

УДК 316.4

DOI: 10.18413/2408-9338-2015-1-3-36-42

*Лисина О.В.***СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ  
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ  
ПРАВОСЛАВНОЙ РОССИЙСКОЙ  
СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ****Лисина Ольга Васильевна,***ассистент кафедры государственного муниципального управления и социологии  
факультета промышленной политики и бизнес-администрирования**Казанский Национальный Исследовательский Технологический Университет**ул. Ямашева, д. 89, кв. 68, Казань, 420126, Россия**Электронный адрес: socio-olga@mail.ru***А**ННОТАЦИЯ

**П**роанализированы социокультурные особенности витального поведения верующей студенческой молодежи. Выявлен культурно-детерминируемый устойчивый образец здоровья православного студенчества Казанского национального исследовательского технологического университета и Казанской духовной семинарии. Выделены приоритетные дефиниции понимания здоровья, болезни, здоровьесберегающего поведения и конкретных стратегий здоровьесориентированности.

**К**лючевые слова: здоровьесберегающие практики; витальная компетентность; социокультурный эталон здоровья.

*Lisina O.V.***SOCIO-CULTURAL DETERMINANTS  
OF HEALTH-SAVING BEHAVIOR OF THE  
RUSSIAN ORTHODOX STUDENTS****Lisina Olga Vasil'evna,***assistant of the department of state municipal management and sociology faculty  
of industrial policy and business administration**Kazan National Research Technological University**89/68, Yamasheva st., Kazan, 420126, Russia**E-mail: socio-olga@mail.ru***А**БСТРАКТ

**А**nalyzed socio-cultural features of vital behavior believing students. Identified cultural determinacy steady pattern of health orthodox students of Kazan National Research Technological University and the Kazan Orthodox Seminary. Allocated priority definitions understanding of health, disease, health-saving behavior and concrete strategies health-oriented.

**К**eywords: health-practices; vital competence; social and cultural standard of health.

Долгое время здоровье совпадало с социальным конформизмом, а болезни рассматривались в теологическом контексте и лишь общество модерна с идеей управляемости, рационализации социального создало веру в то, что социум может мобилизовать свои ресурсы на борьбу с ними [1, с. 202]. В обществе Позднего Модерна трансформируется как само понимание дефиниций «здоровье» – «болезнь», так и представления о конкретных индивидуальных, социальных действиях поддержания, приумножения жизненных сил. Способы оздоровления, эталон здоровья и болезни становятся все более социокультурно обусловленными. Это подтверждается появлением целого ряда новых недугов современного общества – синдром хронической усталости, депрессия, игромания, дефицит внимания, зависимость от лайков в социальных сетях, селфимания, кризис четверти жизни, нервное истощение и т.п. Такие расстройства не следует отождествлять с отклонениями, однако они требуют особых, новых способов лечения, а вместе с тем изменений методов профилактики и реабилитации. Среди российской молодежи наблюдается распространение двух крайних форм поведения в области здоровьесбережения: 1) конструирование имиджа здорового человека (впечатление, которое индивид создает в глазах других) и образа «Я» (представления о самом себе). Чаще всего это выражается в создании видимости соблюдения основ ЗОЖ как дань моде или как самореклама, что связано с *эстетизацией* здоровья и *медиатизацией* технологий конструирования образа здоровой молодежи. Медийные когнитивные стимулы стимулируют ассоциативное мышление и вместе с тем желание современного человека выглядеть, а не быть здоровым. Например, выкладывание фотографий во время занятий спортом, фотографий в брендовой спортивной одежде, обуви, с ультрасовременными гаджетами, фото своего тела, накачанного пресса, бицепсов в Instagram, VKontakte, на Facebook и др. Помимо фотографий пользователи социальных сетей испытывают потребность выкладывать музыкальные подборки для занятий спортом, что выступает

способом самоидентификации, позволяет обозначить принадлежность к определенному спортивному направлению (стрит воркаут, капозэйро, паркур, фриран, танцы и др.); 2) гипертрофированная ориентированность на ЗОЖ – культ ЗОЖ, культ *тела*, сопровождающийся жесткими самоограничениями/нагрузками, применением быстрых способов достижения нужных форм тела (медиализация здоровья, профессиональный спорт, употребление спортивного питания, переход от традиционного питания к веганству, сыроедению), что объясняется незащищенностью перед перенасыщенностью информационного пространства, неограниченным доступом к любой информации. В этих условиях поведенческий уровень здоровьесбережения уже не рассматривается без анализа смыслового – все чаще отечественные исследователи апеллируют понятиями «витальная компетентность», «витальные ценности», «ЗОЖ-грамотность», «здоровьеориентированные стратегии».

