

А.А. Сидорин

СОЦИАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ: ДЕЯТЕЛЬНОСТНО-АКТИВИСТСКИЙ ПОДХОД

В статье рассматриваются проблемы формирования ценности здоровья у молодых людей, которые довольно рано включаются в деструктивные практики (табакокурение, потребление алкоголя, наркотиков), приводящих к разрушению здоровья. При этом их последствия осознаются, но не корректируются. В основу исследования положен деятельностно-активистский подход. Представлено описание двух эмпирических исследований: первое построено на базе группового опроса учащейся молодежи, второе — на глубинных интервью. Полученные данные рассматриваются через призму социальных механизмов. Делается вывод, что здоровье молодежи разрушается не только за счет социальных сил, но и за счет снижения уровня морального духа, который трактуется как основа понимания молодым человеком ценности собственного здоровья.

Ключевые слова: социальный механизм, здоровье молодежи, девиация, деятельностно-активистский подход, социальные институты, моральных дух.

Введение

Образ жизни играет центральную роль в формировании ценности здоровья молодежи. По данным Всемирной организации здравоохранения, фактору «индивидуальный образ жизни» отводится более высокая оценка значимости (55%), чем таким факторам, как уровень здравоохранения (15%), экология (20%), генетика (25%). В социологии здоровья «образ жизни» определяется как совокупность взаимосвязанных форм деятельности (Лебедева-Несевря 2011). Прежде всего, в него включены такие формы деятельности, как трудовая активность, образовательные стратегии, ведение домашнего хозяйства, мобильность (как горизонтальная, так и вертикальная), наличие форм девиации. Все эти формы деятельности воспроизводятся людьми на уровне повседневной рутинной деятельности и являются в значительной степени личным выбором каждого отдельно взятого индивида. Свобода выбора открывает перед людьми новые возможности, связанные с принятием на себя ответственности за свое здоровье и благополучие.

Человек имеет возможность управлять своим образом жизни: избегать негативных факторов и прибегать к позитивным практикам сохранения своего здоровья.

Подобная модель здоровья является приоритетной для многих обществ. Современное российское общество находится в процессе осознания возможностей индивидуального, разумного выбора, связанного с моделью здорового образа жизни.

Данный процесс связан с такими глобальными явлениями, как индустриализация и модернизация. Так, появление крупных городов вызвало необходимость поддержания городских жителей в трудоспособном состоянии. По данным исследований, до появления крупных городов здоровье людей в большей мере зависело от внешних факторов. В доаграрных обществах болезни были связаны с катаклизмами и рисками на охоте. В аграрных обществах главную роль играли риски, связанные с пандемиями и другими формами инфекционных заболеваний. В наше время риски связаны в первую очередь с психосоматическими заболеваниями, составляющими 50–75% всех болезней (Безруких 2011). Психосоматические расстройства, в первую очередь, обусловлены неправильным «образом жизни», что указывает на двойную противоречивость данной категории. С одной стороны, «образ жизни» — это уровень свободного выбора индивида, с другой — «образ жизни» в современных городских условиях наполнен негативными факторами, разрушающими здоровье людей.

Данное противоречие является одним из актуальных вызовов, стоящих перед системой здравоохранения и государством в целом, который мы рассмотрим на примере изучения ценности здоровья молодых людей.

Ценность здоровья молодежи, как правило, описывается социологами в качестве инструмента для достижения жизненных планов. Однако молодые люди стремятся к достижению определенного уровня социального благополучия, не принимая в расчет потенциал своего здоровья. Данная характерная черта поведения молодых людей соотносится с обстоятельствами внешнего воздействия. В частности, в исследованиях А.А. Ковалевой отмечается существование объективных, внешних факторов, таких как социальные, экономические, культурные условия жизни (Ковалева 2010: 3). Молодой человек, попав в определенную среду с момента своего рождения, не имеет возможности выбрать другие условия проживания. Затем объективные условия вступают в противоречие с личностными качествами индивида (пол, возраст, раса). Из этого противоречия объективных и личност-

ных качеств индивида возникает определенный тип поведения, который с высокой долей вероятности будет воспроизводить аналогичные типы поведения, сложившиеся у людей, находящихся в близком окружении. Объективные факторы довлеют над людьми, принуждая их к определенному образу жизни.

Ценность здоровья как уровень определенного накопленного (не) здоровья у молодого человека, а также его отношение к собственному здоровью формируются под влиянием данных объективных сил. В первую очередь сюда входят семья, образование и первичная группа (друзья, знакомые). На более высоком уровне формирования ценности здоровья большую роль играет воздействие пронизывающей все институты социально-политической атмосферы в стране.

