

УДК 316.64

DOI: 10.21668/health.risk/2017.4.07

СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ВОСПРИЯТИЕ РИСКОВ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖЬЮ ЮГА РОССИИ (НА МАТЕРИАЛАХ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА В Г. РОСТОВ-НА-ДОНУ)

Н.Х. Гафиатулина¹, Л.В. Тарасенко¹, С.И. Самыгин², С.Ю. Елисеева³

¹Южный федеральный университет, Россия, 344006, г. Ростов-на-Дону, ул. Большая Садовая, 105

²Ростовский государственный экономический университет, Россия, 344002, г. Ростов-на-Дону, ул. Большая Садовая, 69

³Пермский государственный национальный исследовательский университет, Россия, 614090, г. Пермь, ул. Букирева, 15

Объектом исследования явились представители российской студенческой молодежи как социально-демографической группы с определенным уровнем социального здоровья, образом жизни, социальной активностью и социальным самочувствием. Цель исследования – оценка уровня социального здоровья и восприятия студенческой молодежью рисков социальному здоровью. Анализ восприятия рисков для социального здоровья студенческой молодежи проводили в рамках социоцентристского и социогенного подходов, а также рискологической парадигмы. В качестве ключевых аспектов социального здоровья рассмотрена социальная активность, вовлеченность в социальные сети и социальное самочувствие. Показано, что по показателю интегрального индекса представители студенческой молодежи в большинстве своем характеризуются средним уровнем социального здоровья. При этом отмечается низкий уровень социальной активности, высокая вовлеченность в социальные сети и средний уровень социального самочувствия. Выделено три типичные группы молодых людей – студентов: «социально активные интегрированные оптимисты», «социально пассивные умеренно интегрированные пессимисты» и «социально пассивные интегрированные оптимисты». В качестве значимых факторов социальных рисков все группы студентов выделяют сложности трудоустройства; однако «неопределенность завтрашнего дня» больше волнует респондентов с низким уровнем социального здоровья. Студенческая молодежь, обнаружившая низкие показатели состояния социального здоровья, в большей степени обеспокоена факторами риска, представляющими угрозу для них самих, нежели для общества в целом.

В условиях современного образовательного пространства необходимо разрабатывать комплексно организованные меры, направленные на минимизацию, предупреждение и профилактику рисков для социального здоровья российской студенческой молодежи. Необходимо всемерно способствовать повышению уровня социальной активности, что, несомненно, повлечет за собой повышение уровня социального самочувствия и социального здоровья молодежи в целом.

Ключевые слова: российская студенческая молодежь, социальное здоровье, риски, восприятие рисков, социальная активность, включенность в социальные сети, социальное самочувствие.

Признавая комплексную природу здоровья, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет здоровье как триединое физическое, психическое и социальное благополучие человека. Таким образом, социальное благополучие можно и нужно рассматривать как одну из характеристик индивидуального

состояния человека. По мнению экспертов ВОЗ, социальное здоровье – это степень удовлетворенности личностью своим социальным статусом в обществе, системой социальных связей и отношений, материальным состоянием, условиями жизни. Антиподом социального здоровья является состояние социальной деза-

© Гафиатулина Н.Х., Тарасенко Л.В., Самыгин С.И., Елисеева С.Ю., 2017

Гафиатулина Наталья Халиловна – кандидат социологических наук, доцент, доцент кафедры региональной социологии и моделирования социальных процессов Института социологии и регионоведения, докторант (e-mail: gafiaatulina@yandex.ru; тел.: 8 (8632) 18-40-00).

Тарасенко Лариса Викторовна – доктор социологических наук, профессор, заведующая кафедрой региональной социологии и моделирования социальных процессов Института социологии и регионоведения (e-mail: tis_monti@mail.ru; тел.: 8 (8632) 18-40-00).

Самыгин Сергей Иванович – доктор социологических наук, профессор кафедры управления персоналом и социологии (e-mail: samygin78@yandex.ru; тел.: 8 (8632) 69-50-85).

Елисеева Софья Юрьевна – магистрант первого года обучения направления «Социология», философско-социологический факультет (e-mail: sonia.eliseeva@bk.ru; тел.: 8 (963) 017-37-13).

даптации, социальной запущенности, девиации [21].

Актуальность изучения социального здоровья студенческой молодежи обусловлена индикативным характером его показателей для оценки уровня рисков нарушения здоровья в целом, «важностью придания характеристикам социальности молодого человека статуса “здоровья” и выведения данного феномена в ряд научно регулируемых объектов» [11, с. 74]. Характеризуя категорию «социальное здоровье», необходимо подчеркнуть, что его семантическое поле очень широко и многозначно, оно аккумулирует в себе широкий спектр социальных, экономических, психологических, культурных и иных показателей. Т. Парсонс и Э. Фромм интерпретировали здоровье как сложноорганизованный социальный феномен, формирующийся в процессе взаимодействия той или иной социальной группы, личности с обществом и отражающий тот или иной уровень данного взаимодействия [17, 18]. Концентрация внимания на социальном здоровье как определенном состоянии личности, группы и общества отмечается в работах зарубежных исследователей [23, 26].

