

УДК: 316.658.2

**ГЕНДЕРНАЯ СПЕЦИФИКА САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ**

**GENDER SPECIFICITY OF SELF-PRESERVING BEHAVIOR
OF STUDENT YOUTH**

©Черепанова М. И.

канд. пед. наук

Алтайский государственный университет

г. Барнаул, Россия, cher_67@mail.ru

©Cherepanova M.

Ph.D., Altai state university, Barnaul, Russia, cher_67@mail.ru

©Фокина А. Е.

Алтайский государственный педагогический университет

г. Барнаул, Россия, nastenkaby@yandex.ru

©Fokina A.

Altai state pedagogical university

Barnaul, Russia, nastenkaby@yandex.ru

©Сарыглар С. А.

Алтайский государственный университет

г. Барнаул, Россия, syldysma93@mail.ru

©Saryglar S.

Altai state university, Barnaul, Russia, syldysma93@mail.ru

Аннотация. Представлены результаты исследования проблемы самосохранительного поведения молодежи Алтайского края в контексте его гендерного аспекта.

Предметом работы явилась модель социетальных факторов взаимообусловленности здорового образа жизни молодежи. Цель состояла в исследовании поведенческих, социальных, средовых, гендерных характеристик формирования позитивных и негативных стратегий самосохранения. Методология работы основана на концепции, суть которой заключается в том, что повседневные практики сохранения своего здоровья все больше обуславливаются социокультурными, педагогическими, стилевыми особенностями социализации молодежи. Методы работы включают социологический опрос, частотный, двухмерный, факторный анализ с использованием программы SPSS 17.0.

Обосновано, что создание среды, способствующей усвоению, формированию и в конечном итоге, интериоризации эффективных стратегий самосохранительного поведения, должно способствовать формированию системы установок на сохранение здоровья на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровне. При этом ближайшему социальному окружению, придается решающая роль. Кроме того, информационная и социокультурная среда учреждения высшего образования призвана и может сформировать мотивацию у студентов к позитивному образу жизни, связанную с ответственным отношением к собственному здоровью и жизни.

Основные выводы исследования заключаются в том, что существует гендерная специфика в констатации значимости здоровья, уровне ответственности за него, факторов, определяющих отношение к самосохранению, что в целом проявляется в актуальных тенденциях и качестве жизнедеятельности, заболеваемости молодежи разного пола.

Самосохранительные стратегии девушек студенческого возраста, можно в целом, отнести к здоровью сберегающим, юноши, скорее реализуют стратегии, граничащие с риском для здоровья.

Abstract. Results of a research of a problem of samosokhranitelny behavior of youth of Altai Krai in the context of its gender aspect are provided.

Subject of work was the model the sotsiyetalnykh of factors of interconditionality of a healthy lifestyle of youth. The purpose consisted in a research of behavioural, social, environmental, gender characteristics of forming of positive and negative strategy of self-preservation. The methodology of work is based on a concept, the essence of which is that everyday practices of preserving one's health are increasingly conditioned by socio-cultural, pedagogical, style features of the socialization of young people. Methods of work include sociological poll, the frequency, two-dimensional, factorial analysis with use of the SPSS 17.0 program.

It is proved that creation of the environment promoting assimilation, forming and finally, interiorization of effective strategy of samosokhranitelny behavior, shall promote forming of system of installations on preserving health at the cognitive, emotional and behavioural level. At the same time to the immediate social environment, the crucial role is given. Besides, the information and sociocultural environment of educational institution of the higher education is called and can create motivation at students to a positive image of life, the attitude towards own health and life connected with responsible.

The main conclusions of a research are that there are gender specifics in ascertaining of the importance of health, level of responsibility for it, the factors determining the relation to self-preservation that in general is shown in urgent tendencies quality of activity, incidence of youth. The self-preservation strategy of girls of student's age, it is possible to carry in general to health saving, young men students, realize the strategy adjoining on risk for health rather.

Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни, самосохранительное поведение, гендерная специфика.

Keywords: health, healthy lifestyle; samosokhranitelny behavior, gender specifics.

