

Хамидуллин Ренат Фирдаусович

**СОЦИАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА В ВОСПРОИЗВОДСТВЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**

В статье ставится задача зафиксировать и обосновать, основываясь на материалах социологического исследования, основные параметры влияния физической культуры и спорта как социального потенциала, воздействующего непосредственно на формирование здоровья граждан, рассматриваемого автором в условиях трансформации российского общества. Полученные автором результаты в ходе исследования свидетельствуют о низком уровне знаний и навыков в всего населения в плане регуляции организма и осуществления различных форм двигательной активности. В заключение выведены рекомендации, способствующие выходу из сложившейся ситуации.

Адрес статьи: [www.gramota.net/materials/3/2014/5-3/50.html](http://www.gramota.net/materials/3/2014/5-3/50.html)

Источник

**Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики**

Тамбов: Грамота, 2014. № 5 (43): в 3-х ч. Ч. III. С. 198-201. ISSN 1997-292X

Адрес журнала: [www.gramota.net/editions/3.htm](http://www.gramota.net/editions/3.htm)

Содержание данного номера журнала: [www.gramota.net/materials/3/2014/5-3/](http://www.gramota.net/materials/3/2014/5-3/)

**© Издательство "Грамота"**

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: [www.gramota.net](http://www.gramota.net)

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: [voprosy\\_hist@gramota.net](mailto:voprosy_hist@gramota.net)

## Список литературы

1. Аль-Хайкалийа аль-Жадида ли ат-Та'алим фи Любнан. Бейрут: аль-Маркез Ат-тарабауа дш аль-Бухут, 1995.
2. Данные Министерства среднего и высшего образования Ливана [Электронный ресурс]. URL: <http://www.crdp.org/CRDP/default.htm> (дата обращения: 15.04.2014).
3. Машруа ат-Танмия ал-Иджтиманя 2005 [Электронный ресурс]. URL: [http://www.cdr.gov.lb/study/CDP\\_RSA/CDPRSA.asp](http://www.cdr.gov.lb/study/CDP_RSA/CDPRSA.asp) (дата обращения: 25.04.2011).
4. Юсеф Шахид ад-Дувейли Аль-любнанийун 1907-2006. Ат-таузи' аль-мазхабий ва ад-диний уа сукканий. Жидуаль, 2007.
5. al-Ariss A. Religious Diversity in Lebanon: Lessons from a Small Country to the Global World [Электронный ресурс]. URL: [http://groupe-esc-troyes.academia.edu/AkramALARISS/Papers/183469/Religious\\_diversity\\_in\\_Lebanon\\_lessons\\_from\\_a\\_small\\_country\\_to\\_the\\_global\\_world](http://groupe-esc-troyes.academia.edu/AkramALARISS/Papers/183469/Religious_diversity_in_Lebanon_lessons_from_a_small_country_to_the_global_world) (дата обращения: 25.04.2011).
6. Cervan D. Religion in Education and Conflict: Lebanon and Northern Ireland Compared. Canada, 2011.
7. CIA, The World Factbook 2012 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/le.html> (дата обращения: 25.04.2011).
8. Dr. Yusri Hazran. The Shiite Community in Lebanon: From Marginalization to Ascendancy [Электронный ресурс]. URL: <http://www.brandeis.edu/crown/publications/meb/MEB37.pdf> (дата обращения: 15.04.2011).
9. End of Lebanon as We Know It. What Is the Fate of Confessions in Lebanon? Are Cantons Feasible? // The Monthly. 2007. August.
10. [http://www.theodora.com/maps/new8/lebanon\\_religions.html](http://www.theodora.com/maps/new8/lebanon_religions.html) (дата обращения: 17.04.2014).
11. <https://www.facebook.com/events/402462679826891/> (дата обращения: 17.04.2014).
12. Living Sectarianism: Lebanese Demographic Cold War // Al Akhbar. 2011. 5<sup>th</sup> September.
13. Middle East Contemporary Survey. 1994. Vol. XVffl.
14. Nahas C. Financing and Political Economy of Higher Education in Lebanon // Economic Research Forum. 2009. April.
15. Old Wine in Older Skins. Lebanon Elects Another Parliament // Heiko Wimmen. 2009. June 3.
16. Winckler O. Population Growth and Natalist Policies. Brighton: Sussex Academic Press, 2005.