Объективные факторы, влияющие на здоровье молодежи, чаще описываются через негативные тенденции, присущие российскому обществу: а) кризис 1990-х годов, вызвавший сильные социально-психологические потрясения и усиливший распространение девиантных форм поведения; б) демографическая «яма» как показатель того, что в социальной среде российского общества существуют негативные условия для выстраивания ответственного поведения за свое здоровье у всех групп населения, и особенно у молодежи (напомним, что ожидаемая продолжительность жизни мужчин на 11 лет ниже, чем женщин).

Характеристики популяционного уровня здоровья российского общества соотносятся с поведенческими аспектами здоровья населения, которые являются непосредственным элементом образа жизни. Существуют общепринятые представления о том, что бедные живут в условиях большей социальной незащищенности и имеют низкий уровень доступа к разного рода ресурсам, в то время как богатые обладают всеми необходимыми условиями для поддержания образа жизни, который можно назвать здоровым. Социальные условия включают в себя определенные характеристики жилища (жизненного комфорта), образования, окружающей среды. В соответствии с ними Кури выстраивает логику своего исследования (Currie et al. 2004). Автор отмечает наиболее высокий уровень интеграции ценности здоровья как генеральный тренд, включающий социально-экономические, культурные и экологические условия жизни. Такого рода условия распадутся на подгруппы и состоят из трудовых условий, качества питания и воды, жилья, образования, медицины. Данные факторы зависят от социальной сети, в которую погружены акторы, а сеть в свою очередь строится на индивидуальных жизненных факторах. Эту модель

структурных детерминант Кури сопоставляет с такими качествами актора, как пол, этничность, возраст.

Как правило, в более бедной среде, в рамках такого рода схем, люди являются подверженными множеству деструктивных форм поведения: пассивный образ жизни, курение, алкоголь, наркотики, низкий уровень питания. Соответственно, если молодой человек родился в бедной социальной среде, то, скорее всего, он будет вести деструктивный образ жизни. Это происходит в связи с низким уровнем осознания ценности здоровья. О данной проблеме пишут практически все исследователи здоровья молодежи. «В молодежной среде недооценка возможностей самооздоровления средствами физической культуры» (Малоземов 2005). «Студенты воспринимают здоровье на уровне физического благополучия и основным условием его сохранения считают отказ от вредных привычек. Однако в их сознании еще не сформировано отношение к здоровью как главной ценности» (Козина 2007). «В сознании большинства наших респондентов основными факторами, определяющими состояние их личного здоровья, являются внешние, т.е. объективные факторы — условия жизни, наследственность. Пагубная роль в ухудшении здоровья человека субъективных факторов, таких как табакокурение, чрезмерное употребление алкоголя, наркомания студентами недооценивается» (Ивахненко 2007). Другими словами, признается то, что молодежь понимает значимость ценности здоровья, но на практике о нем не заботится.

Мы не совсем согласны с выводами, которые делают авторы вышеназванных работ, объясняя причины отношения молодежи к своему здоровью. Констатация того факта, что молодежь не осознает ценность здоровья и не заботится о нем, что в свою очередь связано с социально-политическими аспектами социальной среды российского общества, не объясняет, как молодым людям, несмотря на все данные обстоятельства, удается преодолеть сложившуюся ситуацию и сохранить свое здоровье.

Методология

Изучение трудов по современной социологической теории привело нас к соображениям о том, что отдельные исследователи, обращаясь к анализу ценности здоровья молодежи, руководствуются логикой структурного функционализма. Социальные условия рассматриваются с точки зрения заданных социальных структур, существующих вне

воли людей, живущих в том или ином обществе. Получается, что человек попадает в «железную клетку» социальных структур, выбраться из которой (изменить свою жизнь) он не может.

Другое направление социологической науки связано с логикой понимающей социологии. В рамках данной парадигмы социальная реальность рассматривается как нечто уникальное и неповторимое. Событие, свершившееся в мире, происходит только один раз. Человеческие существа таким образом рассматриваются как уникальные и способные оказывать влияние на окружающий мир, подчиняя его своей мотивации, соответственно изменяя обстоятельства (что в рамках структурного функционализма преодолеть невозможно).

Структурный функционализм в своих выводах делает акцент на ограничениях человеческой деятельности, в то время как понимающая социология обращает больше внимания на познавательные возможности и способности людей.

Однако, делая акцент на понимании ограничений, авторы ничего не говорят о том, каким образом у людей возникает способность их преодолевать.

Разрешить дилемму помогает деятельностно-активистский подход. Данный подход является некоей парадигмой, которая задает вектор исследования. Его использовали такие социологи, как Э. Гидденс, П. Бурдьё, М. Арчер, П. Штомпка.