Основным условием закономерного развития общества и его успешного функционирования, критерием благополучия является ценность долголетнего существования. Она формируется культурной преемственностью и жизнью общества.

Особую актуальность в настоящее время приобретает социологическое осмысление моделей самосохранительного поведения молодежи, так как в составе населения заметно сократилась и продолжает уменьшаться численность людей молодого возраста, что ведет к значительному старению общества. Проблемой является то, что каждое следующее поколение обладает более плохим здоровьем, чем предыдущее. Ситуация усугубляется тем, что для молодежи характерно наличие широкого поведенческого паттерна, связанного с риском для здоровья, жизни.

Многочисленные отечественные исследования позволяют судить о происходящих неблагоприятных изменениях здоровья населения, что наиболее ярко выражено у лиц подросткового и юношеского возрастов. По данным официальной статистики, заболеваемость студентов находится в промежутке от 700 до 1200 на 10 000 человек. При этом за период обучения в ВУЗе состояние здоровья студентов как правило ухудшается, а деятельность по сохранению здоровья молодежи не приносит серьезных результатов в виде уменьшения количества заболевших, или другого плана. В программах развития российских университетов практически отсутствуют конкретные мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни, повышение и укрепление уровня их здоровья, за исключением стандартных занятий по физической культуре или плановых

медицинских осмотров, увеличение умственной, физической и, соответственно, учебной работоспособности.

Согласно исследованиям специалистов, студенты российских ВУЗов, обучающиеся на очном отделении, высказывают неадекватную оценку своего здоровья, и демонстрируют отсутствие личной ответственности за его состояние, так же им присущ низкий уровень общей и гигиенической культуры, недостаток в организации питания, условий обучения и проживания.

В то же время, результаты современных социологических исследований показывают, что самосохранительное поведение достаточно значимо для большинства студентов, в определенной степени относится к жизненной ценности, и в целом для современной студенческой молодежи характерны жизненные стратегии, направленные на личностную и профессиональную самореализации [1]. Однако эта ценность недостаточно осознанна. Все это позволяет утверждать, что многие студенты, относящие себя к людям, ведущим здоровый образ жизни, в действительности не придерживаются его норм; практическая реализация принципов здорового образа жизни имеет место не более, чем у одной трети студентов. Нельзя сказать, что все студенты, или хотя бы большинство из них выказывают правильную оценку роли физической культуры и спорта в повышении физической и умственной работоспособности человека [2].

Представления о здоровье, как составляющей профессионального статуса, которое бы соответствовало реальному, у студентов находится в стадии становления. Недостаточное внимание к собственному психическому и физическому здоровью содержит реальную угрозу для воплощения жизненных планов студентов в действительность [2].

В современном социологическом знании существует значительное количество исследований, посвященных изучению различных аспектов и характеристик здоровья человека, отдельных социальных групп. Исследователи акцентируют внимание на различных аспектах адаптации, влияющих на здоровье студентов (социальная, психологическая, лингвистическая и культурная адаптация, депрессии и стресс, недостаток межкультурной коммуникации и одиночество) [3].

На проблему здоровья обратили внимание еще в XIX веке. Они воплотились в теории социального действия М. Вебера, парадигме структурного функционализма Т. Парсонса, парадигме символического интеракционизма Г. Беккера, Э. Гоффмана, А. Страуса. Большой вклад в социологию медицины внесло понятие П. Бурдьё о «габитусе».

Начиная с 70–80-х годов XX в. на проблемы здоровья и самосохранительного поведения (ССП) обратили внимание социологи и философы (Ю. И. Бородин, Д. Д. Венедиктов, А. М. Изуткин, Е. Н. Кудрявцева, Ю. П. Лисицын, Г. И. Царегородцев и др.). Ценностно–мотивационный подход к изучению здоровья воплотился в социологической парадигме, представленной в работах А. И. Антонова, В. М. Медкова, М. С. Бедного и др.