**COMPARATIVE ANALYSIS OF SOCIAL AND ECONOMIC CHARACTERISTICS  
OF THE SHIITE AND SUNNI COMMUNITIES OF LEBANON IN THE PERIOD OF 1900-2012**

**Khazime Samer Mokhammad**

*Institute of Oriental Studies of the Russian Academy of Sciences  
samerkhazime@gmail.com*

In the 1990s the Lebanese society entered a new period of the development of inter-confessional relations. The article presents an analysis of the characteristics of the Shiite and Sunni communities (demographic indices, access to education and employment, the development level of the places of settlement) for the purpose of identifying such aspects as: the validity of the Shiites' claims for the increase of their representation in the system of political confessionalism; the reasonableness of statements about the discrimination of the Shiite community; the influence of confessional factor at the present stage.

*Key words and phrases:* Lebanon; religion; confessional membership; the Shiites; the Sunni; the Christians; territorial settlement; poverty; education; profession.

УДК 316.4

**Социологические науки**

*В статье ставится задача зафиксировать и обосновать, основываясь на материалах социологического исследования, основные параметры влияния физической культуры и спорта как социального потенциала, воздействующего непосредственно на формирование здоровья граждан, рассматриваемого автором в условиях трансформации российского общества. Полученные автором результаты в ходе исследования свидетельствуют о низком уровне знаний и навыков всего населения в плане регуляции организма и осуществления различных форм двигательной активности. В заключение выведены рекомендации, способствующие выходу из сложившейся ситуации.*

*Ключевые слова и фразы:* физическая культура; спорт; здоровый образ жизни; здоровье; духовность; социальная политика.

**Хамидуллин Ренат Фирдаусович**

*Башкирский государственный университет  
HFRenat87@mail.ru*

**СОЦИАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА  
В ВОСПРОИЗВОДСТВЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ<sup>©</sup>**

Сегодня, в условиях трансформации российского общества, изменились и социальные функции физической культуры и спорта, связанные с социокультурной реальностью. Стремительный прогресс «научеёмкости» и инновационной насыщенности процессов производства, бурное развитие информатики привели к быстротечно

изменяющимся требованиям, радикальным преобразованиям самого ритма социальной и духовной жизни современного человека. Данное положение вещей обусловлено новыми требованиями рыночной экономики и, как следствие, модифицировавшимися требованиями общественного производства. Причем такое производство стало относиться к психологическому, духовному статусу самого человека более чем инфантильно.

В вышеуказанной ситуации трудно переоценить значимость физкультурно-спортивной деятельности, поскольку последняя является важнейшей предпосылкой развития социально-ценностной и духовной системы общества. При этом одним из важнейших компонентов социума является здоровье человека, которое, как мы считаем, должно быть изучено с точки зрения идеи или понятия ценности. Сама же ценность человека, как нам видится, определяется, прежде всего, отношением к его возможностям, в частности, к возможностям «сверхнормативной» активности. «Человек, – как замечает Э. Левинас, – отныне брошен в среду возможностей, реализовать которые он может исходя из социально-физического потенциала» [2, с. 221]. В этом плане, на наш взгляд, социальный потенциал физической культуры включает в себя аспекты, функции объекта, по которым оценивается их позитивное или негативное значение. Данный потенциал физической культуры и спорта, мы считаем, определяется базисными отношениями всего населения и отдельного индивидуума, в частности, к своему здоровью, которое оказывает влияние на всю систему социальных и духовных отношений, что в конечном итоге и легло в основу нашего социологического исследования.

