

СОЦИОЛОГИЯ

Л.В. Колтина

Управленческий механизм социального саногенеза населения Белгородской области

Социальный саногенез (sanogenes; лат. sanos – здоровье + греч. genesis – происхождение, развитие) представляет собой комплекс целенаправленных действий по формированию и укреплению социального здоровья населения. Целью данной статьи является обоснование возможностей управленческого воздействия на социальное здоровье населения. Для этого необходимо раскрыть сущность феномена социального здоровья, его детерминанты, операционализировать данное понятие; опираясь на результаты эмпирического исследования обозначить ключевые проблемы, препятствующие социальному здоровью белгородцев, и предложить адекватный управленческий механизм решения этой проблемы.

Социальное здоровье нами рассматривается как совокупность характеристик социального взаимодействия субъекта со средой, позволяющих ему легитимно и экологично реализовывать индивидуальные и общественно значимые цели в основных жизненных сферах. Эти характеристики выражаются в способности воспроизводить социальные связи и отношения, реализовывать через них базовые потребности (социальной адаптации); актуализации личностного потенциала в обществе и для общества (социальной самореализации); в способности и желании целенаправленно воздействовать на социальную ситуацию (социальном творчестве); осознании собственного

социального предназначения и обусловленного этим поведением (социальной миссии).

К ключевым сферам жизнедеятельности мы относим семейную и среду неформального общения (друзья, соседи), гражданскую, политическую, социоэкономическую и профессиональную сферы. Легитимность взаимодействия (от лат. законный, должный, правильный) как характеристика социального порядка, обладающего престижем и фактической нормативной значимостью для социального поведения людей, подразумевает как ее правовой, так и социокультурный аспект. Экологичность предусматривает в случае субъект-объектного взаимодействия сохранение целостности как самого социального актора, так и объекта воздействия; в случае субъект-субъектного взаимодействия – сохранение целостности всех субъектов, где понятие целостности отражает единство, скоординированность, внутреннюю логичность проявлений.

Социальность взаимодействия означает: непосредственный или опосредованный контакт с другими людьми, социальными группами, общностями и социальными институтами; ориентацию на социально значимые цели; использование социальных ресурсов и механизмов в реализации целей, где под социальными ресурсами общества понимаются возможности, которые оно предоставляет личности; а под социальными механизмами – система устоявшихся (на межличностном уровне) и институализированных (на социетальном уровне) практик реализации целей.

Таким образом, социальное здоровье – это актуализированная способность индивида воспроизводить свое бытие посредством социальных связей и отношений, раскрывать в них себя, оптимизировать социальное пространство в соответствии с личными и общественными императивами, ставить и реализовывать задачи, основанные на осознании своего социального предназначения в различных социальных сферах. Обратим внимание на то, что для ухода от общей тенденции,

выражающейся в сведении исследования этой проблемы к анализу социальных отклонений, в качестве основной задачи мы ставили выявление позитивных социальных характеристик личности, а не социальных дезадаптаций и, следовательно, минимальным уровнем социального здоровья считаем социальную адаптацию.

Результаты проведенного нами исследования социального здоровья населения Белгородской области (2009 г., N=600 человек) позволили сформулировать ряд выводов. Во всех анализируемых жизненных сферах у белгородцев преобладает социально адаптивный, воспроизводящий тип отношений. Средние значения этого показателя равны 39,7%. В то же время самореализуются в социальных отношениях 25,0%, а реализуют предназначение – 17,5% населения. Социальное творчество, воплощающееся в политической и общественной активности и связанное с преобразованием общественной ситуации, представлено минимально, что обусловлено в первую очередь низкой значимостью гражданской и политической сфер активности.

Рефлексия степени реализации различных компонентов социального здоровья в среднем вызвала затруднение у 17,8% респондентов. Это достаточно высокий показатель, свидетельствующий о низком уровне актуализации у населения этой проблемы и во многом объясняющий высокий уровень адаптивных отношений: иные аспекты социального здоровья реально (а не декларируемо!) не востребованы.

Результаты исследования позволяют предполагать наличие и другой причины, детерминирующей невысокие показатели социального здоровья большей части населения – тенденцию снижения уровня притязаний в случае невозможности реализации собственных целей в той или иной сфере жизнедеятельности. Такой вывод мы делаем на основании сравнения субъективных показателей управляемости (степени зависимости от населения) жизненной ситуацией в исследуемых сферах, с

