

УДК 378.172+159.922.1

Заводный Н.А.

ГЕНДЕРНЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ПРАКТИК ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

Ключевые слова: гендерный подход, поведенческие практики здоровья, само-сохранительное поведение, здоровый стиль (образ) жизни, объединительная методология, полидисциплинарный подход, гендерное самоопределение.

Гендерный подход рассматривается в современной науке в контексте формирования корпуса гендерных исследований, а также как методология рассмотрения проблем социализации, самоидентификации, самореализации и самоактуализации развивающейся личности. Многоплановость гендерных исследований обусловлена смысловой вариативностью понятия «гендер». При этом основные тенденции исследовательского поля характеризуют смещение спектра анализа на гендерную детерминацию социального конструирования пола.

Предметом гендерного анализа являются оба пола, их отношения между собой, их взаимосвязи и взаимодействии с социальными системами разных уровней. Центральное место в области гендерных исследований занимают социально детерминированные представления о мужчинах и женщинах, изучение различий и сходства в социальном поведении полов. Исходя из этого, гендерный подход можно использовать при изучении как женских, так и мужских моделей половой идентификации и самореализации. Поэтому гендер можно рассматривать как организованную модель социальных отношений («социальных ситуаций общения») между мужчинами и женщинами во всем пространстве социума: от семьи до высших институтов власти.

Следует отметить, что ни в биологическом, ни в психологическом смысле не встречается чистой мужественности или женственности. У каждой личности наблюдается «смесь» биолого-психологических признаков своего и противоположного пола.

Но в то же время следует понимать, что «двуполое человеческое существо наделено определенным полом, и оно не может соединять в себе противо-

положные сущности, пока не обретет свою собственную» [3, с. 271].

Пол человека – одна из его важнейших как экзистенциальных, так и общественно значимых характеристик, во многом определяющая социальную, культурную и когнитивную ориентацию личности в мире. Гендерная самоидентификация входит в число когнитивных ресурсов как отдельного индивида, так и общества. В соответствии с этим гендер может быть рассмотрен как измерение, как параметр исследования во многих общественных науках, в том числе в педагогике.

Гендерный подход определяет методологические характеристики такой области исследования, как здоровье. Здоровье – величайшая человеческая ценность. Хорошее здоровье – основное условие для выполнения человеком его биологических и социальных функций, фундамент самореализации личности. Болезнь и нездоровье – это ограниченная в своей свободе жизнь.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает следующее определение здоровья: «Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (1985), рассматривая здоровье как отсутствие болезни и отклонений в биологических структурах или процессах в организме. В.П. Казначеев трактует здоровье как «процесс (динамическое состояние) сохранения и развития биологических, физиологических и психических функций оптимальной трудоспособности, социальной активности при максимальной продолжительности жизни» [8].

Следует отметить, что в настоящее время нет ни общего термина в обозначении поведения, направленного на сохранение и укрепление здоровья, ни широко принятого его опреде-

ления. В отечественной науке чаще всего используется понятие «самосохранительное поведение» [2; 5; 7; 11], в западной – «здоровое поведение» (health behavior), «поведение, связанное со здоровьем» (health related behavior) [17], «здоровые стили жизни» (health lifestyles) [13–15].

Обычно самосохранительное поведение трактуется как система действий и установок личности, направленных на сохранение здоровья и продление жизни. Эмпирическими индикаторами такого поведения являются наличие или отсутствие вредных привычек, уровень информированности и грамотности относительно рисков в сфере здоровья, ценность здоровья и степень активности в его поддержании [6; 7].

Под связанным со здоровьем поведением подразумевается любое поведение, которое либо действительно оказывает существенное влияние на здоровье, либо по поводу которого имеется всеобщее убеждение в таком влиянии [17]. В нем выделяются поведение риска, превентивное поведение и поведение, связанное с лечением и самолечением.