На фоне психодуховной агрессии, несмотря на несколько декларативный характер, среди российской молодежи возрастает интерес к религии, которая выступает средством защиты от деструктивных воздействий глобального пространства, новых болезней современности, а в некоторых случаях олицетворяет общее понятие духовности. После многолетних экспериментов в поиске новых идейных ориентиров россияне вновь обращаются к православию. Эта тенденция влечет возрождение и наращивание духовно-нравственного капитала молодого поколения в РФ. Особую значимость имеет корреляция религии с образом жизни, базовыми ценностями, от которых в свою очередь зависит здоровье и отношение к нему. В научном обществе религиозный образ жизни понимают через систему нравственных норм. С социологической точки зрения такой образ жизни – это интеграция религиозных, витальных и социальных ценностей; соответствие внешних и внутренних требований – сохранение социально-активной позиции в социуме, жизнотворчество, вовлеченность и в то же время соблюдение основ веры, благочестия

и морали. Православный уклад жизни выражается и в области быта, культуры, в определенном отношении к людям, к трудовой и учебной деятельности, культуре отношения к здоровью, болезни, смерти. Здоровье с позиции православного вероучения подразумевает здоровое тело и душу, которые могут быть таковыми только при условии достаточно аскетического образа жизни, добродетельности намерений и поступков, витальных ценностей, душевного покаяния, физического труда, стремления к духовному самосовершенствованию, разумного режима питания. Исходя из того, что степень религиозности, формирующая набор вышеописанных личностных детерминант поведения, оказывает воздействие на деятельностно-поведенческом уровне, мы предположили, в чем именно выражается социокультурная специфика здоровьесберегающей ориентированности молодежи.

Для изучения социокультурных особенностей обыденных представлений о практиках здоровьесбережения обратимся к материалам социологического исследования православной студенческой молодежи светского технологического и духовного ВУЗов (на примере Казанского национального исследовательского технологического университета и Казанской духовной семинарии) с общим числом респондентов – 448 студентов. В качестве методов сбора первичной информации выступили: анкетирование, интервьюирование, опрос по тесту жизнестойкости с элементами качественного анализа.

Обозначим следующие социокультурные особенности здоровьесберегающего поведения православной студенческой молодежи в сравнении со студентами с менее выраженной реализованностью религиозных традиций (учащимися в светском ВУЗе) в границах дифференцированного пространства культурно установленных полей жизнедеятельности, представленных в различии [2, с. 469]:

– в пределах модуса ценностей: 1) в антогонистической природе их смыслов (духовно-ценностные и материально-целевые), 2) различной субъектности при реализации здоровьесберегающих практик, т.е. способности быть активным в их выборе, осознан-

ности смысловых оснований этого выбора, соответствующих ожидаемому поведению и культурному фону (выраженная, конформистская);

– модуса деятельности: 3) дифференциации видов практик (традиционно-медицинские, альтернативно-медицинские, самостоятельное воспроизводство традиционно-медицинских, нетрадиционные нелегитимизированные практики, воспроизводимые с помощью «специалистов», религиозные, псевдорелигиозные, псевдоздоровьесберегающие), 4) основаниях их легитимизации (конфессиональные, рациональные), 5) характере практик – репродуктивные (цель-сохранить), потенциативные (цель-приумножить);

– модуса социализации: 6) дифференциации по уровню жизнестойкости (по индикаторам: вовлеченность, контроль, принятие риска), 7) по уровню витальной компетентности (оптимальный, управляемый, стандартизированный, базовый, повторяемый), 8) по эталону здоровья и болезни (устойчивый образец, общая схема представлений, универсалий индивидуального и коллективного опыта оздоровления в контексте конкретного социально-исторического пространства – универсальный или локальный), 9) по типу стратегий здоровьесберегающей ориентированности (сберегающе-резервирующий, придерживающийся, индифферентный, заинтересованный, декларативный, нарушающий, поддающийся, деструктивный).