Термин «самосохранительное поведение» (ССП) впервые ввел в научный оборот А. И. Антонов для «описания готовности личности к сохранению собственной жизни и здоровья». Обращаясь к отечественным исследователям, можно назвать И. В. Журавлеву, Л. С. Шилкову, как наиболее известных ученых в этой области. Ими были представлены основы самосохранительного поведения и его концепция. Разработана система его показателей и комплекс факторов, которые влияют на него. Е. М. Андреев, В. М. Школьников, В. А. Бирюков исследовали проблемы структуры самосохранительного поведения, изучили связи ее компонентов, привели классификации самосохранительного поведения личности.

Раскрывая составляющие здоровьесберегающей деятельности университета, авторы говорят о необходимости внедрения такого рода мероприятий, для чего предлагают создавать центры здоровья, кафедры здорового образа жизни, организовывать психокоррекционные группы медико–психологической помощи студентам и пр. [4]. Одно из наиболее полных и известных исследований по данной теме в категориях социологии и медицины было проведено Е. Г. Вершининым с помощью студентов медицинского вуза. В

работах, исследующих отношение студентов к самосохранительному поведению в процессе обучения, рассматривались элементы управления самосохранительным поведением на уровне возможных путей коррекции имеющихся диспропорций в сознании и деятельности.

Несмотря на значительное количество работ, связанных с изучением самосохранительного поведения, необходимо заметить, что научные работы по проблеме самосохранительного поведения носят преимущественно констатирующий характер, и в меньшей степени рассматривают формирование направленности личности студентов на самосохранительное поведение. Недостаточно анализируется ценностное отношение студентов к здоровью, мало внимания уделяется мотивации, как определяющему фактору поведения относительно здоровья, самосохранительного поведения, условий и факторов их формирования.

Обзор литературы:

Учитывая особенности социально-экономического и научно-технологического развития современного общества, проблема сохранения здоровья населения приобретает главное значение. В процессе индустриализации, а в дальнейшем и информатизации общества трансформировался его образ жизни: население постепенно переходит от физической активности в новые сферы реализации личности. Поэтому на данном этапе здоровье выступает как человеческий капитал. До сих пор не сформулировано общепринятого понятия «здоровья». Одним из основных определений здоровья и наиболее часто употребляемым считается определение Всемирной Организации Здравоохранения: «Здоровье — состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [5].

Здоровье индивида зависит от различных факторов, в числе которых находится образ жизни человека: «устойчивый, сложившийся в конкретных общественно-экологических условиях способ жизнедеятельности человека». В образ жизни индивида входят: 1) определенные интересы, потребности, мотивов и их совокупность, побуждающая его к жизнедеятельности; 2) воля, ментальность и другие способности; 3) виды и способы жизнедеятельности, во время которых способности и мотивы индивида реализуются, а так же сами условия их реализации (бытовая, семейная, политическая, трудовая и т.п.); 4) материальная и предметная среда, с помощью которой реализуется его жизнедеятельность, и посредством которой индивид удовлетворяет свои цели, интересы, потребности. Соответственно, здоровье каждого индивида зависит от него самого на половину, т. е. 50% факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья человека можно управлять. И затруднение заключается в том, в какой степени каждый человек правильно управляет собственным здоровьем, насколько для него значимо и осознанно его сохранение и укрепление.

На сегодня в социологической литературе нет как общего термина для обозначения поведения, которое было бы направлено на сохранение и укрепление здоровья, так и его определения утвержденного в общественных кругах. В отечественной науке чаще всего используется термин «самосохранительное поведение», в западной же науке таких понятий несколько: «поведение, связанное со здоровьем», «здоровое поведение», «здоровые стили жизни». Впервые понятие «самосохранительное поведение» было дано в демографии после осознания определяющей роли в состоянии здоровья поведенческого фактора и позиции людей по отношению к своему здоровью. Демография определяет самосохранительное поведение как систему действий и установок личности, направленных на сохранение здоровья и продление жизни. В социологии самосохранительное поведение трактуется как «система действий и установок личности, направленных на сохранение здоровья и продление жизни» [2].

