в соответствии с культурными представлениями о роли, предназначении и положении мужчины и женщины в обществе.

Согласно Н.М. Римашевской, гендер выступает как важный структурный фактор, обуславливающий

здоровье, который при взаимодействии с такими детерминантами, как возраст, образование, семейное и материальное положение, род занятий, влияет на здоровье человека. «Он отражает материально-экономическое и символическое положение женщин и мужчин в социальной иерархии, их опыт, определяющий их жизнь. Асимметрии в положении женщин и мужчин проявляются не только в различной подверженности рискам для здоровья (например, уязвимость в отношении наследственных болезней), но также фундаментально — в их способности и возможности управлять собственной жизнью, справляясь с рисками, и влиять на сохранение и укрепление своего здоровья» [4, с. 20].

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 [2].

Ценностный компонент социального здоровья проявляется в сопоставлении имеющихся у молодежи знаний и представлений об обществе и о самом себе с собственными потребностями и интересами, непосредственно сопряжен с оценкой и самооценкой. Основная проблема здесь — в степени соответствия своих социальных и ценностных ориентаций с ценностной системой общества.

Мы полагаем, что именно в самооценке проявляется субъективный характер социального здоровья молодого человека, так как характер и уровень самооценки полностью зависят от способности человека объективно оценивать собственные действия, поступки и мысли. Самооценка, таким образом, выступает основанием и главным механизмом формирования субъективной стороны социального здоровья — социального самочувствия.

Говоря о гендерном аспекте ценностного компонента социального здоровья, важно заметить, что ценностные ориентации, с одной стороны, являются продуктом социализации юношей и девушек, т.е. освоения социокультурных традиций, нравственных, общественно-политических, эстетических идеалов и непреложных нормативных требований, предъявляемых обществом. С другой

стороны, ценностные ориентации в области социального здоровья, будучи отражением определяющих интересов юношей и девушек, выражают их субъективную социальную позицию. Формирование установки на социальное здоровье в общей системе ценностей означает становление личности молодого человека как активного субъекта социальной действительности. Именно она является основанием ценностного сознания юношей и девушек и влияет на их поведение. «Ценностные ориентации действуют как на уровне сознания, так и на уровне подсознания, определяя направленность волевых усилий, внимания, интеллекта» [5, с. 176].

В рамках гендерного подхода к осмыслению социального здоровья студенческой молодежи важно сказать и о гендерной культуре здоровья. Безусловно, гендерная культура социального здоровья, понимаемая как производная от общей социальной культуры, имеет исторический характер, реагирует на любые изменения в реальной действительности и обнаруживает, каким образом социокультурная традиция здоровья отражается в специфической области сосуществования и взаимодействия полов. Детерминированная конкретным социальным строем и национальными брачно-семейными традициями и обычаями, гендерная культура здоровья проявляется практически во всех сферах жизни социума: в духовной, психосоциальной, экономической, общественно-политической.

Мы можем рассуждать о двух полярных и в то же самое время сосуществующих вместе типов культуры социального здоровья — патриархального и эгалитарного типов, характерных и для населения в целом, и для молодежи Юга России в частности. Патриархальный тип культуры социального здоровья, базируясь на представлениях о половой дихотомии, выводит взаимодополняемые социополовые статусы и роли из «естественного» предназначения мужчины и женщины, рассматривая их не только в двойственной оппозиции, но и в иерархии. Эгалитарный тип социального здоровья, основываясь на идее социального равенства полов как вполне нормальном принципе построения отношений людей в обществе, рассматривает женщин и мужчин как равноправных субъектов всех сфер общественной жизнедеятельности, что нивелирует, убирает проблему поляризации гендерных характеристик.

Как указывают украинские исследователи А.Г. Петрученя и М.И. Воронка, социально-педагогические аспекты гендерной культуры

представлены большим диапазоном концептуальных теорий, которые можно разбить на три подхода [9]:

1) полоролевой подход, который выводит гендерные различия юношей и девушек из социальных ролей. Сторонники данного подхода раскрывают понятие «гендерная культура» в плоскости, обозначенной «общественными ожиданиями», «принадлежностью к определенному полу», «подготовкой к супружеской жизни». К примеру, она рассматривается как особый способ оформления личностью молодого человека своей жизнедеятельности, обусловленный ее стремлением к максимальной реализации своих сил и способностей как представителя определенного социального пола, что проявляется через выбор адекватной стратегии гендерной идентичности, усвоение норм, ценностей и правил полоролевого поведения в сфере социального здоровья;