Перед тем как перейти к анализу полученных нами эмпирических данных, необходимо сделать небольшое отступление по поводу различия в выполняемых социальных функциях физической культуры и спорта в отдельности. В своем исследовании мы актуализируем спортивную деятельность только в контексте физической культуры, рассматривая последнюю в качестве необходимого субстрата для развития спорта и его результатов, социальный контекст которых имеет первостепенную важность. В противном случае спортивные достижения будут рассматриваться только с сугубо утилитарных позиций, которые способны нивелировать важнейшую их компоненту – качественную – социальную (культурную). Такая форма представления спортивной деятельности превращает ее лишь в конгломерат различных моторно-двигательных практик, оцениваемых посредством только количественных характеристик, которые и будут с неизбежностью превращены в объект торга – рыночного обращения и не более того.

Изучение проблемных моментов в физкультурно-спортивной деятельности как формы воспроизводства духовного и социального здоровья населения легло в основу социологического исследования, проведенного автором в 2013 году, методом анкетирования среди жителей городов республики Башкортостан (Уфа, Нефтекамск, Агидель) и сельских жителей по квотной выборке, репрезентативно представляющей различные социально-демографические группы с фиксацией социально-статусных признаков респондентов. Отбор осуществлялся относительно следующих признаков: *возраст, пол, место рождения, образование, материальное положение*. Количество опрошенных респондентов составило 550 человек.

Результаты нашего социологического исследования дают возможность зафиксировать факторы состояния физкультурно-оздоровительной и спортивной деятельности в срезе развития различных форм отношения людей к рассматриваемому виду социальной активности.

Данные опроса показывают, что большинство, в целом свыше половины респондентов – 53% – оценивают состояние своего здоровья как «среднее». Вокруг данной точки зрения колеблются примерно равные части опрошенных. Так, 18% считают состояние своего здоровья «скорее хорошим, чем плохим», и 16% придерживаются мнения, что их здоровье «скорее плохое, чем хорошее». Число наиболее пессимистично оценивающих характер данного показателя как «плохое» близко к 5% опрошенных, так же, как невелико и число тех, кто оценивает свое здоровье как «хорошее» – их несколько больше – 8%. Таким образом, лишь каждый четвертый респондент ощущает себя вполне здоровым человеком. Половина жителей считает свое здоровье «средним». Остальные склонны считать себя больными людьми.

Следует отметить, что данный вопрос не вызвал затруднения или нежелания респондентов отвечать на него, что свидетельствует об актуальности проблемы состояния здоровья для всех опрошенных. Таким образом, доминирующей тенденцией для большинства населения является в целом удовлетворительная оценка своего здоровья. Это вполне реально отражает существующее положение дел, так как большинство людей вспоминают о состоянии своего здоровья только тогда, когда они болевают или почувствуют себя плохо.

При анализе двухмерных сочетаний к ряду мы также использовали коэффициенты статистической связи как более значимые характеристики рассматриваемой зависимости. На существование устойчивой и статистически значимой связи в сочетании *с возрастом респондента* указывает достаточно высокое значение коэффициента Пирсона –  $P = 0,45$ . Зависимость оценки состояния своего здоровья среди опрошенных при этом носит линейный характер. Это значит, что с увеличением возраста респондентов возрастает тенденция все более негативной оценки своего здоровья. Так, среди тех, кто считает состояние своего здоровья очень хорошим, преобладают респонденты молодого возраста: от подростков моложе 18 лет до юношей 26 лет (52%) (коэффициент контингенции  $\Phi = 0,22$ ;  $\Phi = 0,9$ ). Среди тех, кто оценивает свое здоровье как «скорее хорошее, чем плохое», преобладают респонденты указанной возрастной когорты (41%), к которым добавляется еще и возрастная группа 26-35-летних (25%). В числе тех, кто оценивает свое здоровье как «среднее», преобладает возрастная когорта среднего возраста 36-45 лет – 21% ( $\Phi = 0,7$ ). И, наконец, среди тех, кто оценивает свое здоровье как «скорее плохое, чем хорошее» и «очень плохое», доминируют респонденты старшей возрастной группы от 46 до 66 лет и старше – около 80%, что в целом было вполне предсказуемо. С возрастом у большинства людей состояние здоровья закономерно ухудшается, поэтому подобная зависимость представляется нам достаточно естественной и не вызывает затруднений с интерпретацией.