В российской социологии деятельностно-активистский подход как направление исследований был разработан В.А. Ядовым, который детально представил его в своей книге (Ядов 2010). Основная идея данного подхода состоит в том, чтобы объединить структурный функционализм и понимающую социологию. Для этого в социологическую теорию включается априорное положение, которое звучит следующим образом: «Люди сами творят свою судьбу, но при обстоятельствах, которые они сами себе не выбирали». Благодаря этой формуле два классических социологических подхода не противопоставляются друг другу, а наоборот — объединяются и в какой-то степени задают вектор анализа эмпирических данных.

Основное положение деятельностно-активистского подхода состоит в том, что люди являются компетентными деятелями, они осознают причины своих действий и при необходимости могут их проговорить. В своей повседневной жизни акторы сталкиваются с разного рода жизненными обстоятельствами, ограничивающими их жизнь, но благодаря тому, насколько они компетентны (а иногда и везучи),

они могут преодолевать те или иные обстоятельства, навязанные различными социальными силами.

Можно представить, что молодой человек может начать потреблять вредные вещества, при этом стать зависимым от них и в конце концов превратиться в алкоголика или наркомана, тотально разрушив свое психическое и физическое здоровье. С точки зрения деятельностно-активистского подхода данный молодой человек не смог преодолеть обстоятельства деструктивного образа жизни. Причины этого, например — бедная семья, ведущая нездоровый образ жизни, девиантные друзья, слабая школа. Стоит отметить, что сам молодой человек в такой ситуации может и не осознавать проблему. То есть для него образ жизни, связанный с вредными привычками, может быть вполне естественным и приемлемым.

С точки зрения государства и всего общества в целом, такой человек будет считаться «проблематичным» — тем, кого нужно изолировать, отправить в определенное место, где проводят лечение с подобными людьми. Скорее всего, этот конкретный человек уже не сможет быть полезен окружающим, он станет безработным и будет кормиться за счет других, тратить деньги близких на вредные вещества и нарушать психологический климат семьи.

Чтобы понять, каким образом люди справляются с проблемой деструктивного поведения, сосредоточимся на исследовании момента взаимодействия людей в момент соприсутствия. Но не просто любого взаимодействия, а такого, когда у молодого человека возникает «проблема», то есть опасность попасть в зависимость от вредных привычек. Данное положение является ключевым, определяющим «жизненную веху» на пути молодого человека.

Для более точного обозначения такого рода «переломного момента» мы нашли подходящий термин — «социальный механизм», который отражает процесс интеграции, вовлечения молодого человека в тот или иной образ жизни, внося вклад в его ценность здоровья (Парсонс 2002).

Как правило, впервые молодые люди сталкиваются с проблемой потребления вредных веществ в старших классах. По данным, которые были получены в ходе исследовании Кури, большое количество молодых людей начинают злоупотреблять курением к 15 годам (около 62%) и употреблять алкоголь (примерно 29%) во всех исследуемых странах. Во многом это связано с природой молодости и человеческого существования, что выходит далеко за рамки нашего исследования.

Молодость характеризуется как время, когда молодые люди стремятся попробовать все новое, не думая о последствиях своих действий.

Социальный механизм формирует ценность здоровья у молодого человека каждый раз, когда он попадает в момент навязывания ему со стороны другого человека возможности потребить вредные вещества или даже когда он сам лично стремится к их потреблению. Понять логику социального механизма в его динамике крайне сложно, так как эффект его действия нам является *post factum* и соотносится с множеством его компонентов. Важно понять, как он функционирует в разных социальных контекстах.

Результат взаимодействия открывает наблюдателю форму, которую социальный механизм уже интегрировал, оказав определенное воздействие на ценность здоровья молодого человека. Подобный процесс может быть произведен не только в момент личного контакта молодого человека с другим молодым человеком, но и при его наблюдении за поведением другого. Пример подобного рода социального механизма может быть следующий: молодой человек, наблюдая, как его родители употребляют вредные вещества, может решить тоже их попробовать или, напротив, решить никогда их не пробовать. Этот момент взаимодействия ребенка с родителями мы относим к социальному механизму. Так что мы делаем вывод, что социальный механизм может не только привести как к разрушению ценности здоровья молодого человека, но и наоборот — стать ресурсом сохранения здоровья.

Эмпирические исследования: методы

Для понимания того, каким образом мы пришли к выводам нашего исследования, остановимся на специфике методов сбора и обработки эмпирических данных, которые были использованы в данном проекте.

На начальном этапе совместно с автором данной технологии Г.И. Саганенко, была разработана анкета «Моя жизнь, мое здоровье, здоровье близких», построенная на системе открытых вопросов. В анкету вошло тридцать вопросов, расположенных на одном листе формата А4. В соответствии с названием структура анкеты поделена на три блока: вопросы, касающиеся ценности здоровья; факторы, влияющие на здоровье молодого человека; описание здоровья близких.