2) гендерный подход, признающий социально и культурно структурируемый характер гендерных дифференциаций в отношении к здоровью, отраженных в гендерных стереотипах и воплощенных в гендерной культуре здоровья. В соответствии с таким подходом гендерная культура здоровья рассматривается как способ жизнедеятельности, отражающий бытующие в социуме установки, связанные с выполнением социополовых ролей, приписываемых индивидам определенного пола для воспроизведения гендерного порядка на основе преемственности. При этом она осознается как социально-исторический процесс, в котором молодой человек является не только творцом, но и продуктом и результатом культуры здоровья;

3) поло-дифференцированный базируется на том, что причины гендерных дифференциаций выводятся из половой дихотомии, различной биологической и социальной роли мужчин и женщин, которые рассматриваются как два отличных друг от друга психофизиологических и психосоциальных полюса. Половые различия классифицируются по генетическому, физическому, психологическому, социальному, когнитивному критериям и уровням коммуникации в области здоровья. Из половой специфичности выводится гендерное воспитание, понимаемое как воспитание социально здоровой и целостной личности юноши и девушки, способной к адекватной саморефлексии собственных психофизиологических и социальных особенностей в соответствии с существующими духовно-нравственными и социальными нормами и благодаря этому способной к установлению социально здоровых, приемлемых от-

ношений с индивидами своего и противоположного пола во всех сферах жизни, и сфера социального здоровья не составляет исключения.

Надо сказать, что гендерная спецификация пола проявляется довольно рано, однако ее порой не замечают. В этом, на наш взгляд, коренится главная причина не вполне удовлетворительного состояния здоровья детей и молодежи в совокупности всех его сторон: и физической, и психической, и социальной.

На очевидность гендерной обусловленности личностных самооценок здоровья указывают современные исследователи В.А. Медик и А.М. Осипов. Согласно результатам проведенных ими в Новгородском государственном университете исследований девушкам намного реже, нежели юношам, присуща полная удовлетворенность собственным состоянием здоровья. Так, 33 % юношей и только 21,5 % девушек оценивают здоровье как «хорошее». Но в отношении информированности о наличии хронических заболеваний девушки проявляют сравнительно лучшую информированность (20,3 %) по сравнению с юношами (9,8 % соответственно) [8].

В целом российская студенческая молодежь дает низкую оценку состоянию своего социального здоровья, причем оценка его у девушек ниже соответствующей у юношей (И.В. Журавлева, Е.В. Дмитриева, Л.С. Шилова).

Аналогичные данные мы находим и в других социологических исследованиях. Так, С.А. Суслин отмечает, что «в группе молодежи самооценка здоровья ниже у женщин, чем у мужчин. Так, только 1,1 % респонденток имеет отличное состояние здоровья против 9,5 % у мужчин. В то же время плохое здоровье у себя отмечает 8% опрошенных женщин до 29 лет, по сравнению с 2,4 % у мужчин того же возраста» [12, с. 39]. Приведенное распределение свидетельствует, что гендерные различия оказывают влияние на динамику самооценки здоровья респондентов.

По нашему мнению, наиболее простой в измерении и сложной при интерпретации является показатель из группы показателей субъективного здоровья — самооценка социального здоровья в целом. С середины прошлого века данный показатель измеряется посредством очень простого и понятного всем респондентам вопроса: «Как Вы в целом оцениваете свое здоровье?».

В рамках нашего социологического опроса среди студенческой молодежи Южного федерального университета (ЮФУ) с целью измерить уровень ее социального здоровья мы задали такой

вопрос: «Как Вы оцениваете состояние Вашего социального здоровья?».

Распределение ответов на этот вопрос по гендерному делению таково: как «очень хорошее» оценили состояние своего социального здоровья 13,1 % юношей и 12,5 % девушек. Считают его «хорошим» 37,8 % юношей и только 25,9 % девушек. Оценивают уровень своего социального здоровья как «среднее, не хорошее и не плохое» 47,9 % юношей-студентов и 56,3 % девушек-студенток соответственно. Плохим свое социальное здоровье считают 1,3 % юношей и 5,4 % девушек.

Исходя из анализа полученных данных, субъективные оценки здоровья четко отражают гендерную обусловленность социального здоровья.