Современные знания о самосохранительном поведении исходят из определений классиков социологии XIX–XX в. в. М. Вебер в теории социального действия указывает на

влияние понятия смысла на индивидуальный выбор, в соответствии с чем выделял 4 типа поведения: целерациональное, ценностно–рациональное, традиционное и аффективное. Наиболее эффективным типом поведения для самосохранительного поведения представляется ценностно–рациональное, при котором идеалы стоят выше сиюминутных целей. Э. Дюркгейм в концепциях социальной аномии, социальной солидарности и разделения труда рассматривал проблемы взаимосвязи социальных процессов и индивидуального поведения человека. Вопросы поведения, которое можно отнести к самосохранительному, рассматривались в различных теоретических парадигмах. Парадигма структурного функционализма, сформулированная Т. Парсонсом, считается основной для понятия «здоровья». Он впервые выделил в болезни социальный аспект: «больное поведение», т. е. изменившееся поведение заболевшего человека становится заметным для общества, и таким образом оно приобретает статус в социальные явления. Насколько эти изменения воспринимаются окружающими действительно следствием плохого самочувствия, а не симуляции и нежелания выполнять работу, — настолько рассматриваемый индивид воспринимается как больной, что подразумевает соответственное обращение: ему предоставляют помощь и выказывают сострадание, и он почти полностью освобождается от своих обычных задач, а также от обязательного соблюдения правил социального поведения. Но зато он получает и новые обязанности: он должен стараться выздороветь, беречь себя, а для всего этого ему полагается посещать врача и следовать назначенному им плану лечения. Парсонс дал этой системе измененных ожиданий название «роль больного», приписываемая заболевшему человеку.

Таким образом, понятие «больной» или «болезнь», включает в себя три разные составляющие: 1) какое-то биологически измененное состояние индивида, части тела или всего тела, 2) психологически измененное состояние, связанное с переживанием по поводу какой-то ущербности или недомогания, 3) роль в социуме, подразумевающая особые требования и привилегии.

Здоровье понимается, прежде всего, как отсутствие болезни, то есть, отсутствие отклонений в биологических процессах или структурах в организме. Согласно Т. Парсонсу, здоровье определяется, как «состояние оптимальной работоспособности индивида в смысле эффективного исполнения ролей и задач, соответствующих его социальному статусу» [5]. Следовательно, здоровым считается работоспособный человек, который наиболее соответствует «нормальным» ролевым ожиданиям и который в состоянии самостоятельно справиться с каждодневными требованиями, в следствие чего, нет нужды приписывать ему особую роль больного. Здоровье, таким образом, тоже можно рассматривать исходя из трех разных составляющих: непосредственно здоровье, хорошее самочувствие, исполняемая роль здорового.

Г. Беккер, Э. Гоффман, А. Страус, основоположники парадигмы символического интеракционизма заложили теоретическую основу исследования психического здоровья и попытались объяснить поведение человека в стрессовых ситуациях как активного субъекта во взаимодействии с социальной средой. Здоровье в работах Г. Беккера включается в составляющие человеческого капитала. Автор проводит аналогию между вкладами в капитал здоровья и инвестициями в другие формы человеческого капитала, например, образование. Он говорит о том, что, входя в состав человеческого капитала, здоровье обуславливает как поведение, так и положение индивида на работе. Так же, важной особенностью здоровья как капитала является то, что здоровье не только является ценным само по себе, но и оказывает влияние на другие виды человеческого капитала, например, на срок накопления и использования (т. е. получения отдачи) образования и опыта.

Следуя работам Э. Гоффмана, можно констатировать, что, изучая поведение человека в более широком контексте межличностных взаимоотношений и действий, в котором оно имеет место, любые действия, которые могут быть расценены как признаки психического заболевания будут служить подтверждением опасности человека не только для себя, но и для

окружающих, хотя обычно они могут получить вполне естественное, не психопатологическое объяснение [6].

Современные социологи акцентируют внимание на влиянии медицины на общество, на сознание человека. Например, Э. Фридсон заметил, что в нашем обществе медицина полностью монополизировала контроль над здоровьем и болезнью, при этом забрав в подчинение себе все другие профессии и сферы, которые в своей работе соприкасаются со здоровьем. И. Зола подтверждает распространенность значимости медицины в обществе и делает вывод о том, что здравоохранение берет на себя функции социального контроля, т.е. происходит медиализация сознания. В. Наварро, исходя из марксистского подхода, считает, что вмешательство государства в здравоохранение обусловливается стремлением внушить уверенность определяющей роли самого человека в возникновении заболеваний и свести к нулю урон, наносимый здоровью людей капиталистической системой, ее неотъемлемым социальным неравенством, распространяющимся и на сферу здоровья.