Для изучения социокультурных особенностей обыденных представлений о здоровье и болезни в модусе ценностей обратимся к материалам качественного исследования, которое в дальнейшем дополним количественными данными о здоровьесберегающих практиках верующей студенческой молодежи. Метод сбора первичной информации – полуструктурированное интервью с участием студентов светского и духовного высших учебных заведений. Все интервьюируемые являются верующими студентами, что было выявлено с помощью бланка-фильтра. Объект исследования в светском ВУЗе – КНИТУ (N=23), подразделялся на 2 группы,

отобранные методом «снежного кома»: православные студенты гуманитарной (N=13) и православные студенты технической специальности (N=10), из них 15 мужчин и 8 женщин. В КДС все воспитанники, учащиеся на пастырском факультете (N=21) на 1-4 курсах, лица мужского пола в возрасте от 18 до 24 лет. Посредством полужформализованных интервью было выявлено, что к положительным факторам, оказывающим воздействие на здоровье, воспитанники КДС относят образ жизни, состояние окружающей среды, тогда как студенты КНИТУ чаще всего указывают на условия учебы, труда, условия быта, экологию и значительно реже – образ жизни. К отрицательным факторам, оказывающим воздействие на здоровье, воспитанники КДС отнесли психологические перегрузки, образ жизни, реже физические перегрузки. Наиболее распространенным вариантом ответа среди студентов КНИТУ также оказались эмоциональные, психологические перегрузки, стресс. При этом в открытом вопросе практически все студенты КНИТУ и КДС отметили, что здоровье не менее чем на 70-80 % зависит от образа жизни.

Анализ качественных данных показал, что социальные представления верующих студентов о здоровье исходят из нескольких детерминирующих признаков и подходов: 1) отсутствие патологий, болезней, недугов (нормоцентрический подход); 2) нормальное, обычное состояние организма, когда здоровье подразумевает совокупность среднестатистических норм поведения (нормоцентрический); 3) целостность физического, психологического, социального благополучия (системно-холистический подход); 4) здоровье как ценность (аксиологический подход); 5) ресурс, позволяющий полноценно выполнять социальные функции (инструментальный подход); 6) баланс, гармония внутреннего и внешнего, равновесие организма и среды (адаптационный подход); 7) объяснение проблем со здоровьем объективными причинами, попытка упорядочивания социальных фактов (этнометодологический). Ни один из детерминирующих признаков не упоминался по отдельности, и многие типичные выска-

зывания респондентов интегрировали в себе несколько представленных подходов. Часть респондентов женского пола из КНИТУ связывает здоровье с его эстетической стороной. Разделим наиболее типичные высказывания на условные группы по содержанию: 1 группа – понимание здоровьесберегающих практик как отказ от чего-либо, например, от вредных продуктов, привычек и т.д.; 2 группа – здоровьесберегающие практики – это насыщение, сопровождение своей повседневной жизнедеятельности различными полезными практиками, профилактическими, укрепляющими, совершенствующими твое физическое и духовное состояние, а не только отказ от чего-либо. Эти условные группы представляют собой *сохранительные* и *оздоровительные* виды практик.

Религиозно-этические воззрения православной студенческой молодежи позволяют применять некоторые *альтернативные медицинские* практики, в том числе фитотерапию, мануальную терапию, цветотерапию, иглорефлексотерапию, музыкотерапию, гомеопатические средства (за исключением препаратов зарубежных производителей, которые могут быть связаны с аюрведической медициной и т.п.) К выявленным *легитимным* методикам православного врачевания и целения относятся: исповедь, епитимья, молитва, аскеза, таинство елеосвящения, исправление грехов, разговоры с духовным отцом, пост, причастие, а также обращение к формальной медицине. *Псевдоправославные* практики подразделяются на *нетрадиционные* здоровьесберегающие практики, осуществляемые с помощью «специалиста» или без его помощи (самостоятельное воспроизводство технологий с опорой на интериоризованный образ врача, целителя и т.п.). К ним следует относить методики, обманно изобилующие православной терминологией, но основывающиеся при этом на эзотерике, оккультном целительстве, суевериях, медитативных техниках и прочее. Тогда как для православного человека неприемлемо использовать любые биоэнергетические, магические, экстрасенсорные методы лечения, методы, сопровождающиеся активным вне-

дрением в психику человека (гипноз, аутогенную тренировку, кодирование). К псевдоправославным целебным практикам следует относить, например, оздоровление организма по методике священномученика Серафима, осуществляемое К.П. Кравченко, отрицающей формальную медицину, методику Н.Н. Антоненко и многие другие. На сегодняшний день сформирован список «Наименований изданий, не рекомендованных к распространению через системы церковной книжной сети», содержащих псевдоправославные источники.