В целом же репрезентация социального здоровья молодежи в научном социологическом дискурсе сопряжена с вопросами меры социальной активности, которая преобразует виды, формы деятельности, социальной мобильности и включенности группы или индивида в общество, в разнообразные социальные связи и отношения. Указанные вопросы находились в фокусе внимания научных интересов зарубежных и отечественных социологов [3, 9, 11, 12, 18, 20, 22, 24]. Так, Л.А. Байкова рассматривает социальное здоровье молодежи через призму гармонии социальных связей и взаимоотношений с другими людьми, обществом и культурой, что способствует удовлетворению потребностей и самоактуализации личности молодого человека [3].

Научные исследования в области социологии молодежи, а также ее социального здоровья в разные годы проводились целым рядом отечественных ученых [2, 6, 9, 10, 13, 14, 19]. Общим выводом является то, что в условиях неопределенности и рискогенности общества перед студенческой молодежью встает проблема выбора образа и стиля жизни как формы социального самоопределения, жизненной самореализации [15].

В целом риски для здоровья населения [4, 14], в том числе для социального здоровья

студенческой молодежи, формируются в процессе социального взаимодействия и «становятся детерминантами поведения» [8].

Современный зарубежный исследователь М. Тобиас, изучая факторы риска социального развития личности и здоровья молодых людей, в числе главных называет низкий социальный ранг (социально-экономический статус молодежи). Ученый приходит к справедливому выводу о том, что социальный ранг ведет к культивированию нездорового образа жизни, риску роста социальной незащищенности. Для решения данной проблемы М. Тобиас предлагает увеличить доступ к материальным благам и осуществить социальную поддержку [25]. Такой подход будет способствовать снижению рисков социального развития и здоровья молодежи.

В рамках данной статьи социальное здоровье рассматривается как состояние, обусловленное социальной активностью и включенностью в социальные контакты и отражающее определенный уровень социального самочувствия. Категория «студенческая молодежь» с точки зрения социоцентристского подхода представляет собой неоднородную общность, характеризующуюся разнообразием стилей жизнедеятельности, риском как сущностным свойством и различными уровнями социального здоровья [5].

Цель исследования состояла в оценке уровня социального здоровья и восприятия студенческой молодежью рисков социальному здоровью.

К задачам исследования относили: анализ социальной активности индивида, включенность в социальные сети и социальное самочувствие российской студенческой молодежи.

Материалы и методы. Анализ восприятия рисков для социального здоровья студенческой молодежи проводился в рамках социоцентристского и социогенного подходов, а также рискологической парадигмы. Эмпирической базой исследования выступили результаты социологического опроса (анкетирования) студенческой молодежи Ростовской области (объем выборочной совокупности 369 человек). Были опрошены учащиеся Южного федерального университета (ЮФУ) – 130 человек (35,2% выборочной совокупности), Донского государственного технического университета (ДГТУ) – 186 (50,4%), Ростовского государственного медицинского университета (РостГМУ) – 47 (12,7%), а также Ростовского областного училища олимпийского резерва – 5 (14%). Сроки проведения – сентябрь–октябрь 2016 г.

Возраст респондентов варьировался в диапазоне от 16 до 26 лет: 145 опрошенных были в возрасте 16–18 лет (39,8 % выборочной совокупности), 183 (49,6 %) респондента в возрасте 19–21 год и 41 (11,1 %) – в возрасте 22 года и старше. В исследуемой совокупности доля мужчин составила 37,9 %, доля женщин – 62,1 %. Больше половины (58,3 %) составили студенты I и II курсов гуманитарного, технического, естественнонаучного направления обучения.

Методологическими основаниями исследования социального здоровья послужило медико-социальное направление, а именно интеграция социоцентристского и социогенного подходов. Социоцентристский подход предполагает исследование характеристик включенности личности молодого человека в общество, обеспечивающее самоактуализацию личности, развитие социума, и гармоничное взаимодействие личности с социумом [1]. Социогенный подход предполагает исследование влияния на здоровье характеристик включенности личности в общество, детерминацию социальным здоровьем физического и душевного благополучия (социального самочувствия) [5]. Соединение социоцентристского и социогенного подходов (по терминологии Л.В. Колпиной [12]) позволяет исследовать объективные и субъективные характеристики состояния социального здоровья молодежи. Объективные критерии дают возможность оценить включенность в социальные контакты, субъективные – удовлетворенность своим положением, социальное самочувствие.

В качестве основного методологического посыла был выбран тезис о том, что социальное здоровье характеризует не только общество или социальную группу, но и отдельных индивидов, т.е. может быть описано наряду с физическим и психическим здоровьем на индивидуальном уровне. Были выделены следующие составляющие индивидуального социального здоровья:

а) социальная активность индивида (измеряется через вовлеченность в трудовую, общественно-политическую, культурную и пр. деятельность);

б) включенность в социальные сети (измеряется через интенсивность социальных контактов, членство в различных организациях);

в) социальное самочувствие (измеряется через удовлетворенность социальным статусом, социальными сетями, «жизнью в целом»).

Социальная активность студентов оценивали через участие в общественной жизни города и вуза, волонтерскую и общественно-по-

литическую деятельность, участие в деятельности религиозных организаций. Активность в данных сферах кодировалась как «высокая», если респондент проявлял ее «часто» или «время от времени»; как «средняя» – если опрошенный говорил, что занимается ею «редко»; как «низкая» – если студент отмечал что данной активностью «не занимается». Анализ простых распределений ответов респондентов показал, что 73,4 % опрошенных никогда не принимали участие в общественно-политической деятельности, а 83,2 % студентов никогда не участвовали в деятельности религиозных организаций. В связи с тем, что данные виды активности оказались несвойственными подавляющему большинству студентов, они были исключены из анализа.