Вместе с тем, представители конфликтной парадигмы (И. Зола, К. Маркс, В. Наварро, Э. Фридсон) негативно охарактеризовали распространение медицины в обществе, в том случае, если система здравоохранения присваивает себе функции социального контроля и передает на индивида большую, при чем главную часть ответственности за возникновение и развитие болезни. Отличительная черта этой теории заключается в переносе акцента с изучения медицины и болезней на исследование здоровья со стороны формирующих его социальных институтов. Теория конфликта раскрывает развитие общества через конфликт интересов разных классов и социально-экономических групп. При этом акцентируется важность активной роли медицины для стабильности общества.

Н. Фокс обобщил содержание термина здоровья. В. Коккер и Т. Абель доказывают актуальность изучения вопроса личностной ответственности индивида за свое здоровье.

Наибольший вклад в социологию медицины и здоровья внес представитель постмодернизма, П. Бурдьё. Он ввел понятие “habitus” (совокупность социальных отношений, схема интеграции людей, система индивидуальных установок, ориентаций), которое позволило понять поведение индивида, воспроизводящего «стили жизни», т. е. социально-культурные правила разных социальных групп. Медицина, по его терминологии, осуществляет «символическое насилие», навязывает свою систему символов, значений, иерархию ценностей, которые впоследствии приобретают естественный, «само-собой разумеющийся характер».

Так же немаловажна для социологии медицины и здоровья работа П. Бурдьё “Distinction”, в ней указаны выявленные модели потребления для разных социальных групп населения. Изучив и проанализировав различные сферы жизни индивида, то, как он относится к досугу, питанию, к физической активности, автор демонстрирует, как habitus оказывает влияние на формирование того или иного отношения к здоровью.

Эти идеи взял в основу своих исследований В. Коккер. Он попытался объяснить низкую продолжительность жизни мужского населения в России социальными особенностями структуры населения, а также распространенностью пагубных привычек (алкоголизм, курение), нежеланием заботиться о здоровье, неблагоприятными условиями жизни. Все это формирует специфический габитус, свойственный в основном мужчинам рабочего класса и среднего возраста. В итоге теория, разработанная П. Бурдьё, дала исследователям возможность обосновать взаимосвязь между ориентацией к здоровью и принадлежностью к определенному стилю жизни, классу.

В российской науке поведение в сфере здоровья первоначально изучалось социальной гигиеной, психологией, здравоохранением, медицинской демографией, где оно рассматривалось под термином «самоохранительное здоровье», который на сегодняшний день сохранился в медицинских исследованиях. Начиная с 70–80-х годов XX в. на проблемы здоровья и самосохранительного поведения обратили внимание социологи и философы (Ю. И. Бородин, Д. Д. Венедиктов, А. М. Изуткин, Е. Н. Кудрявцева, Ю. П. Лисицын, Г. И.

Царегородцев и др.). Ценностно–мотивационный подход к изучению здоровья воплотилась в социологической парадигме, представленной в работах А. И. Антонова, М. С. Бедного, В. М. Медкова и др. Сам термин «самосохранительное поведение» впервые ввел в научный оборот А. И. Антонов для «описания готовности личности к сохранению собственной жизни и здоровья». Обращаясь к отечественным исследователям, можно назвать И. В. Журавлеву, Л. С. Шилову, как наиболее известных ученых в данной области. Учеными были представлены концепции ССП, разработали систему его показателей, и вывели целый комплекс факторов, которые влияют на него. Указанные же выше авторы, Е. М. Андреев, В. А. Бирюков, В. М. Школьников исследовали проблемы структуры самосохранительного поведения, изучили связи ее компонентов, привели классификации самосохранительного поведения личности.