В частности, юноши более оптимистичны в субъективной оценке своего здоровья, чем девушки: 48,5 % юношей называют состояние своего здоровья хорошим, а среди девушек так оценивают свое здоровье только 32,4 %. Более того, 56 % девушек считают, что состояние их здоровья удовлетворительное (не хорошее и не плохое), юношей таковых 36,8 %. Из это видно, что пессимистичная оценка собственного здоровья преобладает среди девушек.

Формы досуга учащейся молодежи также стали предметом нашего исследования. Досуговые самооценки также являются гендерно обусловленными. Так, девушкам реже, чем юношам, свойственна полная удовлетворенность своим отдыхом: 42,7 % юношей полагают, что отдыхают хорошо, доля девушек, дающих положительную оценку, меньше — 30,5 %.

Отмечены значимые различия в образе жизни юношей и девушек: девушки по сравнению с юношами реже занимаются спортом, бывают на свежем воздухе. Нами выявлено, что 42,7 % юношей и только 19,2 % девушек занимаются физической культурой и спортом регулярно. 48,5 % юношей занимаются в учебном заведении физической культурой, среди девушек этот показатель выше — 65,6 %. Однако 25,2 % юношей указывают, что занимаются и на других спортивных площадках, среди девушек таких только 7,9 %. Вероятно, этот факт можно интерпретировать полоролевыми стереотипами по отношению к физическому воспитанию. Для мужского пола оно имеет более важное значение в жизни (как символ силы, мужественности), нежели для женского пола. Возможно, по этой же причине 39,8 % юношей полагают, что занимались физическими упражнениями хорошо, среди девушек удельный

вес удовлетворенных своими физическими занятиями более чем вдвое ниже (18,1 %) [3].

Корреляция прослеживается между готовностью реализовать принципы ЗОЖ и половой принадлежностью. Причем 34,9 % юношей и только 18,8 % девушек утверждают, что «конечно, готов». Кроме того, 33,9 % юношей и 44,9 % девушек готовы воплотить здоровый образ жизни в реальную жизнь только частично. В качестве побудительной силы, направляющей на укрепление и сохранение здоровья, 36,8 % юношей указывают собственное заболевание, это на 12 % меньше, чем у девушек (48,3 %). При ответе на вопрос «Кто может мотивировать Вас на изменение поведения в отношении укрепления и сохранения здоровья?» 73,2 % девушек называют семью, юноши подобный ответ дают реже — 58,2 %.

Этот факт, вероятно, связан с более ранней первичной социализацией девушек по сравнению с юношами, более тесными семейными узами и несколько повышенной ответственностью за здоровье в случае его временной утраты. Другими словами, установка на здоровый образ жизни является гендерно обусловленной.

При анализе ответа на вопрос анкеты «Подрабатываете ли Вы?» обнаружено, что 44,7 % юношей эпизодически подрабатывают, а доля имеющих постоянную работу составляет 5,6 %. Соответственно 38,8 % юношей указали, что вовсе не имеют подработок, а удельный вес девушек, не подрабатывающих, составляет 78,8 %. Свыше 27 % юношей занимаются преимущественно физическим, обслуживающим трудом не по своей специальности, среди девушек таковых лишь 4,5 %. Данная ситуация во многом объясняется тем, что современное российское общество по-прежнему воспроизводит традиционные гендерные стереотипы. Особенности сложившегося регионального рынка труда, а именно ограниченный выбор занятости для молодых женщин, позволяет нам объяснить тот факт, что подрабатывающих девушек-студенток меньше, чем подрабатывающих юношей-студентов.

Юноши чаще, чем девушки, считают, что работу и учебу сочетать удается успешно (32,2 %), а доля девушек, разделяющих данную точку зрения, — 12,8 %. Кроме того, молодые люди готовы работать много во имя «хорошего заработка». Соответственно и тревожность за трудоустройство возрастает с 24,4 % в первые два года обучения до 44,4 % в последний год обучения.

Трудоустройство неизбежно влечет за собой для многих молодых людей изменение жизнен-

ных стереотипов, условий и интенсивности трудового и (или) образовательного процесса, режима и качества питания, иногда переезд на другое место жительства. Следствием всего вышеперечисленного будет необходимость в соответствующей адаптации к новым средовым факторам социально-гигиенического, психосоциального, экономического, климатического и иного характера. Все эти факторы не могут не отразиться на качестве социального здоровья студенческой молодежи.

Данная ситуация отражает состояние нашего общества на сегодняшний день, когда успех достигается за счет высокого уровня социально-экономической активности, что требует прежде всего хорошего здоровья. Если материальные возможности как гарант успеха ограничены, то инструментальная ценность здоровья как средства достижения других целей возрастает, что способствует большей эксплуатации здоровья [3].