Здоровые стили жизни определяют как общие паттерны связанного со здоровьем поведения, основанные на выборе из вариантов, которые доступны людям в соответствии с их жизненными шансами. Эти жизненные шансы включают социально-экономические переменные, возраст, пол, расу, этничность и другие релевантные индикаторы, которые влияют на выбор стиля жизни. Когда речь идет о здоровье, стиль жизни может включать и формы взаимодействия с медиками для проверки здоровья и превентивной помощи, но основная активность имеет место за пределами системы предоставления медицинских услуг. Для большинства людей здоровый стиль

жизни – это спектр решений относительно питания, физических упражнений, совладания со стрессом, курения, употребления алкоголя, наркотиков, риска несчастных случаев [16].

Анализ опыта работы вузов в области реализации поведенческих практик здоровья показал, что стратегии здорового образа жизни, или жизни в здоровье, моделируются вне контекста методологии гендерного подхода.

В нашем исследовании гендерный подход к организации поведенческих практик здоровья рассматривается как полидисциплинарный, формирующий парадигму объединительной методологии. В качестве составляющих полидисциплинарный гендерный подход включает: социомедицинский, биомедицинский, структурно-конструктивистский, культурологический и личностно ориентированный подходы.

Объединительная методология гендерного подхода характеризует концептуальное оформление теоретического компонента модели гендерной композиции – поведенческих практик здоровья как нелинейной, обновляющейся системы, функционирование которой осуществляется в рамках конкретной социокультурной реальности. Практическая направленность модели определена дискурсом категории «технология» и соотносима с оформлением технологического модуля практик здоровья в системе высшего образования, расширяя гендерный режим (О. Коннел) сферой здоровья.

Практики здоровья обусловлены гендерным самоопределением юношей и девушек в мире культурных ценностей, социальной реальности, культуры семейных отношений. Гендер в данном контексте определяется как культурный символ, характеризующий реалии жизни современного человека.

Практики здоровья, формируемые и реализуемые в условиях обучения юношей и девушек в вузе, определяются стратегиями:

- гендерной идентификации в здоровье;
- осознания гендерных ролей в аспекте здоровья;
- личностной самореализации в здоровье на основе осознания и преодоления гендерных диагностируемых стереотипов-барьеров.

Таким образом, практики здоровья, реализуемые в системе высшего образования, решают сложную задачу развития личности в аспекте здоровья.

По утверждению специалистов ВОЗ, здоровье на 50–55% зависит от образа жизни, на 20% – от наследственности, на 20–25% – от состояния окружающей среды (экология) и на 8–12% – от работы системы здравоохранения. Статистика свидетельствует, что самая большая доля вклада в здоровье приходится на образ жизни. Отсюда можно считать, что генеральной линией формирования и укрепления здоровья является здоровый образ жизни.

В основе любого образа жизни лежат принципы, т.е. правила поведения, которым следует индивидуум. Различают биологические и социальные принципы, на основе которых формируется здоровый образ жизни.

Биологические принципы включают следующие установки: образ жизни должен быть возрастным, укрепляющим, ритмичным, умеренным, обеспеченным энергетически. Социальные принципы утверждают, что образ жизни должен быть эстетичным, нравственным, волевым и самоограничительным [4].

Образ жизни – диалектическое единство субъективных и объективных факторов. Материальной основой образа жизни являются объективные со-

ставляющие: социально-экономические и экологические факторы среды. Субъективная составляющая объединяет всю совокупность типичных видов жизнедеятельности индивида, социальной группы и общества в целом.

Образ жизни, ориентированный на здоровье, центрирован смыслом, обуславливая его обоснование методологией логотерапевтического подхода, основные положения которого сформулированы В.Э. Франклом.

Логотерапевтический подход выделяет три онтологически обусловленные константы личностного бытия – духовность (ориентация на поиск смысла жизни), свобода (в реализации смысла или отказе от него) и ответственность (за последствия и ошибки в реализации смысла). «Духовность, свобода и ответственность – это три экзистенциала человеческого существования. Они не просто характеризуют человеческое бытие как бытие именно человека, скорее даже они конституируют его в этом качестве. В этом смысле духовность человека – это не просто его характеристика, а конституирующая особенность; духовное не просто присуще человеку наряду с телесным и психическим, которые свойственны и животным. Духовное – это то, что отличает человека, что присуще только ему и ему одному» [10, с. 93].

Здоровый образ жизни рассматривается нами как один из культуuroобразующих символов, которые должны приучать и в конечном счете приучить людей жить полноценной жизнью.