Одним из авторов, указавших на наличие проблем в сфере самосохранительного поведения, был Вишневский А. Г. [6]. Он указал четыре основные причины сохранения в России высокого уровня смертности. К ним он отнес:

1. **Несовершенный эпидемиологический переход.** Автор говорит о необходимости переноса акцента внимания со смертей от внешних причин на повседневную ситуацию, так же представляющую опасность для здоровья населения (питание, образ жизни, т. п.). Население и здравоохранение не перенесли фокус на зоны, находящиеся вне прямого воздействия медицины. Таким образом, жизнеохранительное поведение, говорит он, оказывается главным препятствием на пути снижения смертности.

2. **Недостаточность ресурсов.** В 2008 году Россия тратила 3,7% ВВП на сферу здравоохранения и физической культуры, столько же, сколько США в 1980 году. Недостаточность финансовых ресурсов и материального оснащения медицинских учреждений вместе с низкой эффективностью использования имеющихся ресурсов и экстенсивным ростом приводят к необходимости полного реформирования медицинской сферы для снижения уровня смертности.

3. **Неопределенность приоритетов.** Неверное понимание официальной статистики, в связи с чем неверно распределяются ресурсы, а, соответственно, приводят к неадекватно подобраным методам борьбы с причинами смертности.

4. **Социокультурная архаика.** Основа причин, по которым сегодня можно говорить о проблемах со «сбережением» народа, кроется в особенностях развития нашей страны. Тяжелая экономическая и социальная обстановка не стимулировали, но наоборот тормозили стремление к самосохранительному поведению. На самосохранительное поведение оказывает влияние и социальная структура общества. В России средний класс составляет относительно небольшую часть от всей структуры.

Методология исследования:

Эмпирическую базу исследования составили материалы социологического исследования, по теме «Стратегии самосохранения студенческой молодежи». Генеральная совокупность представлена студенческой молодежью Алтайского края. Для данного исследования наиболее эффективно использование квотной выборки. Квоты представлены по полу и вузу. Для анализа нами использовано 130 молодых людей с 1 курса бакалавриата по 2 курс магистратуры. Респонденты представлены студентами медицинского университета, а также классическим университетом г. Барнаул.

Полученные результаты были подвергнуты частотному анализу, кросстабуляции данных, а также факторному анализу с целью получения модели социальных факторов самосохранительного поведения.

Научная новизна исследования заключается в том, что на основе результатов исследования выявляются возможности прогнозирования риска потери здоровья и снижения качества жизни молодежи, а также в выявлении системы социальных предикторов, провоцирующих данный негативный феномен.

Результаты и их обоснование:

Специфика представлений студентов разного пола о здоровье, заключается в том, что, для мужчин наибольшее влияние на ведение здорового образа жизни имеют условия жизни (55%). Усилиям самого человека приписывают важную роль только каждый третий молодой человек, а уверены в определяющей роли наследственности всего 6%. Девушки же наиболее важными считают усилия самого человека (42%), половина девушек считают главным воспитание и 12% наследственность. Таким образом, девушки готовы в большей степени нести ответственность за свое здоровье, чем юноши. Указанные мужчинами причины в большинстве можно охарактеризовать как внешние, не поддающиеся контролю, тогда как у девушек большей значимостью являются усилия самого человека. Таким образом, отчасти данный факт отношения к своему здоровью является одной из причин большей заболеваемости, смертности молодых мужчин, а также, возможно, провоцируют один из самых низких уровней продолжительности жизни российских мужчин разного возраста, в том числе и молодого.

Рассматривая важность здоровья в контексте половых различий, можно сказать, что большинство девушек уверено, что здоровье это самое главное в жизни (48%), для мужчин же наиболее распространенными явились такие ответы, как «здоровье — это самое главное в жизни» и «здоровье конечно важно, но иногда об этом можно и забыть». Таким образом, можно сказать, что в целом и девушки, и мужчины склонны к заботе о здоровье и самосохранительному поведению. Однако, у девушек больше, чем у юношей распространено понятие о здоровье, как об одной, но не самой важной части жизни, таких же, как учеба, работа, развлечения. К тому же для студентов мужского пола более характерно стремление к жизни с риском для здоровья, либо вообще к отсутствию каких-либо ограничений, даже в пользу сохранения здоровья. Данный факт говорит о двух крайних состояниях восприятия здоровья у мужчин: здоровье либо признается абсолютной ценностью, либо наоборот, ему не придается особого значения. Тогда как у девушек более явно прослеживается установка на самосохранительное поведение. Данные результаты объясняют высокий рискованный потенциал у студентов мужского пола.