Специфика анкеты, построенной на открытых вопросах, состоит в том, что при ее заполнении респондент «вынужден сам

“концептуализировать” объект исследования и свои неявные представления переводить в актуальную информацию» (Саганенко 1998). Данное положение является для нас ключевым.

Анализируя полученные высказывания, мы пытались определить, каким образом можно понять то, что респонденты нам отвечают. Если проводить «сплошной» анализ, то есть делать классификацию, строить таблицы, описывать отдельные высказывания, то в конце концов мы придем к логике описания результатов исследования в рамках структурного функционализма. Мы же старались избежать подобной логики обобщения. Можно отметить, что полученные таким образом результаты фактически схожи с другими исследованиями, затрагивающими ценность здоровья молодежи: молодые люди понимают, что здоровье — это важно, но мало что делают для его укрепления (Сидорин 2010).

Осознание того факта, что молодые люди могут «концептуализировать» свои представления по исследуемому вопросу, привело нас к пониманию, что они имеют определенные формы знания о том, что происходит с ценностью здоровья как у них самих, так и их в близком окружении. Другими словами, они являются вполне компетентными акторами, понимающими социальные силы, которые социологи стремятся познать. Данное положение прямо соответствует логике деятельностно-активистского подхода, в соответствии с которым акторы являются компетентными творцами своей жизни. Это не принимается в расчет сторонниками структурного функционализма. «Респонденту приписывается “несформированность общественного мнения по изучаемому вопросу”, “отсутствие информированности” и вообще в интерпретациях автора можно обнаружить следы обвинения респондента в недостаточной развитости. Но ведь имеются в виду те же респонденты, которые отвечают и на закрытые вопросы, ответы на которые не дают повода для подозрения в неразвитости... Значительные несовпадения двух типов актуализации данных требуют, на наш взгляд, принципиального методологического переосмысления. В частности, использование открытых вопросов следует рассматривать не только как инструмент сбора информации, а как в определенной степени самостоятельный тип исследования» (Саганенко 1998).

Г.И. Саганенко отмечает, что исследование, построенное на системе открытых вопросов, является принципиально иным, отличным от других исследовательских стратегий. Стандартизированные исследования состоят из закрытых вопросов, где респонденту необходимо поставить только галочку перед нужным ответом. Тем самым происхо-

дит «упрощение» изучаемого объекта и исключение возможной компетенции людей по данному вопросу. Как правило, ответы в подобных исследованиях оцениваются по пятибалльной шкале, включающей в себя два полюса: на одном из них здоровье «очень плохое», на противоположном, соответственно, «очень хорошее». В исследовании, проведенном нами, молодые люди имели возможность описать ситуацию со здоровьем так, как они ее видят.

Получив множество высказываний, в ходе дальнейшего анализа мы смогли выявить разнообразие примеров того, как «работает» социальный механизм.

Нами были проведены опросы в трех типах учебных заведений Санкт-Петербурга: школах № 306, 317, 179 (79 школьников); профессиональных лицеях — печати и книжных технологий, № 5, 42 (87 учащихся); Санкт-Петербургском государственном университете культуры и искусств (49 студентов начальных курсов). Возрастной диапазон респондентов — от 15 до 19 лет. Всего в исследовании приняли участие 215 молодых людей, из них 162 девушки и 52 юноши.

На основе полученных данных мы создали электронную базу. Для поддержки такого рода исследований существует компьютерная программа «Вега», позволяющая минимизировать нагрузку на исследователя при анализе больших массивов полуструктурированных текстовых высказываний респондентов¹.

В рамках первого эмпирического исследования мы получили только отрывочные данные касательно того, как функционирует социальный механизм. Для более детального понимания мы обратились к другому виду исследования, основанному на интервью как методе первичного сбора данных.

Методология, базирующаяся на интервью, в социологии обозначается как качественное исследование. «В процессе качественного исследования полевая работа включает, как правило, прямое наблюдение в сочетании с многомерными глубинными интервью. Его цель — установить формы действий и взаимодействий, связав это с тем, как они объясняются и понимаются самими участниками —

¹ Компьютерная программа Vega 1.3.15 — совместная разработка Социологического института (СИ РАН) и Санкт-Петербургского экономико-математического института (СПб ЭМИ РАН) 2005 г. Авторы программы: д.с.н. Г.И. Саганенко, Е.А. Каневский и К.К. Боярский. Программа «Вега» является диалоговой системой хранения, обработки, классификации и анализа текстов, использующей принципы контент-анализа текстов, словарей и классификаторов.

разбор смыслов. Аналитическая часть исследования включает категоризацию и кодирование свидетельств, при этом особое внимание уделяется связям и взаимозависимости между установленными категориями» (Штейнберг 2009).