Многомерность здоровья определяется различными системами, действующими в поддержание его конкретного состояния. По мнению А.Г. Щедриной, целесообразно выделить пять таких качеств [12]:

- уровень и гармоничность физического развития;

- резервные возможности основных физиологических систем;
- уровень иммунной защиты и неспецифической резистентности организма;
- наличие (или отсутствие) хронического заболевания, дефекта развития;
- уровень морально-волевых и ценностно-мотивационных установок.

Каждый из названных признаков может позитивно или негативно влиять на здоровье как целостное состояние организма. Наличие некой совокупности свойств организма, характеризующей такими показателями, как, например, благоприятная наследственность, хорошее самочувствие, трудоспособность без ограничений, высокая работоспособность, высокая адаптивность, психическая уравновешенность, коммуникабельность и др., является качеством здоровья. Чем выше качество здоровья, тем полнее перечень этих показателей и выше уровень каждого из показателей. Оценка качества здоровья – процедура в значительной мере субъективная. Преодоление этого субъективизма возможно только при использовании количественных критериев [9].

Академик Н.М. Амосов предложил ввести новый термин «количество здоровья» для обозначения меры резервов организма [1]. Тогда, с этой точки зрения, здоровье – это количество резервов в организме, это максимальная производительность органов при сохранении качественных пределов их функции.

Отметим при этом, что феномен «здоровье» воспринимается не как одномоментное состояние человека, а как пожизненный процесс самосовершенствования. Основной составляющей этого процесса является духовная жизнь человека (нормативно-

ценностный и регулятивные аспекты), которая подразумевает обязательный самоанализ не только своих поступков, но и помыслов, проверку их на благонамеренность. В результате «здоровье» и «здоровый образ жизни» приобретают не только личностную, но и общественную значимость.

Здоровье, здоровый образ жизни определяется в исследовании как ценность. По своей ценностной сущности здоровье выступает благом, т.е. тем, что отвечает потребностям, интересам, имеет положительное значение для людей. По аксиологической иерархии здоровье относится к разряду высших, универсальных ценностей, так как имеет непреходящее, всеобъемлющее и вневременное значение. В то же время здоровье является ценностью-средством, ибо «существует не само по себе» (Платон) и является условием существования еще более значимой ценности – жизни.

Здоровье – это и деятельность человека по его сохранению. Ценностно-деятельностные характеристики здорового образа жизни определяют его структурные характеристики, организующие технологический модуль практик здоровья.

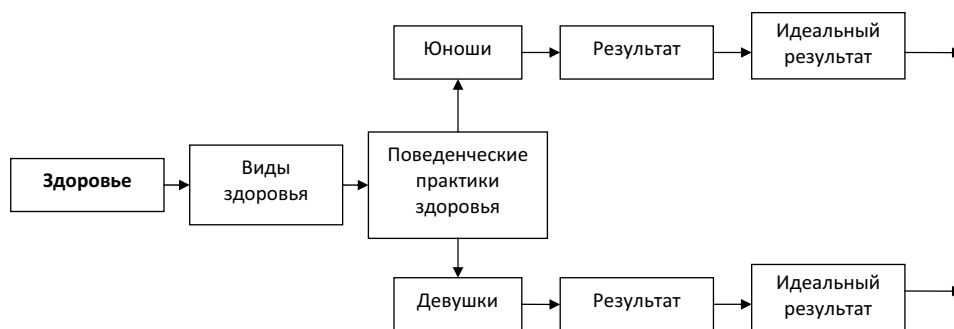
Технологический модуль отражает взаимосвязи субъект-объектных факторов, характеризующих составляющие здоровья в плане гендерно ориенти-

рованного достижения студентами реального результата в сравнении с возможным идеальным (рисунок).

Отметим при этом, что идеальный результат – это некоторый порог достижения совершенства, но этот порог условный, так как процесс развития личности, по сути, предела не имеет. Идеальный результат – это культурный символ (или ряд символов), задаваемый типом существующей социокультурной реальности и соотносимый с аксиосферой культуры, рассматриваемый как ценностно-нормативное образование культуры, призванное служить точкой опоры для жизнедеятельности человека. В качестве таких культурных символов нами определены:

- адаптивность и адаптированность (тренированность) организма человека;
- интеграция жизнеспособности и человечности личности;
- включенность человека в систему «работа – труд – отдых – восстановление»;
- социальная активность в плане деятельности отношения человека к миру;
- динамика самоактуализационных процессов.