Довольно значимой из выделяемых нами является зависимость состояния здоровья от *пола респондента* –  $P = 0,21$ . У мужчин доминирующей является тенденция оценивать свое здоровье как «очень хорошее» – 67% ( $\Phi = 0,13$ ) и «скорее хорошее, чем плохое» – 61% ( $\Phi = 0,14$ ). У женщин – напротив, с увеличением возраста преобладает оценка своего здоровья как «среднее» – 60% ( $\Phi = 0,11$ ); «скорее плохое, чем хорошее» – 64% ( $\Phi = 0,08$ ); и «очень плохое» – 63% ( $\Phi = 0,03$ ).

Данную зависимость можно объяснить тем, что мужчины, особенно в молодом возрасте, не особенно внимательно относятся к своему здоровью, в то время как женщины более чувствительны к переменам в своем самочувствии. Кроме того, для женщин важным моментом, фиксирующим состояние их здоровья, является беременность. В этот период каждая женщина, как правило, регулярно проходит проверку своего состояния здоровья.

Анализ влияния *места рождения* на состояние здоровья респондентов показывает, что подобная зависимость существует, и она достаточно показательна ( $P = 0,25$ ). Однако, как нам представляется, она обусловлена не столько территориальными, сколько возрастными факторами. Так, например, среди тех, кто оценивает состояние своего здоровья как «очень хорошее» и «скорее хорошее, чем плохое», доминируют респонденты, родившиеся в больших – 43%, средних – 63% городах, а также райцентрах – 43%. В то же время, среди тех, кто оценивает состояние своего здоровья как «среднее», «скорее плохое, чем хорошее» и «очень плохое», выделяется группа респондентов, родившихся в больших селах – 30% и в малых поселках – свыше 80%. Данное различие обусловлено тем, что городское население в республике Башкортостан в большинстве своем являются горожанами в первом и втором поколении. Поэтому среди респондентов, родившихся в городе, преобладают люди молодого и среднего ( $\Phi = 0,5; 0,10; 0,13$ ) возраста. Среди тех, кто родился в селе, но сейчас проживает в городе, большинство составляют люди старшего среднего и пожилого ( $\Phi = 0,5; 0,7; 0,9; 0,12$ ) возраста. В селах в настоящее время также преобладает население старших возрастных групп. Исключение, на первый взгляд, может представлять указанная группа хорошо себя чувствующих респондентов из райцентров. В данную группу попали в большинстве своем студенты, обучающиеся в городских ВУЗах, которые также вписываются в границы нашего предположения о доминировании возрастной градации в этой зависимости.

Следующим фактором, оказывающим влияние на оценку респондентами состояния своего здоровья, является *образование*. В данном случае зависимость также является, по нашему мнению, не прямой, она опосредована все тем же возрастным показателем. Поскольку характер подобной статистической взаимозависимости носит достаточно сложный характер, то анализ проводился нами на уровне статистических коэффициентов, а не процентных соотношений. Так, наиболее значимыми коэффициентами ( $\Phi = 0,08; \Phi = 0,14$ ) представлена связь респондентов с неполным средним образованием и оценкой ими состояния своего здоровья как «скорее плохое, чем хорошее» и «очень плохое». Разумеется, к числу этих людей затруднительно отнести школьников. Анализ корреляции возраста и образования позволяет утверждать, что большинство – около 67% – в данной группе составляют люди старшего среднего (46-55 лет) и пожилого возраста (56 лет и старше). Что же касается респондентов, оценивающих свое здоровье как «очень хорошее» и «скорее хорошее, чем плохое», а также как «среднее», то зависимость наблюдается с группами, имеющими среднее ( $\Phi = 0,7$ ); среднеспециальное ( $\Phi = 0,06$ ) и высшее (неполное высшее) ( $\Phi = 0,04$ ) образование. В эти же когорты преимущественно входят люди молодого (19-35 лет) и «младшего среднего» возраста (36-45 лет). Это обстоятельство позволяет утверждать, что именно возрастной фактор и в этом случае является определяющим.