Именно понимание того, какие смыслы вкладывают люди в свои действия в момент взаимодействия, и является для нашего исследования ключевым моментом. Взаимодействие в момент соприсутствия других людей позволяет зафиксировать интегративную функцию социального механизма. Для более детального анализа функции социального механизма мы провели тридцать интервью с молодыми людьми из разных социальных групп в возрастном диапазоне от 18 до 29 лет.

Был разработан опросный лист интервью, включающий 17 вопросов, которые относились к жизненным ориентациям молодого человека, его стратегии по отношению к своему здоровью, мотивации к сохранению или, наоборот, разрушению собственного здоровья.

Ключевой исследовательский вопрос, прописанный в интервью-гайде, звучал следующим образом: «В старших классах молодые люди чаще всего начинают пробовать и употреблять вредные вещества. Такое поведение может привести к полной деградации личности и разрушению своего здоровья. Как Вы думаете, почему Вам удалось избежать данной ситуации?» Данный ключевой вопрос позволил нам выявить многообразие факторов, благодаря которым социальный механизм интеграции ценности здоровья «работает» в молодежной среде.

Результаты исследования

Как уже было отмечено, основная проблема в рамках исследования ценности здоровья молодежи состоит в понимании того, почему молодые люди считают здоровье важным элементом жизнедеятельности, но на практике о нем не заботятся. Можно сказать, что молодые люди не осознают те позитивные эффекты, которые им может дать практика укрепления своего здоровья в будущем. В частности, А. В. Александрова объясняет это тем, что ценность «здоровье» существует у человека постоянно с самого рождения и людям очень сложно осознать, что здоровье может исчезнуть. Пока человек не пережил опыт утраты здоровья, он не будет заботиться о нем (Александрова 2003).

С этим трудно не согласиться, но данное объяснение не может рассматриваться как полное, поскольку оно не объясняет, каким образом молодые люди, попадая в социально обусловленные ситуации ин-

теграции ценности здоровья, включаются в воспроизводство деструктивной формы поведения или, наоборот, преодолевают ситуацию и начинают активно заниматься укреплением своего здоровья. Выводы исследования Александровой в первую очередь касаются биологических аспектов ценности здоровья, в то время как наше исследование больше сфокусировано на изучении психологических и социальных аспектов ценности здоровья молодежи. В социальной реальности все эти аспекты касаются девиантных форм поведения.

Для объяснения данных аспектов ценности здоровья в рамках деятельностно-активистского подхода мы разработали понятие социального механизма, которое описывает момент взаимодействия молодых людей в ситуации, когда у них возникает необходимость решить вопрос, связанный с употреблением вредных веществ. Результат такого взаимодействия формирует ценность здоровья, внося вклад в общее благополучие молодого человека. Подобного рода социальные механизмы интеграции ценности здоровья существуют в обществе постоянно, их количество неопределенно высокое и зависит от того, насколько в той или иной локальности распространены вредные привычки. В частности, предполагается, что в сельской местности алкоголизм развит гораздо больше, чем в городской среде, в то время как распространение наркотических веществ имеет противоположную тенденцию (Булыгина 2009). Также регионализация юношеского алкоголизма изменяется в зависимости от района. Активно интегрированные в практики потребления вредных веществ молодые люди в центральной части города отличаются от молодых людей с периферийных районов.

Несмотря на подобного рода социальные различия, сам социальный механизм в своем устройстве и функционировании остается неизменным. Социальный механизм, рассматриваемый в рамках деятельностно-активистского подхода, является как разрушителем ценности здоровья молодежи, так и ресурсом для его укрепления.

Эмпирические исследования позволили нам выделить три уровня компонентов социального механизма. Они рассматриваются нами в рамках отрезка жизни молодого человека, начиная с детства и заканчивая этапом «поздней молодости». Первые два уровня компонентов схожи с теми, которые концептуализируют в своих работах другие исследователи здоровья молодежи. Для описания данных компонентов социального механизма мы будем использовать эмпирические примеры, обнаруженные нами как при рефлексивном опросе, так и при интервью.

Компонент первого уровня социального механизма является наиболее широко распространенным в обществе. Он охватывает широкие группы населения и интегрируется в молодого человека посредством наблюдения за окружающими его людьми с ранних лет. Общее название данного компонента «социально-политическая обстановка». Люди неразрывно связаны с территорией, где они проживают и имеют исторические корни своей социальной идентичности. Сюда относятся: эпоха, время, в которое живут люди, СМИ, реформы и революции, которые по своим масштабам затрагивают большое количество людей. На этом уровне также большую роль играет экономический фактор развития территории.