показателями социального самочувствия в этих сферах и некоторых показателях статистики по данным сферам (в семейной – соотношение числа браков и разводов; в общественной и политической – гражданская и политическая активность; в социально-экономической – уровень заработной платы). Так, в частности, высокие значения удовлетворенности семейными отношениями населения (коэффициент социального самочувствия = 0.91) [1] входят в противоречие с показателями статистики, свидетельствующими о том, что примерно половина заключенных браков распадается [2, с. 69]; коэффициент удовлетворенности населения в социэкономической сфере = 0.40, при этом, сопоставляя данные по среднему уровню дохода на члена семьи и данные Белгородстата о прожиточном минимуме в Белгородской области [3], можно сделать вывод, что треть респондентов имеет социально-экономический статус, соответствующий уровню ниже прожиточного минимума, а примерно 40% – находятся в его в диапазоне. Эти и другие данные позволяют говорить о том, что субъективные оценки социального здоровья имеют более высокие показатели, чем объективные, и, по нашему мнению, психологическим механизмом преодоления этого противоречия является снижение уровня притязаний. То есть речь идет о пассивном приспособлении, минимизации использования личного или социального потенциала для изменения ситуации. С точки зрения социологии социальных изменений для «обществ риска», к которым относится и Россия, данная форма социальной адаптации является деструктивной.

Если же говорить о выраженности различных аспектов социального здоровья в основных сферах жизнедеятельности, то в наибольшей степени реализацию своего предназначения, миссии респонденты связывают с отношениями в семье (28,3%); самореализацию – с профессиональной и дружеской сферами (по 33,1%). Социально-творческая деятельность реализуется в среднем 8% населения. Минимальной значимостью

обладают отношения в политической сфере; наиболее формально реализуемыми являются отношения с соседями, а наиболее насыщенными, социально здоровыми – отношения в семье и с друзьями, что подтверждается и наиболее высокими оценками социального самочувствия населения в этих сферах.

В качестве причин, детерминирующих такую ситуацию, мы выделяем следующие:

- низкую значимость социально творческой и социально ответственной деятельности, отсутствие концепта социального здоровья в массовом сознании (в сравнении с концептом физического и психического здоровья);

- недостаточный уровень потенциала самоорганизации населения с целью решения личных и общественно значимых проблем;

- несформированность культуры партисипации как на мезо-, так и макроуровне социальных отношений, а также адекватных возникающим проблемам социальных механизмов;

- патернализм, недостаточная обоснованность и некоторая узость охвата возрастного и тематического спектра реализуемых в области социальных программ, низкая доступность их для населения;

- низкая востребованность человеческих ресурсов и ресурсов самоорганизации со стороны органов власти и управления.

Забота о сохранении и укреплении социального здоровья населения со стороны управленческих структур является вкладом в развитие человека, общества и государства в целом. Эффективность такого рода системы обусловлена действенностью соответствующего управленческого механизма. Управленческий механизм обеспечения социального саногенеза нами рассматривается как взаимодействие социальных структур и институтов, официальных и неофициальных норм, принципов, методов и средств, позволяющее осуществлять целенаправленную деятельность по формированию условий для

социальной адаптации, социальной самореализации, социального творчества населения, осознанию и осуществлению им своей миссии.

Управленческий механизм социального саногенеза населения включает в себя структурный, нормативный, методический, операционный и социально-технологический блоки.

1. Структурный блок социального саногенеза представлен: а) субъектами и объектами социального саногенеза; б) объектами управленческого воздействия. Спецификой структурного блока исследуемого социального механизма является необходимость дифференциации объекта социального саногенеза от объекта управленческого воздействия и высокая степень условности в выделении субъекта и объекта социального саногенеза.

Первое обстоятельство вызвано тем, что в традиционном для социологии управлении понимании социальным субъектом являются управленческие структуры, а объектом – население. В нашем же случае объект социального саногенеза одновременно может быть и субъектом. Во-первых, в силу того, что им самим (населением) в большой мере формулируется запрос, а значит, определяются характер обеспечивающей деятельности. Во-вторых, что даже более важно, реализуя такие компоненты социального здоровья, как социальное творчество и социальная миссия, он (объект), сам инициирует процессы социального саногенеза. Поэтому правильнее говорить не об управляющей и управляемой подсистемах, а о субъект-субъектном взаимодействии подсистем различных уровней, определяемых характером решаемых задач, масштабностью и степенью влияния на общественные процессы.

К субъектам первого порядка относятся государственные структуры, ответственные за стратегию развития социальной системы (общества или региона) на основе парадигмы социального здоровья, обеспечивающие масштабность процессов социального саногенеза и скоординированность деятельности

различных подсистем в ее реализации. Субъекты второго порядка – государственные и муниципальные структуры и институты, реализующие указанную стратегию в соответствии со своим общественным предназначением. Субъекты третьего порядка – общественные организации, основной целью которых является «точечное» содействие процессам социального оздоровления. Субъекты четвертого порядка – активные граждане, инициирующие процессы социально оздоровления, которые наравне с людьми, реализующими адаптивную стратегию выживания, также являются и объектами, на которых направлена управленческая деятельность по обеспечению условий для социального оздоровления. Таким образом, объекты управленческого воздействия могут одновременно являться и субъектами.