Гендерно ориентированные практики здоровья призваны обеспечить расшифровку и интерпретацию культурный символов, характеризующих



Технологический модуль практик здоровья

образ жизни в здоровье, способствуя осознанию гендерной схематизации и преодолению тех гендерных стереотипов, которые препятствуют полноценной самореализации личности.

По итогам анкетирования и опросов студентов Ростовского государственного строительного университета в условиях констатирующего эксперимента была определена векторная направленность проектируемого технологического модуля практик здоровья, включающая: гендерные проекции ценностного отношения к здоровью, определение гендерного типа личности, уровни физического здоровья и адаптационный потенциал организма юношей и девушек как показатели состояния здоровья, поведенческий репертуар в аспекте образовательного, спортивного и рекреационного видов физической культуры.

Технологический модуль гендерно ориентированных практик здоровья категориально определен смыслами понятий «здоровье», «образ жизни в здоровье» как символов, отражающих современную социокультурную реальность. При этом векторы практик здоровья персонифицированы, спектр их вариативен и зависит от определения реального состояния здоровья личности, потребностей, мотивации, интересов, планов личностно-профессиональной самореализации.

Поведенческие практики здоровья – это проектируемый совместно с педагогом каждым студентом социальный проект, реализуя который личность обретает компетенции здоровья, овладевая при этом (в идеале) технологиями здоровьесбережения. Здоровье, таким образом, рассматривается нами как проект, осуществление которого требует его содержательной технологической, диагностической детализации и гендерной персонификации.

Проектируется идеальная модель здоровья, этапы достижения идеального результата и путь, алгоритм, технология движения к обретению каждым компетенций здоровьесбережения.

Задача образовательного учреждения – создать необходимые условия для реализации проектных моделей практик здоровья на уровнях педагогического и информационного сопровождения, необходимой материально-технической и нормативно-правовой базы, обеспечивая тем самым решение проблемы повышения качества жизни личности молодого человека.

Литература

1. Амосов Н.М. Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья. Донецк: Сталкер, 2002.
2. Антонов А.И. Основные положения программы исследования // Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни. М.: Ин-т социологии АН СССР, 1989.
3. Бадентэр Э. Мужская сущность. М., 1995.
4. Бароненко В.А., Раппопорт Л.А. Здоровье и физическая культура студента: учеб. пособие. М.: Альфа-М, 2003.
5. Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002.
6. Журавлева И.В. Отношение к здоровью как социологическая проблема // Отношение к здоровью населения. М.: Ин-т социологии РАН, 1993.
7. Журавлева И.В. Поведенческий фактор и здоровье населения // Здоровье человека в условиях НТР. Методологические аспекты. Новосибирск, 1989.
8. Казначеев В.П. Здоровье нации – феномен экологии XXI века // Материалы I Всероссийского форума «III тысячелетие. Пути к здоровью нации» (Москва, 15–17 мая 2001 г.). М., 1991.
9. Колбанов В.В. Валеология: Основные понятия, термины, определения. СПб.: ДЕАН, 1998.
10. Франкл В. Воля к смыслу. М., 2000.
11. Шилова Л.С. Трансформация самосохранительного поведения // Социологические исследования. 1999. № 5.
12. Щедрина А.Г. Онтогенез и теория здоровья: методологические аспекты. Новосибирск: СО РАМН, 2003.
13. Abel T. Measuring health lifestyles in a comparative analysis: Theoretical issues and empirical findings // Social Science & Medicine. 1991. Vol. 32.

14. *Blaxter M.* Health and Lifestyles. L.: Routledge, 1990.
15. *Cockerham W.* Medical Sociology. 6th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1995.
16. *Cockerham W., Rutten A., Abel T.* Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber // The Sociological Quarterly. 1997. Vol. 38, № 2.
17. *Waldron I.* Gender and health-related behavior // Health behavior. Emerging research / Ed. by D.S. Gochman. N.Y.: Plenum Press, 1988.