Молодые люди прекрасно осведомлены о тех или иных условиях своего существования и имеют представления о социально-политическом климате их жизни, о том, каким образом государство проводит реформы в жизнь, как оно заботится о социальном благополучии граждан. Приведем пример: *«Унизительное положение человека в нашем государстве (если таковое существует)», «Можно взять любых людей, не обязательно близких. Так как очень многие курят, пьют и ведут малоподвижный образ жизни, это приводит к множеству болезней и т.д. Если честно говорить на эту тему, пока государство не займется серьезно этой проблемой, очень многие будут страдать. Особенно страдают окружающие люди», «Сейчас такое время, когда люди перестают следить за собой, ведут нездоровый образ жизни, питаются нездоровой пищей. Хотя все знают и понимают, что хорошо для здоровья, а что плохо. Тем не менее не стараются его сохранить и хоть как-то измениться, чтобы помочь себе. И я тоже знаю все это, ничего в своей жизни не меняю», «Многие губят здоровье собственными руками, часто не задумывались о том, что этим губят свою жизнь. Многие болезни начинаются с того, что люди самостоятельно и сознательно делают так, что их здоровье становится ужасным».*

Второй уровень — это уровень социальных институтов (в первую очередь семья, школа, друзья), он опосредован социально-политической обстановкой в стране. Другими словами, учителя, родители, друзья являются сопричастными социально-политической обстановке в стране, но при этом, действуя в рамках того или иного института, вбирают в себя определенную логику его поведения. Учитель на работе вынужден терпеть безобразное поведение учеников, закрывая глаза на тот факт, что последние могут прогуливать уроки, употреблять вредные вещества прямо на занятиях. Однако когда этот же учитель

переходит в роль родителя в рамках своей семьи, то он может занять более активную позицию в отношении профилактики «безобразного поведения» своих детей. Таким образом, один и тот же человек в первом случае, выступая в роли учителя, вносит негативный вклад в социальный механизм интеграции ценности здоровья в молодежной среде, а во втором — в роли родителя, его вклад позитивный.

Молодые люди из неблагополучных семей в рамках института образования с большей осознанностью понимают, что их шансы на достойную жизнь крайне низки, поэтому с большей вероятностью наплевательски относятся как к своему здоровью, так и к образовательной стратегии, однако все может быть и наоборот. Соответственно, институт образования может интегрировать как положительную, так и негативную компоненту в социальный механизм ценности здоровья.

Приведем негативный пример: *«В каком возрасте вы попробовали алкоголь?» — «В шестнадцать». — «В какой атмосфере это произошло?» — «Это был выезд классом на какой-то народный фестиваль, он был на целый день. Соответственно, это был заранее запланированный день, выход такой нескольких неформальных парней на свободу. Это было весело»* (Семен, 25 лет, аспирант). Как мы уже отмечали выше, молодой человек может не воспринимать данное событие как проблемное для своего здоровья.

Позитивный пример: *«Знаешь наверняка, что в нашей стране нередко распространена алкогольная, наркозависимость и часто молодые люди в школьные годы начинают пробовать, злоупотреблять этим и даже могут перейти в статус девиантов. Как у тебя получилось преодолеть эту проблему?» — «Слушай, у меня не было такой проблемы, потому что я училась в специализированной французской школьной гимназии им. Ива Жака Кусто и туда, в отличие от районных школ, был отбор предварительный. Там, как правило, учились дети из благополучных семей, и мне кажется, что там никто особо не курил и не бухал. Ну, может, в 9–10-м классе мальчики и начали курить в подворотне и тянуть пиво рядом со школой, но не больше этого. А девочек это совсем не касалось, девочки были все приличные»* (Лена, 25 лет, аспирантка).

С социальным механизмом в рамках института семьи может происходить то же самое. Если родители пьют и курят, то их дети с большей вероятностью попадут в эти же самые проблемы, чем в той семье, где родители ведут здоровый образ жизни. Институт семьи может также оказывать как негативное воздействие на механизм интеграции ценности здоровья, так и позитивное. Приведем эмпирический

пример: «А как тебе удалось не попасть в эту проблему? Ты теоретически могла увлечься этим занятием, тоже стать зависимой, что тебя удержало?» — «Ну, во-первых, когда мы только с мужем приехали, у нас представления были другие, что я вот приеду сюда по приглашению, буду работать нормально, что муж будет работать нормально. Но жизнь повернулась совершенно иначе, и мы остаемся ни с чем, у нас в кармане на двоих 400 рублей. Мы могли, конечно, руки опустить, сказать, что у нас все плохо, пойти купить вина на эти деньги и напиться. И сказать: “О! У нас все стало хорошо”. Но я тогда просто стала трезво смотреть на жизнь: проблема должна решаться, а не создаваться, из нее нужно выходить, какие-то пути искать... Может, я очень сильно хочу жить достойно. Я получала не для этого два высших образования, чтобы потом спиться. Я очень сильно уважаю своих родителей, я уважаю ценности, которые есть в нашей семье, я уважаю своих бабушку и дедушку. Как я буду с ними разговаривать, когда они мне будут звонить? В каком состоянии разговаривать? У нас большая семья, очень дружная. Не для этого ты там к чему-то стремишься, чтобы потом вот так сесть и пить» (Нина, 27 лет, безработная).