Включенность в социальные сети измеряли через частоту общения респондента: а) с семьей, б) с друзьями. Как высокую степень включенности в социальные сети оценивали, если респондент выбирал варианты «общаюсь часто», как среднюю – при выборе варианта «время от времени», как низкую – при ответах «редко» и «никогда».

Социальное самочувствие характеризовали на основе оценки респондентами качества социальных отношений (взаимодействий с референтными группами – семьей, друзьями, курсниками). Как хороший («высокий») уровень социального самочувствия оценивали для респондентов, выбиравших при ответе на вопрос «Как вы оцениваете отношения с различными группами людей?» вариант ответа «отлично», как «средний» уровень социального самочувствия – для отметивших вариант «хорошо», и «низкий» уровень – для выбиравших варианты «удовлетворительно» или «плохо».

Для каждого компонента социального здоровья был рассчитан индекс по формуле

$$I_i = \frac{a_1 + a_2 + a_n}{n},$$

где I_i – индекс i -го компонента социального здоровья; a_n – значение n -й переменной, характеризующей компонент (вариация значений – «1», «2» или «3»); n – число переменных, характеризующих компонент.

Например, индекс социальной активности ($I_{\text{акт}}$) рассчитывался как среднее арифметическое трех составляющих: участие в общественной жизни города, участие в общественной жизни вуза, участие в волонтерской деятельности. Если респондент говорил, что часто участ-

вует в общественной жизни вуза (значение переменной равно «1»), редко занимается волонтерской деятельностью (значение переменной равно «2») и крайне редко участвует в общественной жизни города (значение переменной равно «3»), то $I_{\text{акт}}$ для данного респондента составляло «2».

Значение каждого индекса варьировалось в диапазоне от 3 (минимальная выраженность компонента, т.е. социальная пассивность / изолированность от социальной сети / низкий уровень социального самочувствия) до 1 (максимальная выраженность компонента, т.е. социальная активность / интегрированность в социальные сети / высокий уровень социального самочувствия).

На основе значений индексов компонентов социального здоровья был осуществлен кластерный анализ (метод k -средних), позволивший объединить студентов в группы в зависимости от особенностей социального здоровья. Также был рассчитан интегральный индекс социального здоровья как среднее арифметическое трех его составляющих. Значение индекса от 1,0 до 1,25 свидетельствовало о хорошем социальном здоровье, от 1,26 до 1,75 – об уровне выше среднего, от 1,76 до 2,25 – о среднем, от 2,26 до 2,75 – об уровне ниже среднего и от 2,76 до 3,0 – о плохом социальном здоровье и наличии рисков социальной незащищенности индивида. То есть, чем выше значение интегрального индекса социального здоровья, тем сильнее индивид интегрирован в социальную среду, адаптирован к ней, тем выше его социокультурный потенциал.

Для характеристики восприятия студенческой молодежью рисков социальному здоровью использовали корреляционный анализ. Устанавливались связи между: а) интегральным индексом социального здоровья студента; б) принадлежностью респондента к тому или иному кластеру; в) оценкой респондента той или иной социальной проблемы как «небезопасной».

Для оценки восприятия рисков в ходе опроса студентам был предложен перечень из 12 факторов риска нарушения социального здоровья. Каждый респондент мог отметить не более 6 факторов, которые ему представляются «небезопасными».

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ показал, что социальное здоровье студентов отличается низким уровнем социальной активности, высокой вовлеченностью в социальные сети и средним уровнем социального самочувствия.

Доля студентов, часто принимающих участие в различных видах социальной активности, не превысила 10 % ни по одному из видов. Так, часто участвуют в общественной жизни города лишь 4,3 % опрошенных, еще 10,6 % делают это время от времени. В общественной жизни вуза участвующих часто – 7,6 %, а время от времени – 22,2 %. Это самый популярный среди студенческой молодежи вид социальной активности. Волонтерской деятельностью занимаются часто только 3,0 % респондентов, а время от времени – 17,3 %. Полностью изолированными (вариант ответа «никогда не занимаюсь») из общественной жизни вуза оказались 33,9 % студентов, из общественной жизни города – 54,7 %, из волонтерской деятельности – 52,0 % респондентов.

По результатам расчета индекса социальной активности студентов получены значения в диапазоне от «1» (максимальная активность; 8,4 % опрошенных) до «3» (минимальная активность; 24,7 % опрошенных).

Наиболее часто студенты общаются с друзьями – 85,9 % респондентов сказали, что делают это часто. Еще 12,7 % выбрали вариант ответа «время от времени», 1,4 % – «редко». Полученные данные о высокой степени включенности студенческой молодежи во взаимодействие со своими сверстниками вполне закономерны и отражают специфику социальных связей и установок в данной социальной группе. Меньше половины (48,2 %) студентов отметили, что общаются с членами семьи меньше, чем с друзьями, – «часто»; 36,3 % – «время от времени», 14,1 % – «редко» и 1,4 % – «никогда».

Максимальное значение индекса включенности в социальные сети («1») было характерно для 45,5 % опрошенных, а минимальное («3») – лишь для 0,5 % выборочной совокупности.