В современном обществе первостепенное значение стало отводиться ответственности самого человека за собственное здоровье, т.е. поведенческому аспекту социального здоровья. Это объясняется тем, что в возникновении физического и социального неблагополучия наиболее важны устранимые субъективные факторы, элиминировав которые можно создать равновесие между социально-антропогенной средой и биологической структурой организма человека.

Одним из показателей, идентифицирующих поведение молодого человека, способствующее сохранению его социального и физического здоровья, является его медицинская активность. Впервые данная категория была описана Ю.П. Лисицыным в 1987 г. в рамках социально-гигиенической науки. Под медицинской активностью подразумевается активное отношение к здоровью, выполнение различных медико-социальных предписаний, социально-гигиенических норм и иных видов деятельности человека, групп населения, связанных со здоровьем. Согласно Ю.П. Лисицыну, социальное здоровье отражает определенное состояние общества, при котором каждому гражданину предоставлена возможность следовать здоровому образу жизни [6].

Главным условием медицинской активности является осознание молодым человеком непреходящей ценности здоровья, необходимости личного участия в его сохранении и укреплении еще до ухудшения самочувствия как физического, так и социального.

По нашим данным, большая часть студенческой молодежи (59,2 %) обращается к врачу 1–2 раза в год; 24,7 % — 1 раз в несколько лет; 11,6 % — 2–5 раз в год; 3,8 % — более 6 раз в год.

В сравнении с девушками, юноши гораздо реже обращаются к врачу. Частота обращений также достоверно снижается с возрастом: доля респондентов, обращающихся 1 раз в год, возрастает, доля же обратившихся 3–5 раз в год, напротив, уменьшается. Мы предполагаем, что за время обучения у студентов накапливается определенный уровень медико-социальных знаний, позволяющий зачастую определить тактику в отношении собственного самочувствия.

В качестве первой и основной причины невыполнения рекомендаций врача респонденты ЮФУ называют недостаток времени (43,8 %), мотивируя это тем, что в случае лечения необходимо пропускать занятия и затем их отрабатывать. Среди девушек этот мотив является доминантным. В качестве второй причины (27,9 %) указывается, что врачи делают много назначений и их лень выполнять. Отдельные респонденты считают, что «со временем само пройдет». Почти каждый пятый (19,5 %) не выполняет рекомендаций по причине недостатка средств. Причем девушки чаще, чем юноши, указывают на данную причину.

Кроме того, девушки-студентки чаще, чем юноши-студенты, указывают на плохое качество медицинского обслуживания, оказываемого в вузе, что также является фактором невнимательного отношения к своему социальному самочувствию и здоровью в целом.

Неудовлетворенность студенток медицинским обслуживанием имеет различные причины. Согласно эмпирическим исследованиям социологов, имеются четыре основные причины, вызывающие недовольство студентов медицинским обслуживанием:

- 1) недостаток медицинской аппаратуры и лекарственных средств;
- 2) отсутствие ряда узких специалистов-медиков и вспомогательного персонала;
- 3) большие очереди на прием к врачу;
- 4) грубое, нетактичное поведение некоторых врачей и среднего медицинского персонала [13].

Гендерные исследования различий «мужского» и «женского» когнитивных аспектов социального здоровья весьма разнородны и, как правило, также опираются на гендерные стереотипы, которые представляют собой упрощенный образ поведения мужчин и/или женщин. Данные стереотипы весьма устойчивы и проявляются во всех

сферах жизни человека: самосознании, в межличностном общении, межгрупповой интеракции и в социальном здоровье в том числе [10].

Согласно нашим опросам, женское социальное здоровье считается более ситуативным и изменчивым, что обусловлено изначальной зависимостью самочувствия девушек от эмоциональных контактов и межличностных взаимоотношений. Оценка психоэмоциональной сферы студентов показала наличие у них повышенного уровня тревожности. Более половины студентов обоих полов имеют как завышенную, так и заниженную самооценки.