*Материальное положение* респондентов в наше время приобретает все более возрастающее влияние на многие стороны жизнедеятельности людей, в том числе и на состояние здоровья. Подобная зависимость достаточно статистически значима ( $P = 0,27$ ). Анализируя степень взаимосвязи уровня доходов респондента с оценкой состояния его здоровья, можно отметить, что в числе тех, кто оценивает состояние своего здоровья как «очень хорошее» и «скорее хорошее, чем плохое», выделяется когорта респондентов с высоким уровнем дохода – 51%. В когортах опрошенных с более низким уровнем доходов этот процент менее значителен (20-30%). Учитывая, что респонденты с высоким уровнем дохода представляют явное меньшинство в выборочной совокупности – менее 2%, – это очень высокая степень корреляционной взаимосвязи между указанными признаками. Прямо противоположная картина складывается на другом полюсе. Среди респондентов с низким уровнем дохода преобладают люди, оценивающие состояние своего здоровья как «среднее» – 52,2%; «скорее плохое, чем хорошее» – 21,3%; и «очень плохое» – 7%, что в сумме составляет более 80%. Это обстоятельство позволяет однозначно утверждать, что *уровень доходов и состояние здоровья* респондента в настоящее время *находятся в достаточно тесной связи*. Таким образом, хорошее здоровье дорожает и ощутимо дрейфует к наиболее обеспеченным слоям нашего общества. Разрушение системы бесплатного или очень дешевого лечения, профилактики и отдыха, несомненно, будет все более усугублять этот разрыв и может сделать аксиомой шутливую фразу «Лучше быть богатым и здоровым, чем бедным, но больным» [1, с. 81].

Социально-профессиональная стратификация, происходящая в последние годы, заметно стала оказывать значительное влияние на оценку респондентами состояния своего здоровья. Хотя следует отметить, что в каждой социально-профессиональной группе имеются статистически значимые группы респондентов, различным образом оценивающих состояние своего здоровья. Наибольшая зависимость по отдельным группам наблюдается среди учащихся и пенсионеров; в данном случае нельзя считать, что основную роль играют возрастные характеристики: это яркий показатель зависимости здоровья от принадлежности к социальному слою или статусу. Следует подчеркнуть, что ассоциации между социальным статусом и состоянием здоровья малоприменимы для целей улучшения здоровья людей. Наш вывод подтверждается исследованиями ученых: R. Pill, T. J. Peters, M. R. Robling «Social Class and Preventive Health Behaviour: a British Example» [3, p. 28-32],

которые на примере британской нации, а также идентификации набора наиболее специфических социально-экономических факторов, оптимально «объясняющих» любые наблюдаемые соотношения, показали степень ассоциированности социального класса с индексом здоровья и лечения.

Также не удалось отметить наличие зависимости между национальностью респондентов и их оценкой состояния своего здоровья. Видимо, как и в случае с социально-профессиональной стратификацией, в каждой национальной группе в равной степени представлены люди с различной оценкой состояния своего здоровья.