Главной выявленной социокультурной особенностью в процессе обработки материалов интервьюирования стала *диаметральная* природа смыслов здоровьесберегающего действия студенческой молодежи с более выраженной и менее выраженной реализованностью религиозных традиций. Действительно, некоторые высказывания подтвердили, что выбор практики исходит из локального или универсального социокультурного эталона здоровья, из духовно-ценностных или материально-целевых смыслов. Духовно-ценностные смыслы проявлялись в таких своих признаках как стандартные, легитимно-одобряемые средства достижения долговременной цели, согласованность выбора практик с предполагаемыми последствиями, ожиданиями, минимальной субъектностью в пространстве реализации практик, локальностью, и, главное, репродуктивной направленностью, выражающейся в воспроизведении образца. Материально-целевые смыслы выявлялись согласно своим ключевым свойствам: потенциация-продуктивность, умножение смыслов, выраженная субъектность, направленность на решение проблемы, разнообразность, универсальность, применение как стандартных, легитимных так и нестандартных, нелегитимных способов достижения конкретной, чаще краткосрочной цели и др.

В рамках социокультурного генетического модуса социализации уровень жизнестойкости выявлялся нами с помощью методики, апробированной Ю.М. Стакиной, О.В. Шангиной [3]. Основой методики выступает

опросник С.Мадди «*HardinessSurvey*», переведенный и преобразованный Д.А. Леонтьевым и Е.И. Рассказовой в «Тест жизнестойкости» [4]. Опрос направлен на определение общего показателя жизнестойкости по трем ключевым индикаторам – вовлеченность, принятие риска, контроль. По индикатору «принятие риска» гуманитарии КНИТУ оказались выше нормы среднего значения – 13,91, даже с учетом стандартного отклонения – 4,39, набрав в среднем по 18,2 балла. Тогда как воспитанники КДС и студенты КНИТУ технической специальности показали средний балл – 12,0, что немного ниже нормы, согласно автору русифицированного теста жизнестойкости, и значит, эти группы студентов менее склонны к риску. Первую позицию жизнестойкости по индикаторам «вовлеченность» и «контроль» заняли студенты КНИТУ технической специальности, набравшие в среднем по 39,2 за контроль и 42,2 за вовлеченность. При этом нормальным средним значением является 37,64 балла за индикатор вовлеченности и 29,17 баллов за индикатор контроля. Достойную позицию занимают воспитанники КДС, также превысившие норму среднего балла, набрав по 39,6 баллов, незначительно отставая по индикатору вовлеченности от технических специальностей КНИТУ. Высокий уровень контроля показали воспитанники КДС, которые набрали в среднем 33,9 балла, что превышает норму среднего значения по тесту жизнестойкости. Таким образом, первую позицию по общему уровню жизнестойкости занимают студенты КНИТУ технической специальности – 93,4 балла, вторую – воспитанники КДС – 85,5 балла и третью (53,9 балла) – студенты КНИТУ гуманитарных специальностей при среднем значении нормы по тесту – 80,72 балла. Соответственно, большинство участвовавших в исследовании студентов обладают выраженной жизнестойкостью.

Базируясь на метасистемном подходе к анализу жизнедеятельности человека Яковлевой Н.В.[5], нами была адаптирована модель витальной метакомпетентности, которая представляет собой систему веду-