Кроме того, интересным является бытующее в молодежном сообществе мнение, что забота о социальном здоровье — преимущественно женская проблема. Согласно гендерным стереотипам большинство юношей не проявляют большого интереса к социальному здоровью, более того, они не имеют четких представлений о нем, отдавая при этом предпочтение физическому здоровью, как символу мужественности. Ассоциаций, полученных в связи с понятием «социальное здоровье», больше у представительниц женского пола. Ответы на вопрос «Что такое социальное здоровье? Что вы под этим понятием понимаете?» у девушек более эмоциональны, объемны и зачастую связаны с конкретной ситуацией, в целом имеют четко выраженную ориентацию на ценности личного благополучия (любовь, семья, красота, хорошее самочувствие, удовольствие). Это отражает гендерные психологические особенности девушек. В представлении же юношей социальному здоровью приписываются так называемые активно-творческие характеристики (активность, уверенность в своих силах и в себе, возможность расти и развиваться социально).

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о достаточно высоком психоэмоциональном напряжении и социальном пессимизме со стороны женского пола, что в свою очередь не может не отразиться на качественных и количественных характеристиках воспроизводства населения.

В последние годы лишь каждая 7-я девушка (14,3 %) относится к своему будущему с оптимизмом, 43,7 % девушек отмечают обеспокоенность перспективами своей жизни. Причем в сравнении с юношами высокий процент обеспокоенных своим профессиональным будущим девушек отмечается во всех возрастных группах. Так, мы обнаружили, что существуют два стереотипа, касающиеся гендерных предпочтений рабо-

тодателя. Первый стереотип, распространенный в студенческой среде, говорит о том, что женская рабочая сила менее выгодна и более затратна. Во многом соответствующий стереотип основан на представлении о действующих сегодня правовых льготах и гарантиях работающим женщинам. Второй стереотип детерминирован существованием представлений работодателя о специфически «мужских» и специфически «женских» профессиях. При этом 47,2 % респондентов ЮФУ искренне убеждены в том, что подобная дифференциация предопределена самой природой. Девушки полагают, что традиционно за ними закрепляются вопросы, связанные с образованием, культурой и здравоохранением. Их доля по разным оценкам в данных отраслях колеблется от 67 % до 80 %. Как свидетельствует наше исследование, именно девушки-студентки не имеют особых иллюзий и не питают надежд в отношении своего будущего. Таковых в Южном федеральном университете 37,3 %, у юношей этот показатель несколько выше — 43,7 %, что в свою очередь влияет на фон социального самочувствия и отражается на социальной стороне здоровья.

При этом удельный вес девушек, практически удовлетворенных своей настоящей жизнью и оценивающих свое социальное здоровье как благополучное, совсем невелик (3,7 %), а каждая третья испытывает субъективное ощущение неудовлетворенности и социального неблагополучия. Здесь важно отметить, что согласно материалам проведенного нами анкетирования среди студенческой молодежи ЮФУ такая неудовлетворенность своей настоящей жизнью, ощущение социального неблагополучия связаны, в первую очередь, с материальными и психосоциальными проблемами, с учебой в вузе, взаимоотношениями в семье, ощущением одиночества. Среди молодежи, неудовлетворенной своей жизнью и состоянием здоровья, можно отметить преобладание отрицательных характеристик социального здоровья среди девушек-первокурсниц, по сравнению со студентками старших курсов.

Одним из факторов риска негативного воздействия на здоровье студенческой молодежи Южного федерального университета являются неблагоприятные условия обучения, обусловленные увеличением аудиторной учебной нагрузки. Увеличение обусловлено рядом причин организационного характера: длительными переездами с факультета на факультет, «окнами» между занятиями, неравномерным распределением учебной нагрузки по дням недели, кроме того, максимальная

часть нагрузки включает самостоятельную работу во внеаудиторное время. Согласно опросам загруженность студентов самостоятельной работой доходит до 6–7 часов. Как показали опросы, около 44,7 % студентов считают учебную нагрузку весьма высокой. В конце учебного дня у 56,9 % респондентов отмечается ухудшение социального самочувствия. Одновременно по окончании учебной недели у 69 % студентов выявлены стойкие изменения в социальном поведении: 32,6 % юношей стали агрессивными, 24,3 % девушек — более ранимыми и чувствительными, 16,9 % — более спокойными, а 17,1 % — безразличными ко всему.

Кроме того, труд студенческой молодежи сопровождается стрессовыми ситуациями во время сдачи зачетов и экзаменов, что может оказывать отрицательное влияние на психосоциальное и соматическое здоровье молодежи.

Издержки в организации учебной деятельности студентов в условиях глобального роста профессиональной информации, подлежащей усвоению, существенно сказываются и на образе жизни студенческой молодежи.