Своим отношениям с друзьями большинство студентов дает положительные оценки – 63,7 % опрошенных называют их отличными, еще 28,2 % – хорошими. Аналогичные характеристики своих отношений с членами семьи дают 46,9 и 42,0 % студентов соответственно. Наиболее напряженными можно считать отношения респондентов с сокурсниками – отличными данные отношения назвали 12,5 %, хорошими – 48,8 %, удовлетворительными – 34,7 % опрошенных.

Свыше половины (58,7 %) значений индекса социального самочувствия концентрируются в «высокой» зоне – в диапазоне от 1 до 1,67, наименьшее значение индекса («3») зафиксировано лишь для 2,7 % студентов.

По результатам кластеризации было выделено три кластера (табл. 1). Для *первого кластера* (35,7 % выборочной совокупности) характерен наиболее высокий уровень социального здоровья – конечный центр кластера по индексу социальной активности – 1,56, по индексу включенности в социальные сети – 1,21, по индексу социального самочувствия – 1,57. Условно представителей данного кластера можно назвать «социально активные интегрированные оптимисты». Доля студентов, отнесенных к данному кластеру, практически одинакова среди юношей и девушек – 37,2 и 34,8 % в указанных группах соответственно.

Второй кластер (26,6 % выборки) – «социально пассивные умеренно интегрированные пессимисты» – характеризуется низким уровнем социальной активности (конечный центр кластера – 2,55), при этом сочетающимся с плохим социальным самочувствием (конечный центр кластера по данному индексу – 2,27) и средним уровнем включенности в социальные сети (значение индекса 1,92). Юноши относятся к данному кластеру достоверно чаще, чем девушки, – в 33,6 против 22,3 % случаев соответственно.

В *третьем кластере* (37,7 % наблюдений), также как и в первом, респонденты хорошо включены в социальные сети (конечный центр кластера по индексу социальной включенности – 1,23) и отличаются благоприятным социальным самочувствием (конечный центр кластера по соответствующему индексу – 1,59). Однако уровень социальной активности в данном кластере очень низкий (центр кластера по индексу социальной активности – 2,7). Условно данную группу студентов можно назвать «социально пассивные интегрированные оптимисты». Это скорее девушки, чем юноши. Среди первых к данному кластеру отнесены 42,9 % опрошенных, а среди вторых – 29,2 %. Расчет интегрального индекса индивидуального социального здоровья студентов показал, что высокий

уровень социального здоровья (значение индекса от 1,0 до 1,25) характерен лишь для 8,3 % студентов, а уровень выше среднего – для 36,3 % опрошенных. В 41,8 % случаев респонденты имеют средний уровень социального здоровья, а в 13,6 % – ниже среднего.

Выявлена статистически значимая ($p < 0,001$) слабая положительная (коэффициент корреляции Пирсона равен 0,22) связь между уровнем социального здоровья и самооценкой физического здоровья респондентом. По-разному респонденты с различным уровнем социального здоровья воспринимают значимые для них факторы риска.

Исследование связи интегрального индекса индивидуального социального здоровья и выбора респондентом того или иного фактора как значимого показало, что «неопределенность завтрашнего дня» больше волнует респондентов с низким уровнем социального здоровья (коэффициент корреляции Пирсона равен 0,117 при $p < 0,05$). Также данная группа респондентов больше прочих обеспокоена угрозой социальной незащищенности (коэффициент корреляции Пирсона равен 0,1 при $p < 0,06$).

Полученные нами данные подтверждают и результатами исследований Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), проведенных в июне 2017 г. Согласно исследованиям, индекс здоровья в системе жизненных приоритетов современных россиян и личная безопасность (защищенность) занимают доминирующее место (табл. 2). Причем с каждым годом значимость здоровья и личной безопасности, как показывает анализ сравнительных данных по данному показателю за предшествующие годы, поступательно росла [7].

Согласно результатам нашего исследования, прослеживается статистически значимая связь (по критерию хи-квадрат) между принадлежностью к кластеру и выбором в качестве волнующей проблемы роста бедности (0,14 при

Таблица 1

Медианные значения компонентов социального здоровья в выделенных кластерах

Компонент социального здоровья	Медианное значение компонента в кластере		
	первый кластер (35,7 %) «Социально активные интегрированные оптимисты»	второй кластер (26,6 %) «Социально пассивные умеренно интегрированные пессимисты»	третий кластер (37,7 %) «Социально пассивные интегрированные оптимисты»
Социальная активность	1,56	2,55	2,7
Включенность в социальные сети	1,21	1,92	1,23
Социальное самочувствие	1,57	2,27	1,59

Таблица 2

Результаты инициативного всероссийского опроса «ВЦИОМ-Спутник» (14–15 мая 2017 г.) [7]

Насколько для вас важны следующие стороны вашей жизни? (закрытый вопрос, один ответ, индекс в пунктах)							
Параметр	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2014 г.	2017 г.
Состояние Вашего здоровья и здоровья членов вашей семьи (индекс)	98*	94	93	96	97	95	99
Отношения в семье (индекс)	97	94	94	96	97	97	98
Ваша личная безопасность и безопасность членов вашей семьи (индекс)	96	94	93	96	97	97	96

Примечание: * – респонденты могли оценить значимость фактора по шкале от –100 (совершенно не важно) до 100 (очень важно).