Наибольшее согласие как у молодых людей (87%), так и у девушек (97%), вызвало утверждение о необходимости правильно питаться. Необходимость вести здоровый образ жизни, заниматься физкультурой и спортом поддерживают 87% мужчин и 90% девушек, еще 94% девушек и 84% мужчин согласны избегать курения, по 88% и девушек и мужчин согласны придерживаться режима сна и отдыха. Выявлены значимые отличия по полу в следующих аспектах: мужчины реже своевременно обращаются к врачам, не склонны контролировать и избегать частого переутомления, значимо реже знакомятся с информацией о болезнях, особенно имеющихся у них. Использовать свободное время с пользой для здоровья стремятся 75% девушек и 55% юношей. Наименьшее согласие получило утверждение о самолечении: с ним согласились всего 26% юношей и только 16% девушек. Таким образом, у юношей, по сравнению с девушками значительно более снижен потенциал самосохранительного поведения.

Забота о здоровье у юношей в наибольшей степени обуславливается их воспитанием, либо ухудшением здоровья. У девушек же наиболее мотивирующим фактором явилось ухудшение здоровья, следующим по распространенности следует воспитание, воздействие медицинской литературы, а также влияние и пример значимого окружения. Можно заметить, что девушки склонны не уделять достаточно внимания здоровью до возникновения в этом необходимости гораздо чаще юношей. Таким образом, наиболее эффективно стимулировать молодых людей через воспитание и социализацию, формируя систему мотивов сохранения и приумножения здоровья.

Ожидаемым в контексте половых различий, явился вывод о том, что курит каждый третий молодой человек и каждая десятая девушка, что подтверждает тенденцию сниженных

резервах самосохранительного поведения и реализации аутоагрессивного отношения молодых людей.

Негативная тенденция безответственного отношения к собственному здоровью проявляется также в том, что каждый третий студент и каждая пятая из девушек обращаются к врачу только за справкой, также каждый третий юноша склонен заботиться о здоровье только при заболевании, тогда как девушки стараются посетить врача при малейшем подозрении на болезнь: «при малейшем подозрении нужно идти к врачу, чтобы не дать ей развиться» ответили 72% девушек.

Каждая третья девушка и каждый пятый юноша при заболевании обращаются к врачу, и наоборот, каждый третий юноша и каждая пятая девушка пытаются самостоятельно разобраться в особенностях своего здоровья, используя медицинскую литературу. При этом, можно сделать вывод о том, что девушки больше, чем юноши, склонны доверять врачам, тогда как последние скорее апеллируют к самостоятельности стараются вылечить болезнь, не прибегая к помощи специалистов.

При анализе гендерной специфики самосохранительного поведения (ССП) были выявлены следующие характерные особенности.

1. Студенты мужского пола большую значимость в сохранении здоровья придают внешним условиям. Осознание собственной ответственности за свое здоровье у молодых людей снижено по сравнению с девушками, что может косвенно объяснять тенденцию негативной статистики смертности молодых мужчин РФ по данным государственной статистики.

2. Неэффективная стратегия ССП для студентов мужского пола связана с повышенным потенциалом риска для здоровья. Для мужского пола характерна низкая обращаемость в официальные медицинские учреждения по сравнению с девушками.

3. У девушек присутствует ярко выраженная установка на сохранение здоровья: они значительно менее склонны к вредным привычкам, относят здоровье к главной ценности жизни.

4. Для студенток характерно в большей степени включение в распорядок дня элементов, позволяющих им восстановить или улучшить состояние их здоровья.

5. Девушки стремятся посещать врача не только при заболевании, но и при подозрении на болезнь, что позволяет им предотвратить тяжелые последствия позднего обнаружения заболевания.