Мы полагаем, что нынешние социально-экономические условия, к сожалению, отнюдь не способствуют обеспечению благоприятных условий для здорового образа жизни, что затрудняет реализацию программы управления здоровьем молодежи через образ жизни путем внедрения новых технологий обучения.

По результатам нашего исследования показатели заболеваемости имеют гендерные различия: заболеваемость студенток несколько выше, чем студентов, что согласуется с данными и других авторов.

Особенно очевидны гендерные различия в механизмах формирования групп социального здоровья при анализе осознаваемого социального благополучия.

В результате нашего социологического исследования мы выделили 4 группы респондентов, различающихся социальным здоровьем и обнаруживающих живучесть гендерных стереотипов.

Первая группа — студенты-«позитивисты». Важно отметить, что среди этой группы студентов ЮФУ значительно преобладают юноши-старшекурсники, уже где-то трудоустроившиеся и совмещающие обучение в вузе и работу.

Стоит отметить, что студенты данной группы в целом показали хорошую степень адаптированности к обучению в университете (необходимость поиска информации, самостоятельность и др.),

для них не представляет сложности разумно распределять свое время (сочетать учебное, рабочее и свободное время). Большая часть девушек-студенток, отнесенных нами к первой группе, считают, что нагрузка в вузе незначительно отличается от нагрузки в школе. Кроме того, студентов этой группы в меньшей степени беспокоят материально-жилищные проблемы, поскольку в основной своей массе они являются местными.

Представители этой группы дают оптимистичные оценки социального здоровья и его перспектив, надеются в большей степени на себя. От окружения ожидают «создания условий» и «невмешательства» в практику личного социального оздоровления. Их ценностные ориентации обычно строятся на достижении финансового благополучия и закреплении определенного социального статуса. Это выражается, например, в таких словах: «молодежи необходимы гарантии в безопасности, а со всем остальным она сможет справиться самостоятельно», «надо создавать условия для зарабатывания денег молодежью — и социальное здоровье станет улучшаться автоматически», «если человек “будет крутиться”, то он всегда будет хорошо себя чувствовать», «надо ставить реальные цели и добиваться их».

Такие высказывания дают нам все основания утверждать, что молодые люди в настоящее время практически склонны полагаться не на везение, удачу или благосклонность судьбы в достижении высокого уровня здоровья, а больше — на самих себя и свои собственные силы. Хотя эти высказывания, по нашему мнению, свидетельствуют о потребительском отношении к здоровью, его инструментальной, а не фундаментальной ценности.

Вторая группа — «пессимисты». Представители этой группы пессимистично оценивают свое социальное здоровье и положение в обществе в целом, считая, что вряд ли что-либо изменится благодаря их собственным усилиям. Они надеются «на приемлемые физкультурно-оздоровительные мероприятия», на «изменение молодежной политики в сфере здравоохранения». Иными словами, студенческая молодежь данной группы ориентирована на воздействие извне, у нее преобладает пассивное начало, что демонстрирует стереотип фемининности. «Фемининность рассматривается как “пассивно-репродуктивное начало”, проявляющееся в экспрессивных личностных характеристиках, таких как зависимость, заботливость, тревожность, низкая самооценка, эмоциональность» [10, с. 143].

Поэтому среди представителей данной группы значительное место принадлежит девушкам, причем выявлена характерная особенность возрастного критерия, иными словами, количество девушек-старшекурсниц преобладает над количеством девушек младших курсов.

Кроме того, представители этой группы гораздо менее адаптированы к особенностям обучения в ЮФУ. Высока доля девушек-студенток, полагающих, что нагрузка при обучении в данном вузе выше, чем в других учебных заведениях. Значительные трудности они испытывают в распределении и сочетании учебного и свободного времени. В этой группе много приезжих студентов, живущих в общежитиях ЮФУ или снимающих комнаты (квартиры), и вполне понятно и закономерно, что представителей группы «пессимистов» чаще беспокоят жилищные и материальные проблемы. В социальном взаимодействии с однокурсниками и преподавателями испытывают затруднения в общении около 32,5 % респондентов, что, согласно нашим представлениям, также свидетельствует о невысоком уровне социального здоровья.

Третья группа — «равнодушные». Представители этой группы отличаются индифферентными взглядами на социальное самочувствие, они мало интересуются состоянием своего здоровья. Для них главным является наличие источника средств к существованию, а при каком социальном здоровье — это для них не столь важно. Интересно, что у представителей обозначенной группы обнаружены минимальные социальные запросы, личные амбиции и устремления также сведены до минимума. Это прослеживается, к примеру, в таких выражениях: «зачем что-либо улучшать, если и без этого я чувствую себя хорошо», «если природой дано хорошее или плохое здоровье, то уже ничего не изменишь», «можно жить с любым уровнем здоровья, главное — чтобы было чем питаться и что одевать».