Таблица 3

Восприятие рисков респондентами с различным уровнем социального здоровья

Риск	Доля респондентов, воспринимающих опасность как значимую (%)		
	первый кластер	второй кластер	третий кластер
Разрушение традиционных ценностей	39,5	37,5	36,8
Расслоение на бедных и богатых	31,0	20,8	19,9
Рост бедности	32,6	24	18,4
Сложности трудоустройства	53,5	47,9	54,4
Рост безработицы	27,9	20,8	19,9
Социальная незащищенность	13,2	20,8	19,9
Социально-политическая нестабильность	20,9	14,6	15,4
Национальные и религиозные конфликты	23,3	21,9	22,8
Рост социальной несправедливости	15,5	22,9	20,6
Бездуховность, безнравственность	26,4	26,0	36,0
Кризис доверия	20,9	14,6	17,6
Неопределенность завтрашнего дня	22,5	33,3	18,4

$p < 0,05$) и неопределенности завтрашнего дня (0,14 при $p < 0,01$). Первую угрозу достоверно чаще называли представители наиболее «социально здорового» кластера, а вторую – наименее «социально здорового».

Доли респондентов, воспринимающих тот или иной фактор риска как значимый, в разных кластерах представлены в табл. 2.

В целом можно отметить, что респонденты с более низкими показателями социального здоровья скорее обеспокоены факторами риска, представляющими угрозу для них самих, нежели для общества в целом, в отличие от студентов с более высокими уровнями социального здоровья.

Как видно из табл.3, во всех кластерах наибольшее опасение вызывает такой фактор, как сложность трудоустройства – его выбрали в числе «небезопасных» 53 % респондентов первого кластера, 48 % – второго и 54 % – третьего. Достоверных различий между кластерами не обнаружено. Также в одинаковой сте-

пени беспокоит студентов разрушение традиционных ценностей – данную угрозу обозначили 39 % опрошенных в первом кластере, 37 % – во втором и 36,8 % – в третьем.

Вместе с тем к факторам риска каждый пятый представитель второго и третьего кластера отнес рост социальной несправедливости (в отличие от первой группы студентов, которые придают данному фактору существенно меньшее значение). Вероятно, несправедливость рассматривается довольно адресно и персонифицированно. При этом этих же молодых людей существенно меньше волнует общий рост безработицы (18,4 % респондентов третьего кластера посчитали проблему значимой против 27,9 % студентов из первого кластера). Респондентов третьего кластера менее всех прочих волнует общий рост бедности (почти в два раза относительно первого кластера), социальное расслоение общества, политическая нестабильность. Таким образом, подтвердился тезис о приоритете личных про-

блем для респондентов, относимых к группе «социально пассивных...».

Выводы. Таким образом, социальное здоровье представляет собой феномен, отражающий самые различные аспекты человеческой реальности и нуждающийся во всестороннем и глубоком научном осмыслении на уровне обобщения теоретических и прикладных данных в отношении современных реалий в данной области [15]. Социологическое исследование, которое в качестве ключевых аспектов социального здоровья студенческой молодежи рассматривало социальную активность, вовлеченность в социальные сети и социальное самочувствие, показало:

– расчет интегрального индекса индивидуального социального здоровья студенческой молодежи свидетельствует о том, что в большинстве своем респонденты имеют средний уровень социального здоровья; социальное здоровье студенческой молодежи отличается низким уровнем социальной активности, высокой вовлеченностью в социальные сети и средним уровнем социального самочувствия;

– выделено три типичные группы молодых людей – студентов: «социально активные интегрированные оптимисты», «социально пассивные умеренно интегрированные пессимисты» и «социально пассивные интегрированные оптимисты»;

– в качестве значимых факторов социальных рисков все группы студентов выделяют сложности трудоустройства; однако «неопре-

деленность завтрашнего дня» больше волнует респондентов с низким уровнем социального здоровья;

– студенческая молодежь, обнаружившая низкие показатели состояния социального здоровья, в большей степени обеспокоена факторами риска, представляющими угрозу для них самих, нежели для общества в целом.

В условиях современного образовательного пространства необходимо разрабатывать комплексно организованные меры, направленные на минимизацию, предупреждение и профилактику рисков для социального здоровья российской студенческой молодежи. В частности, необходимо всемерно способствовать повышению уровня социальной активности, снижению вовлеченности в социальные сети, что, несомненно, повлечет за собой повышение уровня социального самочувствия и социального здоровья молодежи в целом. Поскольку социальный аспект здоровья молодых людей влияет на их общее здоровье и реализуется через социальные связи и отношения, обеспечивающие ему разнообразную поддержку, следовательно, необходимо на федеральном и региональном уровнях всемерно способствовать такой поддержке. Данное положение подтверждает результаты ранее выполненных исследований [22] и выводов о том, что общества с высоким уровнем социального здоровья отличаются тем, что в них оказывается наиболее высокая неформальная поддержка всем членам общества.