Другой пример: «Наверное, мама так воспитывала, а потом это выстроилось в мое восприятие и там закрепилось. Ну, естественно, я пробовала все, естественно, и алкоголь, и покурить, но оно не прилипло ко мне. Недельку походила и бросила в 11-м классе» (Катя, 29 лет, аспирантка).

Приведенное описание социального механизма интеграции ценности здоровья и эмпирические примеры того, как люди воспроизводят тот или иной его компонент касательно стратегии поведения в отношении ценности своего здоровья, показывают, как молодые люди с момента своего рождения попадают в определенные социальные условия.

Несмотря на то что социальный механизм интеграции ценности здоровья может играть как позитивную, так и негативную роль, молодые люди не в силах сами изменить направленность функционирования социального механизма. По сути дела, это и объясняют исследователи ценности здоровья, отмечая, что слабый уровень самосохранительного поведения в молодежной среде связан с низким уровнем социализации молодых людей в рамках данных институтов (Ивахненко 2007).

Но в рамках деятельностно-активистского подхода данное положение дел будет только половиной ответа на поставленный вопрос. Для полного объяснения мы должны принять тот факт, что молодые люди являются свободными деятелями, способными подстраивать

внешние обстоятельства под себя. Тогда каким образом они изменяют социальный механизм интеграции ценности здоровья в позитивную сторону? Этот третий уровень компонента социального механизма мы обозначили как «уровень свободного деятеля», который в свою очередь делится на три «инструмента», благодаря которым молодые люди в своей повседневной жизни создают противостояние двум вышеописанным компонентам. Обозначим эти инструменты.

Первый — социальное знание о вредных привычках. Сюда относятся наблюдения молодых людей за поведением других людей, как правило пьяных. Также это и медицинское знание о последствиях злоупотребления вредными веществами. Приведем пример: *«Я видел там, у меня старый район, и я видел много людей, которые были не очень хорошего вида (смеется), которые пьют там, вот эти. Наверно, это меня как раз и оттолкнуло, на психическом уровне. Потому что стать таким человеком я не хочу»* (Дима, 18 лет, студент).

Второй — цель в жизни. Этот инструмент состоит из двух позиций: первая позиция, молодой человек может осознавать, что можно в жизни чего-то добиться, но пока не знает, чего именно. Вторая позиция: молодой человек понимает, что конкретно он хочет сделать, и стремится это реализовать. В любом из этих случаев молодой человек понимает, что вредные привычки мешают его жизненным целям, его самореализации. Пример: *«Ну и сейчас я хожу тут и вижу — сидят пьют много людей, такие прям безамбициозные, почти дошли до самого социального дна, они... очень вялые, вообще без воли своей, только как-то вот перебиваются, находят деньги, как-то заплатят за жилье, а остальное пускают на алкоголь. Я как-то не привык жить без цели, поэтому такой образ жизни меня не устраивает»* (Дима, 18 лет, студент).

Третий инструмент — моральный дух. Приведем пример: *«На том этапе алкоголя в моей жизни еще не было, так как я был ребенком. В старших классах выпивали, но у меня была уже своя внутренняя нравственность, я знал, что хорошо, а что плохо. Я не оставлял своей идеи стать ученым. Физика и астрономия меня интересовали все больше. Неоднократно участвовал по этим предметам в олимпиадах... Всегда нравилось заглядывать за учебники, то есть читать литературу не по школьной программе... Это сыграло большую роль — энтузиазм, книги, конкретные цели, что я ставил, хотя родители не особо влияли на то, что я читаю и чем занимаюсь, они не навязывали своего мнения, что мне надо читать, а что — нет, занимался тем, чем хотел»* (Виталий, 27 лет, аспирант).

Данный инструмент вызывает больше всего интереса, так как многие люди, злоупотребляющие вредными веществами, порой действуют крайне аморально, тогда как мораль может помочь им справиться с трудностями чрезмерного употребления вредных веществ. Мы это особо подчеркиваем, так как мораль нередко понимается как нечто инородное и противопоставляется социальным силам.