Что касается уровня адаптированности в академической среде ЮФУ, то у представителей этой группы выявлен средний уровень адаптации к процессу обучения. Студентов этой группы особенно не беспокоят материальные и жилищные проблемы, поскольку они не мешают учебе, не влияют на их настроения и самочувствие в целом.

В этой группе гендерные различия мало представлены, поскольку выявлено примерно одинаковое количество респондентов обоих полов.

Четвертая группа — «маргиналы». Представителей данной группы характеризует то, что они не выработали четкой оценки собственного социального здоровья и ценностных ориентаций в этой области, у них обнаруживаются противоположные установки в восприятии социального здоровья и социального самочувствия. На этот факт указывают, например, фразы: «сильная молодежная политика и власть» и «свобода выбора образа жизни», «право на личное самоопределение» и «отстаивание интересов здоровья». С одной стороны, этих молодых людей не очень устраивает состояние их социального здоровья, но, с другой стороны, они не могут четко и обоснованно указать, что бы они хотели для оптимизации своего самочувствия. Их ценностные ориентации направлены на ожидание внезапной «удачи», когда все проблемы решатся сами собой и всем будет хорошо. Можно сказать, что своеобразный юношеский инфантилизм определяет их убеждения и поведение. Например, примечательно высказывание: «хорошо было бы, если бы мои права защищались, мое социальное здоровье укрепляли, я бы мог многое получить, и на мне бы это никак не отразилось».

Основной состав этой группы — студенческая молодежь ЮФУ первых и вторых курсов в возрасте от 17 до 20 лет, причем удельный вес юношей несколько выше, чем девушек.

У представителей четвертой группы мы обнаружили низкий уровень адаптации, они не могут приспособиться к требованиям преподавателей ЮФУ, трудность для них составляет освоение правил обучения на факультете. Студенты данной группы не всегда знают, к кому обратиться за помощью по тому или иному вопросу, и не могут рационально сочетать учебное и свободное время.

Таким образом, оснований для неблагоприятного социального самочувствия, на наш взгляд, у современной молодежи более чем достаточно: это прежде всего материальное благополучие, получение достойного образования и, как следствие, устройство на подходящую работу, оказание квалифицированной социальной, юридической и медицинской помощи.

### Выводы исследования

Проведенное социологическое исследование подтвердило важность дальнейшего изучения социального здоровья студенческой молодежи с позиций гендерного подхода.

На основании проведенного в 2012 г. социологического исследования на базе Южного

федерального университета и анализа полученных данных можно сделать следующие выводы:

1. Обучение в вузе способствует изменению субъективного самочувствия и социального здоровья в среде студенческой молодежи. Наиболее высокое психоэмоциональное напряжение и социальный пессимизм отмечаются у девушек-студенток.

2. Более половины обследуемой студенческой молодежи (юношей и девушек) имеют в целом удовлетворительное социальное здоровье. Но по мере обучения от 1 к 4 курсу наблюдается снижение количества юношей с хорошим социальным самочувствием и высокой активностью.

3. Согласно результатам проведенного нами эмпирического исследования показатели заболеваемости имеют гендерные дифференциации: заболеваемость девушек-студенток несколько выше, чем юношей-студентов.

4. У большей части студенческой молодежи преобладающие позиции занимают пессимистическое социальное самочувствие в различных вариациях, что в целом свидетельствует о тенденции к негативному состоянию социального здоровья. Причем девушки по сравнению с юношами более пессимистичны в своих оценках, а юноши более оптимистичны в субъективной оценке своего здоровья.

5. Значительная часть юношей-студентов имеют средний уровень тревоги с тенденцией к низкому. В процессе учебной деятельности отмечается увеличение количества лиц с высоким уровнем тревоги. Около половины опрошенных девушек-студенток в начале и конце обучения в вузе имеют средний уровень тревоги с тенденцией к высокому.

6. По итогам социологического опроса нами выделены 4 группы респондентов, имеющих различия между собой по уровню социального здоровья и обнаруживающих живучесть гендерных стереотипов. В частности, мы обозначили данные группы как «позитивисты», «пессимисты», «равнодушные» и «маргиналы».