Список литературы

1. Анисимов А.И., Киреева Н.Н. Психологическое обеспечение социального здоровья учителей // Психология обучения. – 2012. – № 4. – С. 100–114.
2. Бабинцев В.П., Ушамировский А.Е. Российская молодежь: социализация как социальная адаптация // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Философия. Социология. Право. – 2016. – Т. 37, № 17 (238). – С. 85–89.
3. Байкова Л.А. Социальное здоровье детей и молодежи: методология, теория и практика: монография. – Рязань, 2011. – 224 с.
4. Барг А.О., Лебедева-Несевря Н.А. Риск-коммуникация как механизм формирования адекватной оценки рисков для здоровья населения // Здоровье населения и среда обитания. – 2014. – Т. 12, № 261. – С. 9–11.
5. Гафиатулина Н.Х. Социальное самочувствие молодежи в условиях рискогенности российского общества // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. – 2011. – № 1. – С. 17–24.
6. Горшков М.К., Шереги Ф.Е. О жизненных планах российской молодежи: настоящее и будущее // Россия и Китай: молодежь XXI века / под ред. М.К. Горшкова, Ф.Е. Шереги и др. – М., 2014. – С. 384–404.
7. Жизненные приоритеты россиян: семья, деньги или творчество? [Электронный ресурс] // Всероссийский центр изучения общественного мнения. – 2017. – Пресс-выпуск № 3391. – URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116264> (дата обращения: 24.08.2017).

8. Зайцева Н.В., Лебедева-Несевря Н.А. Подходы к построению эффективной региональной системы информирования о рисках здоровью // *Здоровье семьи – 21 век.* – 2010. – № 4. – С. 8.
9. Зобов Р.А., Келасьев В.Н. Жизненный успех и ориентации современной российской молодежи // *Молодежная Галактика.* – 2013. – № 9. – С. 20–28.
10. Зубок Ю.А., Чупров В.И. Современная социология молодежи: изменяющая реальность и новые теоретические подходы // *Россия реформирующаяся.* – 2017. – № 15. – С. 12–48.
11. Колпина Л.В. Социальное здоровье: определение и механизмы влияния на общее здоровье: обзор литературы // *Синергия.* – 2017. – № 2. – С. 73–81.
12. Колпина Л.В., Сербай И.Н. К вопросу об определении понятия «социальное здоровье» // *Средне-русский вестник общественных наук.* – 2011. – № 1. – С. 49–56.
13. Константиновский Д.Л., Вознесенская Е.Д., Чередниченко Г.А. Рабочая молодежь сегодня: образование, профессия, социальное самочувствие // *Социологические науки и социальная практика.* – 2013. – № 2. – С. 21–38.
14. Лебедева-Несевря Н.А. Социальные факторы риска здоровью как объект управления // *Вестник Пермского университета. Серия: Биология.* – 2010. – № 3. – С. 36–41.
15. Моделирование профессиональной социализации студенческой молодежи в условиях социальной неопределенности / Л.В. Тарасенко, О.А. Нор-Аревян, В.А. Кирик [и др.]. – Ростов н/Д., 2016. – 164 с.
16. О чем мечтают россияне (размышления социологов): аналитический доклад. – М.: ИС РАН, 2012. – 106 с.
17. Парсонс Т. Система современных обществ. – М.: Аспект-Пресс, 1997. – 270 с.
18. Фромм Э. Здоровое общество. – М.: Аст, Астрель, 2011. – 314 с.
19. Шилкина Н.Е. Концепция целевой ценности действия как теоретико-методологическое основание оценки и прогноза социальной адаптации студенческой молодежи в условиях социальной неопределенности и риска // *Девятые Ковалевские чтения. Социология и социологическое образование в России: материалы конференции, посвященной 25-летию социологического образования в России и Санкт-Петербургском государственном университете.* – СПб.: Skifiya-print, 2014. – С. 229–231.
20. Berkman L.F., Kawachi I. *Social epidemiology.* – Oxford: Oxford University Press, 2000. – P. 174–190.
21. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health // *World Health Organization: Commission on the Social Determinants of Health.* – Geneva, 2008. – 256 p.
22. Hanefeld J., Vearey J., Lunt N. A global research agenda on migration, mobility, and health // *The Lancet.* – 2017. – Vol. 389, № 10087. – P. 2358–2359.
23. Herzman C., Boyce T. How experience gets under the skin to create gradients in developmental health // *Annu Rev Public Health.* – 2010. – Vol. 31. – P. 329–347.
24. Manor O., Matthews S. Power Health selection: The role of inter-and intragenerational mobility in social inequalities in health // *Soc Sci Med.* – 2003. – Vol. 57. – P. 2217–2227.
25. Tobias M. Social rank: a risk factor whose time has come? // *The Lancet.* – 2017. – Vol. 389. – № 10075. – P. 1172–1174.
26. Trenton D. Mize Profile in health: Multiple roles and healthy lifestyles in early adulthood // *Social Science & Medicine.* – 2017. – Vol. 178. – P. 196–205.

Социальное здоровье и восприятие рисков студенческой молодежью юга России (на материалах социологического опроса в г. Ростов-на-Дону) / Н.Х. Гафатулина, Л.В. Тарасенко, С.И. Самыгин, С.Ю. Елисеева // Анализ риска здоровью. – 2017. – № 4. – С. 66–75. DOI: 10.21668/health.risk/2017.4.07

UDC 316.64

DOI: 10.21668/health.risk/2017.4.07.eng

SOCIAL HEALTH AND PERCEPTION OF RISKS BY STUDENTS LIVING IN SOUTHERN RUSSIAN REGIONS (BASED ON SOCIOLOGICAL QUESTIONING DATA OBTAINED IN ROSTOV-ON-DON)