Таким образом, можно сделать определенные обобщающие выводы относительно распределения мнений по поводу состояния своего здоровья среди различных когорт социально-демографической структуры опрошенных. Среди тех, кто оценивает состояние своего здоровья как «очень хорошее» и «скорее хорошее, чем плохое», преобладают респонденты молодого возраста в когорте от 18 лет до 35 лет. Среди них более выделяется группа мужчин с высоким уровнем доходов. В числе тех, кто оценивает состояние своего здоровья как «скорее плохое, чем хорошее» и «очень плохое», доминируют респонденты старшего среднего и пожилого возраста в группе 56 лет и старше и женщины с низким уровнем дохода. Поскольку «средняя» оценка состояния своего здоровья доминирует в общей выборке, то в данную категорию попадают респонденты из всех групп рассмотренной социально-демографической структуры. Естественно, придерживаясь отмеченной выше закономерности в генеральной совокупности, касательно «средней оценки» своего здоровья, наибольшее число составляют лица среднего возраста (36-45 лет) и пограничных с ним возрастных групп. Однако какой-либо преобладающей зависимости от пола, возраста или материального положения респондентов мы не обнаружили.

Все эти факты вполне наглядно свидетельствуют о низком уровне знаний и навыков всего населения в плане регуляции организма и осуществлении различных форм двигательной активности. Назрела необходимость анализа социальных условий и факторов, влияющих на формирование социобиотического потенциала. Проведенное нами социологическое исследование также позволяет утверждать, что в значительной части у молодежи не сформировалась потребность в физкультурной деятельности, хотя в физкультурно-спортивной деятельности заложены огромные возможности для гуманистического воздействия на духовный мир личности.

К одному из условий, препятствующих развитию столь значимого рассмотренного нами социологического потенциала в области физкультурно-спортивной деятельности, в первую очередь относится существующая система односторонней «одномерной» модели физкультурно-спортивной работы, когда основной упор делается только на телесное (физическое) развитие организма, вопреки совершенствованию духовной составляющей, поскольку последняя является основой всех видов деятельности. Как следствие этого, нынешняя молодежь не восприимчива к опыту старшего поколения, к его призывам беречь и укреплять то, чем природа щедро одаривает в юности. Наши исследования показывают, что общественная активность (в том числе и физкультурно-спортивная) во многом определяется структурой духовных установок, потребностей личности, ее мотивов и ценностных ориентаций, предпочтений и установок.

Итак, результаты проведенного анализа позволяют сделать следующий вывод. Для того чтобы реализовать социальный потенциал физической культуры и спорта в воспроизводстве здоровья населения, необходимо специальный комплекс социально-экономических, политических, юридических, экологических, культурно-воспитательных и других мер, направленных на сохранение и улучшение здоровья, на повышение уровня физического развития и физической подготовленности всего населения и, в конечном итоге, сосредоточенного на общем повышении социобиотического потенциала граждан. Формирование физической культуры населения, таким образом, выходит далеко за рамки обучения только культуре движений и представляет собой широкое многоуровневое поле физкультурно-оздоровительной деятельности, которое требует более глубокого исследования и изучения.

#### *Список литературы*

1. Курлов А. Б. Проблемы развития среды жизнедеятельности населения // Региональный социум. Уфа: Диалог, 2008. С. 80-83.
2. Левинас Э. Избранное: Трудная свобода / пер. с франц. М.: РОССПЭН, 2004. 400 с.
3. Pill R., Peters T. J., Robling M. R. Social Class and Preventive Health Behaviour: a British example // Journal of Epidemiology & Community Health. L., 1995. № 49 (1). P. 28-32.

#### **SOCIAL POTENTIAL OF PHYSICAL CULTURE AND SPORT IN REPRODUCTION OF POPULATION'S HEALTH: SOCIOLOGICAL ANALYSIS**

**Khamidullin Renat Firdausovich**

*Bashkir State University  
HFRenat87@mail.ru*

The article sets a task to identify and substantiate, resting on the materials of a sociological research, the basic parameters of the impact of physical culture and sport as a social potential influencing directly the formation of citizens' health considered by the author under the conditions of the transformation of the Russian society. The results of the research testify to the low level of knowledge and skills of the population in the aspect of organism regulation and the implementation of various forms of physical activity. The paper concludes with the recommendations securing the way out of the existing situation.

*Key words and phrases:* physical culture; sport; healthy life style; health; spirituality; social policy.