Во-вторых, объектом управленческого воздействия являются не только люди, но и факторы и условия, обеспечивающие социальное здоровье населения. К условиям мы относим объекты «дальнего» окружения: такие как правовое государство, демократические институты, нормативно-правовая база; социокультурная среда, гражданское общество. К факторам внешнего характера – качество и доступность дошкольного, начального, среднего образования, его преемственность по отношению к среднему специальному и высшему образованию. К факторам внутреннего характера – готовность населения к социальному саногенезу, проявляющаяся в желании и способности наращивать и реализовывать потенциал социального здоровья. Таким образом, следует разделять объект социального саногенеза (население) с объектом управленческого воздействия (собственно население и условия и факторы, обеспечивающие социальное здоровье населения).

Раскроем полнее последний тезис. Субъект управления лишь в определенной степени может и должен (исходя из гуманистической методологии) оказывать непосредственное воздействие на объект социального саногенеза; в большей же мере – опосредованное, через обеспечение соответствующих

стимулирующих или купирующих какие-либо негативные проявления условий. Сущность социального здоровья состоит в развертывании личностных качеств граждан, раскрытии их способностей и возможностей в обществе и для общества, а следовательно, в расширении их свободы. Этому противоречат жесткие рамки директивного управления с превалированием односторонних, субъект-объектных отношений, и актуализируется другой – субъект-субъектный тип. Именно поэтому речь идет не столько о направленном формировании характеристик социального здоровья (непосредственном воздействии на личность), сколько об обеспечении адекватных этому условий и, соответственно, о косвенных, или так называемых мягких методах управления. Их сущность – в недирективности воздействия, основанной, с одной стороны, на предоставлении широких возможностей населению для свободного выбора целей и способов их достижения; с другой – использовании неформальных рычагов управления [4, с. 32–36]. В такой ситуации отношения начинают носить реципрокный характер; воздействие на объект преобразуется во взаимодействие с ним, а управление в основе своей сводится к:

- формированию «социально здорового» мировоззрения населения, культуры социального здоровья и общественного запроса на социально здоровую личность;

- поддержке и поощрению социально эффективных и общественно ориентированных форм поведения населения;

- обеспечению населения адекватными общественными ресурсами (правовыми, институциональными, культурными, информационными, социально-технологическими) для удовлетворения им собственных потребностей; возможностей – для социальной адаптации, самоактуализации, социально-творческой деятельности и реализации социальной миссии.

2. Методологический блок включает в себя совокупность положений, принципов, методов организации деятельности по социальному саногенезу:

– положения парадигмы социального здоровья и социального саногенеза (элементы социального здоровья; факторы, его детерминирующие; переменные, поддающиеся управленческому воздействию) [5];

– принципы осуществления социального саногенеза (системности, научности, реципрокности, гуманизма, обратной связи, человекоориентированности).

– методы социального саногенеза подразделяются на две группы:

а) обеспечивающие практическую деятельность по реализации программы социального саногенеза (организационно-административные; социально-психологические и финансово-экономические);

б) позволяющие обоснованно сформулировать цель, задачи и пути их реализации и достижения: метод ранжирования, реализующийся в распределении целей по их сравнительной значимости и по времени их реализации в планируемом периоде. Исходя из положений социоинженерного подхода, одним из принципов которого является опережающее развитие культуры, социальный саногенез должен начинаться с формирования адекватного культурного пространства, затем – личностных и социальных изменений [6, с. 27–29]; метод определения ключевых сфер, в качестве которых мы выделяем профессиональную, социоэкономическую, политическую, гражданскую и семейную; метод «луковицы целей», внешний слой которой – потребность в актуализации и реализации структурных компонентов социального здоровья в ключевых сферах; средний – конкретные социальные практики осуществления компонентов социального здоровья в ключевых сферах; внутренний слой – условия, обеспечивающие реализацию этих практик.

3. Нормативный блок, включающий в себя формальные и неформальные компоненты:

– нормативно-правовую базу, обеспечивающую функционирование механизма социального саногенеза (принятие об-

ластной Думой концепции социального саногенеза, разработка и утверждение на ее основе программы мер);

– совокупность интериоризированных в сознании управленцев ценностей, норм, представлений, соответствующих концепту социального здоровья и позволяющих его интегрировать в управленческую парадигму (а для этого необходима разработка соответствующей программы, обеспечивающей адекватную когнитивную готовность управленческих кадров).

4. Операционный блок включает в себя: а) формулирование проблемы; б) постановку цели; в) определение направлений деятельности; г) разработку показателей социального здоровья населения; д) оценку ресурсов.