N.Kh. Gafiatulina¹, L.V. Tarasenko¹, S.I. Samygin^{2,3}, S.Yu. Eliseeva³

¹Southern Federal University, 105/42 Bolshaya Sadovaya Str., Rostov-on-Don, 344006, Russian Federation

²Rostov State University of Economics, 69 Bolshaya Sadovaya Str., Rostov-on-Don, 344002, Russian Federation

³Perm State University, 15 Bukireva Str, Perm, 614990, Russian Federation

We chose young students as our research object as they represent a social-demographic group with a specific social health, lifestyle, social activity, and social well-being. Our research goal was to assess students' social health and to determine how they perceived risks for it. Analysis of social health risks perception by young students was performed within socio-centric and sociogenic approaches as well as risk-examining paradigm. We considered social activity, social networks involvement, and social well-being as key aspects of social health. It is shown that young students mostly have average social health as per its integral index. But here we detected low social activity, high social networks involvement, and average social well-being. We singled out 3 typical groups of young students: "socially active integrated optimists", "socially passive moderately integrated pessimists", and "socially passive integrated optimists". All three students groups mentioned difficulties related to employment as important social health risk factors; however, it were respondents with low social health who were most preoccupied with "future uncertainty". Young students with low social health are to a greater extent preoccupied with risk factors causing personal danger for themselves than for a society as a whole.

It is necessary to create complex activities in a contemporary education space; these activities are aimed at minimizing and preventing risks for Russian students' social health. We should make for higher social activity as it will inevitably lead to higher social well-being and improve overall students' social health.

Key words: young Russian students, social health, risks, risks perception, social activity, social networks involvement, social well-being.

References

1. Anisimov A.I., Kireeva N.N. Psikhologicheskoe obespechenie sotsial'nogo zdorov'ya uchitelei [Psychological provision of teachers' social health]. *Psikhologiya obucheniya*, 2012, no. 4, pp. 100–114 (in Russian).
2. Babintsev V.P., Ushamirskii A.E. Rossiiskaya molodezh': sotsializatsiya kak sotsial'naya adaptatsiya [Russian youth: socialization as social adaptation]. *Nauchny evedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Filosofiya. Sotsiologiya. Pravo*, 2016, vol. 37, no. 17 (238), pp. 85–89 (in Russian).
3. Baikova L.A. Sotsial'noe zdorov'e detei i molodezhi: metodologiya, teoriyaipraktika: monografiya [Social health of children and youth: methodology, theory, and practice: monograph]. Ryazan', 2011, 224 p. (in Russian).
4. Barg A.O., Lebedeva-Nesevrya N.A. Risk-kommunikatsiya kak mekhanizm formirovaniya adekvatnoi otsenki riskov dlya zdorov'ya naseleniya [Risk-communication as an effective way of producing the cumulative acceptability of human health risks]. *Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya*, 2014, vol. 12, no. 261, pp. 9–11 (in Russian).
5. Gafiatulina N.Kh. Sotsial'noe samochuvstvie molodezhi v usloviyakh riskogenosti rossiiskogo obshchestva [Social self sensitiveness of the youth in the terms of risk of the russian society]. *Lichnost' v ekstremal'nykh usloviyakh i krizisnykh situatsiyakh zhiznedeyatel'nosti*, 2011, no. 1, pp. 17–24 (in Russian).
6. Gorshkov M.K., Sheregi F.E. O zhiznennykh planakh rossiiskoi molodezhi: nastoyashchee i budushchee [On life plans of Russian youth: present and future]. *Rossiya i Kitai: molodezh' XXI veka*. In: M.K. Gorshkov, F.E. Sheregi [et al.], eds. Moscow, 2014, pp. 384–404 (in Russian).

© Gafiatulina N.Kh., Tarasenko L.V., Samygin S.I., Eliseeva S.Yu., 2017

Natalia Kh. Gafiatulina – Candidate of Sociological Sciences, Associate Professor, at Regional Sociology and Social Processes Modeling Department of Sociology and Regional Studies Institute, working for a doctor's degree (e-mail: gafiatulina@yandex.ru; tel.: +7 (8632) 18-40-00).

Larisa V. Tarasenko – Doctor of Sociological Sciences, Professor, Head of Regional Sociology and Social Processes Modeling Department of Sociology and Regional Studies (e-mail: tis_monti@mail.ru; tel.: +7 (8632) 18-40-00).

Sergey I. Samygin – Doctor of Sociological Sciences, Professor at Human Resources Management and Sociology (e-mail: samygin78_@yandex.ru; tel.: +7 (8632) 69-50-85).

Sofya Yu. Eliseeva – first-year student at MA courses, "Sociology" specialty at Philosophy and Sociology Faculty (e-mail: sonia.eliseeva@bk.ru; tel.: +7 (963) 017-37-13).