6. Студентки самостоятельно мотивируют себя на заботу о здоровье: они осознают ответственность за него и при ухудшении своего состояния прилагают все усилия для выздоровления.

7. В целом для девушек характерна стратегия самосохранительного поведения, которую можно назвать «здоровьесберегающей», для юношей более характерна стратегия, связанная с риском для здоровья.

Список литературы

1. Черепанова М. И. Этнокультурные особенности стратегий самосохранительного поведения населения (на примере приграничных территорий России) // Социальная интеграция и развитие этнокультур в евразийском пространстве: сборник материалов международной научной конференции / отв. ред. С. Г. Максимова. Барнаул: ИП Колмогоров И. А., 2014. 162 с.

2. Черепанова М. И. Социальные риски, как факторы, формирующие поведенческое пространство молодежи Алтайского края (на примере социологического исследования) // Социология в современном мире: наука, образование, творчество. 2012. №4 (4). С. 131–135.

3. Шушунова Т. Н. Самосохранительное поведение как осознанное отношение к своему здоровью (на примере столичного студенчества) // Социальный облик современной

белорусской молодежи: сб. ст. / под ред. Е. В. Лебедевой. Минск: Академия управления при Президенте Респ. Беларусь, 2008. С. 85–95.

4. Черепанова М. И. Формирование самосохранительного поведения как одна из форм профилактики аутоагрессии личности при наркомании // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал. Материалы II-й Международной научно-практической конференции / гл. ред. И. О. Логинова. 2015. С. 262–266.

5. Черепанова М. И. Аутоагрессивное поведение молодежи: междисциплинарный анализ // Мир науки, культуры, образования. 2014. №2 (45). С. 353–355.

6. Вишневыский А. Г., Школьников В. П. Смертность в России. Главные группы риска и приоритетные действия. М.: Московский Центр Карнеги, 2000. 158 с.

References:

1. Cherepanova, M. I. (2014). Ethnocultural features of strategy of self-preserving behavior of the population (on the example of border territories of Russia). Social integration and development of ethnocultures in the Euroasian space: collection of materials of the international scientific conference. Ed. S. G. Maximov. Barnaul, IP Kolmogorov I. A., 162. (In Russian).

2. Cherepanova, M. I. (2012). Social risks as the factors forming behavioural space of youth of Altai Krai (on the example of a sociological research). *Sociology in the modern world: science, education, creativity*, (4), 131–135. (In Russian).

3. Shushunova, T. N. (2008). Self-preserving behavior as the conscious attitude towards the health (on the example of capital students). Social shape of modern Belarusian youth: col. art. Academy of management at the President of Republic Belarus; under the editorship of E. V. Lebedeva. Minsk, 85–95. (In Russian).

4. Cherepanova, M. I. (2015). Formation of self-preserving behavior as one of the forms of the pro-active self-aggression of an individual with addiction. Psychological health of the person: vital resource and vital potentials. Materialy II International scientific and practical conference. Ed. I. O. Loginov. 262–266. (In Russian).

5. Cherepanova, M. I. (2014). Self-aggression behavior of youth: cross-disciplinary analysis. *World of science, culture, education*, (2), 353–355. (In Russian).

6. Vishnevsky, A. G., & Shkolnikov, V. P. (2000). Mortality in Russia. Main risk groups and priority actions. Moscow, Moscow Center of Carnegie, 158. (In Russian).

*Работа поступила
в редакцию 20.02.2017г.*

*Принята к публикации
23.02.2017 г.*

Ссылка для цитирования:

Черепанова М. И., Фокина А. Е., Сарыглар С. А. Гендерная специфика самосохранительного поведения студенческой молодежи // Бюллетень науки и практики. Электрон. журн. 2017. №3 (16). С. 221–230. Режим доступа: <http://www.bulletennauki.com/cherepanova-fokina> (дата обращения 15.03.2017).

Cite as (APA):

Cherepanova, M., Fokina, A., & Saryglar, S. (2017). Gender specificity of self-preserving behavior of student youth. *Bulletin of Science and Practice*, (3), 221–230. Available at: <http://www.bulletennauki.com/cherepanova-fokina>, accessed 15.03.2017. (In Russian).