Молодой человек может обладать знанием о том, что вредные вещества разрушают его здоровье, видеть то, как это происходит с его друзьями. Он также может обладать и целью в жизни, например хотеть стать юристом. Его семья может вести здоровый образ жизни, но при этом сам он может попасть в проблему зависимости от вредных веществ. И соответственно, может быть случай противоположного характера. Но уровень морального духа никуда не девается, он постоянен по отношению к социальным силам. Другое дело, что моральный дух может быть не активирован и человек может не осознать, что именно этот элемент социального механизма способен формировать ценность его здоровья.

Выводы

Подводя итог, можно отметить, что деятельностно-активистский подход позволил нам взглянуть на исследовательскую проблему ценности здоровья молодежи в новом ракурсе. Мы смогли осознать тот факт, что формирующие ценность здоровья социальные силы, под воздействием которых молодой человек оказывается с самого своего рождения, не являются единственными. Социальным силам противостоит моральный дух деятеля. В противном случае деятель не смог бы оказывать воздействие на социальные силы, изменить обстоятельства своей жизни в лучшую для себя сторону. «Люди сами творят свою судьбу, но при обстоятельствах, которые они сами не выбирали». Из этого также следует, что если в молодежной среде низкий уровень практического осознания ценности здоровья (мало тех ребят, кто ведет здоровый образ жизни), то причина этого не только в негативных последствиях социально-политических условий нашей страны, но и в уровне морального духа, которой был снижен другими социальными факторами.

Молодой человек имеет возможность изменить отношение к своей ценности здоровья не только на уровне сознания, но и на уровне практических действий. Помимо «морального духа» этому могут способствовать накопленный «багаж социальных знаний» и мотивация к реализации «жизненной цели».

Данные элементы индивидуальной личности в нашем исследовании мы включаем в термин «социальный механизм» как уровень «активного деятеля». Мы прекрасно понимаем, что актер не может существовать вне общества. Значит, наряду с элементами личности одновременно сосуществуют элементы институтов и самого общества, его трансформационных ресурсов. Так как все эти силы потенциально активны, мы включаем их все в абстрактное определение социального механизма. Таким образом, социальный механизм — это определенное взаимодействие, в рамках которого молодой человек, осознает он это или нет, оказывает позитивное или отрицательное воздействие на свое здоровье. Положительные или отрицательные последствия интеграции социального механизма ценности здоровья зависят от взаимосвязи «социально-политической ситуации» и «социальных институтов» с уровнем «активного деятеля».

Источники

- Александрова А. В.* Молодежь и здоровье: ценностно-установочное взаимодействие // Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. М.: ИЧ РАН, 2003.
- Безруких М. В.* Развитие социологии здоровья в современном теоретическом познании. [Электронный ресурс]. URL: <http://socio.rin.ru/cgi-bin/article.pl?id=556> (дата обращения: 05.05.2015).
- Булыгина Л. В.* Социальное здоровье городских подростков: автореф. дис. ... к. с. н. Ставрополь, 2009.
- Ивахненко Г. А.* Здоровье московских студентов: анализ самосохранительного поведения // Социология медицины. 2007. № 2. С. 56–59.
- Ковалева А. А.* Социологический анализ здоровья молодежи: дис. ... к. с. н. СПб., 2010.
- Как люди делают себя. Обычные россияне в необычных обстоятельствах: концептуальное осмысление восьми наблюдавшихся случаев / под общ. ред. В. А. Ядова, Е. Н. Даниловой, Клеман К. М.: Логос, 2010. 388 с.
- Козина Г. Ю.* Здоровье в ценностном мире студентов // Социологические исследования. 2007. № 9. С. 147–149.
- Качественные методы. Полевые социологические исследования / И. Штейнберг [и др.]. СПб.: Алетейя, 2009. 21 с.
- Лебедева-Несевря Н. А., Гордеева С. С.* Социология здоровья: учеб. пособие для студ. вузов / Перм. гос. нац. иссл. ун-т. Пермь, 2011. 238 с.

- Малоземов О. Ю.* Особенности валеоустановок учащихся // Социологические исследования. 2005. № 11. С. 110–116.
- Сидорин А. А.* Осмысление ценности здоровья молодежью // Сб. ст. по материалам конференции аспирантов и студентов: Культурологическое пространство в сознании молодых исследователей. СПб., 2010. С. 186–191.
- Парсонс Т.* О социальных системах / пер. с англ. М.: Академический проект, 2002.
- Римашевская Н. М.* Сбережение народа / Ин-т соц.-экон. проблем народонаселения РАН. М.: Наука, 2007. 20 с.
- Саганенко Г. И.* Сопоставление несопоставимого: обоснование сравнительного исследования на базе открытых вопросов // Социологический журнал. 1998. № 3–4. С. 146.
- Currie C., Roberts C., Morgan A., Smith R., Settertobulte W., Samdal O., Rasmussen V. B.* Young people's health in context. Health behavior in School-aged Children study: international report from the 2001–2002 survey. WHO. 2004.