7. Zhiznennye priorityety rossiyan: sem'ya, den'gi ili tvorchestvo? [Life priorities of Russians: family, wealth, or creation?]. *Vserossiiskii tsentr izucheniya obshchestvennogo mneniya*, 2017, Press-vypusk no. 3391. Available at: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116264> (24.08.2017) (in Russian).
8. Zaitseva N.V., Lebedeva-Nesevrya N.A. Podkhody k postroeniyu effektivnoi regional'noi sistemy informirovaniya o riskakh zdorov'yu [Methodological approaches to building of regional system of health risks information]. *Zdorov'e sem'i - 21 vek*, 2010, no. 4, pp. 8 (in Russian).
9. Zobov R.A., Kelas'ev V.N. Zhiznenniye uspekhi i orientatsii sovremennoi rossiiskoi molodezhi [Success in life and orientations of contemporary Russian youth]. *Molodezhnaya Galaktika*, 2013, no. 9, pp. 20–28 (in Russian).
10. Zubok Yu.A., Chuprov V.I. Sovremennaya sotsiologiya molodezhi: izmenyayushchayasya real'nost' i novye teoreticheskie podkhody [Modern sociology of youth: changing reality and theoretical approaches]. *Rossiya reformiruyushchayasya*, 2017, no. 15, pp. 12–48 (in Russian).
11. Kolpina L.V. Sotsial'noe zdorov'e: opredeleniye i mekhanizmy vliyaniya na obshchee zdorov'e: obzor literatury [Social health: definition and mechanisms of influence on individual health: literature review]. *Sinergiya*, 2017, no. 2, pp. 73–81 (in Russian).
12. Kolpina L.V., Serbai I.N. K voprosu ob opredelenii ponyatiya «sotsial'noe zdorov'e» [On "social health" concept]. *Srednerusskii vestnik obshchestvennykh nauk*, 2011, no. 1, pp. 49–56 (in Russian).
13. Konstantinovskii D.L., Voznesenskaya E.D., Cherednichenko G.A. Rabochaya molodezh' segodnya: obrazovanie, professiya, sotsial'noe samochuvstvie [Workers Today: Education, Profession, Social Health]. *Sotsiologicheskaya nauka i sotsial'naya praktika*, 2013, no. 2, pp. 21–38 (in Russian).
14. Lebedeva-Nesevrya N.A. Sotsial'nye factory riska zdorov'yu kak ob'ekt upravleniya [Social health risk factors as an object of management]. *Vestnik Permskogo universiteta. Seriya: Biologiya*, 2010, no. 3, pp. 36–41 (in Russian).
15. Tarasenko L.V., Nor-Arevyan O.A., Kirik V.A. [et al.]. Modelirovanie professional'noi sotsializatsii studencheskoi molodezhi v usloviyakh sotsial'noi neopredelennosti [Modeling of students' professional socialization under social uncertainty]. Rostov on Don, 2016, 164 p. (in Russian).
16. O chem mechtayut rossiyanе (razmyshleniya sotsiologov): Analiticheskii doklad [What Russians dream about (sociologists' thinking): analytical report]. Moscow, ISRAN, Publ., 2012, 106 p. (in Russian).
17. Parsons T. Sistema sovremennykh obshchestv [A system of modern societies]. Moscow, Aspekt-Press, Publ., 1997, 270 p. (in Russian).
18. Fromm E. Zdorovoe obshchestvo [A healthy society]. Moscow, Ast, Astrel', Publ., 2011, 314 p. (in Russian).
19. Shilkina N.E. Kontseptsiya tselevoi tsnnosti deistviya kak teoretiko-metodologicheskoe osnovanie otsenki i prognoza sotsial'noi adaptatsii studencheskoi molodezhi v usloviyakh sotsial'noi neopredelennosti i riska [A target action value concept as theoretical and methodological grounds for assessing and predicting young students' social adaptation under social uncertainty and risks]. *Devyatye Kovalevskie chteniya. Sotsiologiya i sotsiologicheskoe obrazovanie v Rossii: materialy konferentsii, posvyashchennoi 25-letiyu sotsiologicheskogo obrazovaniya v Rossii i Sankt-Peterburgskom gosudarstvennom universitete [The ninth Kovalev's readings. Sociology and sociological education in Russia: materials of the conference, dedicated to the 25th anniversary of sociological education in Russia and in saint Petersburg State University]*. St. Petersburg, Skifiya-print, Publ., 2014, pp. 229–231 (in Russian).
20. Berkman L.F., Kawachi I. Social epidemiology. New York, Oxford University Press, Publ., 2000, pp. 174–190.
21. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *World Health Organization: Commission on the Social Determinants of Health*. Geneva, 2008, 256 p.
22. Hanefeld J., Vearey J., Lunt N. A global research agenda on migration, mobility, and health. *The Lancet*, 2017, vol. 389, no. 10087, pp. 2358–2359.
23. Herzman C., Boyce T. How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. *Annu. Rev. Public. Health*, 2010, vol. 31, pp. 329–347.
24. Manor O., Matthews S. Power Health selection: The role of inter- and intragenerational mobility in social inequalities in health. *Soc. Sci. Med.*, 2003, vol. 57, pp. 2217–2227.
25. Tobias M. Social rank: a risk factor whose time has come? *The Lancet*, 2017, vol. 389, no. 10075, pp. 1172–1174.
26. Trenton D. Mize Profile in health: Multiple roles and healthy lifestyles in early adulthood. *Social Science & Medicine*, 2017, vol. 178, pp. 196–205.

Gafiatulina N.Kh., Tarasenko L.V., Samygin S.I., Eliseeva S.Yu. Social health and perception of risks by students living in southern russian regions (based on sociological questioning data obtained in Rostov-on-Don). *Health Risk Analysis*, 2017, no. 4, pp. 66–75. DOI: 10.21668/health.risk/2017.4.07.eng

Получена: 10.07.2017

Принята: 18.12.2017

Опубликована: 30.12.2017