Анализ деятельности региональных органов власти и управления, регионального законодательства и реализуемых программ позволяет говорить о том, что в области созданы предпосылки к социальному саногенезу по всем выделенным нами направлениям. Основными препятствиями этому служат: низкая готовность граждан актуализировать эти предпосылки; недостаточная, в силу различных причин, доступность для населения существующих программ; недостаточное использование органами власти и управления общественно-го потенциала в разработке и реализации этих программ. И, главное – отсутствие целевой ориентированности программ на повышение и укрепление социального здоровья населения, что обусловлено отсутствием соответствующей управленческой концепции. В связи с этим эффективность деятельности региональных властей в этом направлении существенно снижена.

Проблема же заключается в противоречии между объективной значимостью социального здоровья населения, как для повышения личной эффективности граждан, так и для развития социальной группы, общности и общества в целом, к которым они принадлежат, и отсутствием обоснованного управленческого механизма социального саногенеза.

Исходя из этого целью становится создание эффективной региональной системы социального саногенеза населения. Данная цель достигается разработкой и реализацией комплекса мер по следующим направлениям.

1. Актуализация компонентов социального здоровья личности среди населения:

– через придание социальным аспектам личности статуса здоровья;

– формирование у населения ценности социального здоровья;

– формирование у населения знаний, умений и навыков, позволяющих реализовывать потенциал социального здоровья.

2. Формирование общественных условий (нормативно-правовых, социокультурных, социально-экономических, политических, информационных и др.) для актуализации потенциала социального здоровья населения.

3. Привлечение граждан и их организаций к участию в разработке и реализации программ социального саногенеза.

4. Осуществление систематического мониторинга эффективности программ и адекватности показателей социального здоровья требованиям времени.

При этом в качестве интегральных показателей социального здоровья населения целесообразно выделить: управляемость ситуацией (как возможность контроля, осознанного и легитимного воздействия социального субъекта на ситуацию во всех сферах жизнедеятельности); социальное самочувствие населения в наиболее значимых сферах жизнедеятельности; актуализация в различных жизненных сферах всех аспектов социального здоровья населения.

Оценка ресурсов социального саногенеза должна осуществляться по следующим параметрам: организационная, финансовая, научно-методическая, кадровая нормативно-пра-

вовая, информационная обеспеченность программ социального саногенеза.

5. Социально-технологический блок, включающий в себя следующие группы социальных технологий:

а) по характеру воздействия:

– социальные технологии прямого воздействия на личность и население в целом (воспитательные);

– социальные технологии косвенного воздействия на личность и население в целом (обеспечивающие);

б) по направлениям воздействия:

– превентивные социальные технологии, направленные на купирование условий и факторов, препятствующих социальному здоровью населения;

– формирующие социальные технологии, направленные на воспитание культуры социального здоровья;

– коррекционные социальные технологии, реализующие совокупность мер по социальной адаптации населения;

– развивающие социальные технологии, стимулирующие социальное творчество, социальную самореализацию, осознание собственной социальной миссии;

в) по сферам жизнедеятельности:

– социальные технологии обеспечения социального здоровья в семейной сфере и в сфере межличностного общения;

– социальные технологии обеспечения социального здоровья в профессиональной и социально-экономической сферах;

– социальные технологии обеспечения социального здоровья в политической и гражданской сферах.

Формирование действенного механизма социального саногенеза, его включение в систему регионального развития будет иметь прямые и косвенные эффекты на личностном (повышение социальной эффективности населения, улучшение социального самочувствия) и социальном уровне (оптимальное конфигурирование социального пространства со всеми вытекающими отсюда следствиями, связанными с увеличением со-

циального капитала и доступа к нему населения и снижения аномийных процессов и явлений).

Список литературы

1. Любовь, деньги или жилье – без чего не построить крепкую семью? [Электронный ресурс] // ВЦИОМ. Пресс-выпуск № 1263 от 08.07. 2009 // Режим доступа к изд.: – www.wciom.ru – Систем. требования: IBM PC, Internet Explorer.

2. Демографический ежегодник Белгородской области за 2007 г.: Ст. сб. [Текст] / Белгородстат. 2008.

3. Величина прожиточного минимума (в среднем на душу населения рублей в месяц) [Электронный ресурс] // Режим доступа к изд.: <http://belg.gks.ru/digital/region12/doclib/tab6.doc> – Систем. требования: IBM PC, Internet Explorer.

4. Харченко, К.В. Социология управления: от теории к технологии [Текст] / К.В. Харченко. Белгород: Обл. типография, 2008.

5. Колпина, Л.В. Теоретико-методологические основы исследования социального здоровья личности [Текст] / Л.В. Колпина. М.: Изд-во СГУ, 2009.

6. Резник, Ю.М. Формирование институтов гражданского общества (социоинженерный подход) [Текст] / Ю.М. Резник // Социологические исследования. 1994. № 10.