щих жизненных компетенций. На основе степени сформированности подобной системы выделяются пять уровней витальной метакомпетентности: базовый, повторяющийся, стандартизованный, управляемый, оптимальный. По уровню витальной компетентности первую позицию занимают студенты КНИТУ технических специальностей женского пола и студенты КДС пастырского факультета, демонстрирующие оптимальный уровень. Второй – управляемый уровень характерен для студентов технической специальности мужского пола и гуманитариев женского. Третью позицию занимают студенты гуманитарного профиля мужского пола со стандартизированным уровнем витальной метакомпетентности. Никто не показал минимальный – базовый уровень компетентности, который предполагает малоразвитые способности жизнеобеспечения, отсутствие автономности, решение проблемных жизненных ситуаций спонтанными действиями, т.е. отсутствие сформированных представлений и приемов преодоления критической ситуации. Тогда как среди студентов КНИТУ технических специальностей и воспитанников КДС выявлен более разнообразный, широкий и гибкий набор витальных жизненных компетенций. Однако данный набор еще не является системой, поскольку его элементы практически не взаимосвязаны между собой. Сравнительный анализ результатов исследования показал, что есть некоторые различия в отношении изучаемой проблемы, среди студентов КДС и КНИТУ. В частности, все респонденты положительно относятся к здоровому образу жизни, но фактически его придерживается меньшинство: 20% опрошенных студентов КНИТУ ведут ЗОЖ и 46 % в КДС, пытаются это делать – 45% в КНИТУ и 18 % в КДС. При этом имеют вредные привычки более 57% студентов КНИТУ и 6% опрошенных воспитанников КДС.

Выявлено, что здоровьесберегающие практики студентов гуманитарной специальности КНИТУ наиболее разнообразны, к ним относятся оздоровительные медицинские, легитимные, нетрадиционные практики, духовные практики оздоровления и различные способы самолечения. Здоровьесберегающие практики воспитанников КДС определены религиозным мировосприятием: православные, псевдоправославные практики оздоровительной и сохранительной направленности, легитимные. Студенты технической специальности КНИТУ чаще всего применяют оздоровительные практики, нацеленные на приумножение ресурсов здоровья, такие как – медицинские, легитимные и реже – нетрадиционные. Доминирующим подходом к здоровью среди православных студентов КДС оказался нормоцентрический с положительной дефиницией. Большинство студентов КНИТУ склонно понимать здоровье через *негативную дефиницию*, определяя это состояние как отсутствие болезней и физических недугов, дефектов и как следствие, отсутствие медицинского вмешательства. Студенты технических и гуманитарных специальностей КНИТУ, кроме гуманитариев женского пола интерпретируют болезнь как случайность. Гуманитарии мужского пола склонны к пониманию болезни как неизбежности. Воспитанники КДС обозначили болезнь как испытание, реже – наказание. Таким образом, на современном фоне постоянных социокультурных трансформаций, когда индивиду особенно тяжело самоидентифицироваться, сформировать собственные модели поведения в рамках определенного культурного эталона, важно по достоинству оценить значимость социокультурных модусов в пространстве реализации здоровьесберегающих практик и витального поведения студенческой молодежи.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Savelyeva Zh.V. Health and disease in the context of sociological theory: the specifics of interpretations. Herald of Kazan Technological University. 2012. T. 15. № 22. Pp. 202-206.
2. Lisina O.V. Understanding the definitions of «health» and «disease» of the orthodox students: based on semiformalized interviews. Herald of Kazan Technological University. 2014. Vol. 17. № 23. Pp. 468-472.
3. Stakina Y.M. Viability of students with different professional orientation. Promising areas of psychology: collection of scientific articles. Vol. 2. Moscow: Publishing house HSE, 2012. Pp. 143-155.
4. Leontiev D.A., Rasskazova E.I. Viability test: a guide to the new method of psychological diagnosis of personality with the wide range of applications. Moscow: Meaning, 2006. 63 p.
5. Yakovleva N.V. Metalivelihoods: metasystem approach to the analysis of human life. Applied legal psychology. 2011. № 2. Pp. 18-22.

**REFERENCES:**

1. Savelyeva Zh.V. Health and disease in the context of sociological theory: the specifics of interpretations. Herald of Kazan Technological University. 2012. T. 15. № 22. Pp. 202-206.
2. Lisina O.V. Understanding the definitions of «health» and «disease» of the orthodox students: based on semiformalized interviews. Herald of Kazan Technological University. 2014. Vol. 17. № 23. Pp. 468-472.
3. Stakina Y.M. Viability of students with different professional orientation. Promising areas of psychology: collection of scientific articles. Vol. 2. Moscow: Publishing house HSE, 2012. Pp. 143-155.
4. Leontiev D.A., Rasskazova E.I. Viability test: a guide to the new method of psychological diagnosis of personality with the wide range of applications. Moscow: Meaning, 2006. 63 p.
5. Yakovleva N.V. Metalivelihoods: metasystem approach to the analysis of human life. Applied legal psychology. 2011. № 2. Pp. 18-22.