7. Социальное здоровье студенческой молодежи во многом определяется состоянием ее эмоциональной сферы и гендерно-личностными установками.

Данные проведенных исследований в ЮФУ, конечно, являются несколько обобщенными, но, с нашей точки зрения, они могут наметить общие перспективы формирования и оптимизации социального здоровья не только студенческой моло-

дежи, как особой социально-демографической группы, но и населения России в целом.

В заключение хотим отметить, что эмпирические исследования социального здоровья молодежи в рамках гендерного подхода имеют большое прикладное значение и существенно дополняют имеющиеся знания по многим аспектам социальной жизни.

На данном этапе наиболее остро встают вопросы защиты интересов российской студенческой молодежи как в формировании, сохранении ее социального здоровья, так и в обеспечении качества жизни. При этом пристальное внимание должно быть уделено девушкам, поскольку им принадлежит ведущая роль в формировании здоровья будущих поколений населения России.

### Список литературы

1. Бурко В.А. Интерпретация показателя «социальное самочувствие» // Общество и социология: новые реалии и новые идеи: тез. Первого Всерос. социол. конгресса. СПб., 2000. С. 54–59.
2. Гафиатулина Н.Х. 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 международным участием, 1–2 декабря 2010 г. М.: МГПУ, 2010. С. 25–32.
3. Гафиатулина Н.Х. Здоровье как ценность в среде учащейся молодежи: монография / РАС ЮРГУЭС. Ростов н/Д, 2009. 166 с.
4. *Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении* / под общ. ред. Н.М. Римашевской. М.: Агентство «Социальный проект», 2007. 240 с.
5. Кравченко Л.А., Исаева Л. А. Гендерная специфика ценностных ориентаций и мотивационных установок в сфере занятости (региональный аспект) // Социально-гуманитарные знания. 2008. № 8. С. 174–184.
6. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения. М.: НПО «Медикосервис», 1999. 698 с.
7. Маслова Т.Ф. Социальное самочувствие как показатель социокультурной интеграции // Социальное самочувствие населения в современной России: тез. Всерос. науч.-практ. конф. Ростов н/Д, 2010. С. 131–134.
8. Медик В.А., Осипов А.М. «Университетское студенчество». Образ жизни и здоровье. М.: Логос, 2005. 200 с.
9. Петрученя А.Г., Воронка М.И. Формирование гендерной культуры личности как задача непрерывного образования в условиях демократизации общества в Украине // Известия на съезда на

- учените – Сливен: нац. конференция с международным участием «Образовательни технологии 2013». София: ИПФ – Сливен. 2013. Т. 24. С. 93–97.
10. *Практикум по гендерной психологии* / под ред. И.К. Клециной. СПб.: Питер, 2003. 479 с.
  11. *Рамонов А.В.* Анализ статуса здоровья населения России с использованием интегральных показателей // Социологические исследования. 2012. № 3. С. 104–115.
  12. *Суслин С.А.* Здоровье сельского населения: некоторые социологические перспективы // Бюллетень Российской академии медицинских наук. 2004. № 5. С. 34–42.
  13. *Шереги Ф.Э.* Социология образования: прикладные исследования. М., 2007. 427 с.
  14. *Энциклопедический словарь. Социология молодежи* / отв. ред. Ю.А. Зубок, В.И. Чупров. М., 2008. 610 с.
  15. *Ярская В.Н.* Благотворительность и милосердие как социокультурные ценности // Российский журнал социальной работы. 1995. № 2. С. 27–33.
- 

SOCIAL HEALTH OF STUDENT'S YOUTH IN GENDER DIMENSION  
(ON THE MATERIALS OF THE SOUTH FEDERAL UNIVERSITY)  
*Natalia K. Gafiatulina*

*Southern Federal University; 105/42, Bolshaya Sadovaya str., Rostov-on-Don, 344006, Russia*

This article is devoted to social health of student's youth in the context of gender's approach. At present time the conclusions of social state of health and about its gender differentiation become universally recognized. But in the scientific bibliography there are not enough publications dealing with general analysis of gender aspects of social health, peculiarities of the formation of gender-related needs in the social health.

The article sums up results of the authors research «Social health of student's youth: analyze of gender». The publication presents analytical materials relating to general characteristic of the social health of youth and possibilities for gender analysis of the politics in health sector. The article gives quite a full view of the social health of Russian student's youth from theory and methodology gender perspective.

*Key words:* social health; student's youth; gender differentiation; gender stereotypes; indicators of subjective health; South Federal University.