

УДК 316.74

А. В. Щербина

Санкт-Петербургский государственный электротехнический
университет «ЛЭТИ» им. В. И. Ульянова (Ленина)

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИОРИТЕТОВ ПОЛИТИКИ ПРОДВИЖЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Обоснована плодотворность интерпретации здоровья в горизонте культуры и истории. Проанализирована социологическая информация о роли здоровья как фактора стратификации; о неравенствах в здоровье, об экономических и социальных факторах, влияющих на показатели здоровья. Критически рассматриваются распространенные в массовом сознании и социогуманитарном дискурсе схемы интерпретации здорового образа жизни (ЗОЖ). Обоснована целесообразность различения аспектов комплексного понимания здорового образа жизни: качество жизни индивидуума, установка на здоровье и социальная практика. Показано, что пропаганда индивидуально-личного подхода к здоровью осуществляется конкурирующими поставщиками услуг в сфере ЗОЖ и не требует специальной поддержки со стороны государства. Задачи государства – создание всеобщих условий, правовое регулирование, стандартизация. На основе анализа здорового образа жизни определены приоритеты политики продвижения здорового образа жизни в современном российском обществе: информирование о стандартах, интеграция в систему непрерывного образования, поддержка и популяризация моделей, отвечающих критериям доступности и коллективности.

Здоровый образ жизни, здоровье, неравенства здоровья, стратификация, ценности, установки, индивидуализм, культурно-историческая традиция, модели здорового образа жизни

Провозглашение здоровья населения приоритетом государственной политики, реализуемой правительством РФ, принятие соответствующих программ¹, вопреки широко распространенному в современном российском обществе скептицизму и критицизму (фиксируемым в опросах общественного мнения и отчетливо представленным в СМИ и СМК), уже приносят свои плоды. Средняя продолжительность жизни в РФ растет и сегодня составляет 72,5 лет: у мужчин – 67,5 и у женщин – 77,4, демонстрируя уменьшение разрыва по этому показателю, который 10 лет назад превышал 15 лет². Уменьшается смертность вследствие улучшения качества здравоохранения и распространения здорового образа жизни (далее – ЗОЖ) среди граждан России, что явилось результатом межведомственных усилий и использования как инструментов правового регулирования, так и комплекса организационных мер, потребовавших значительных бюджетных ассигнований. За истекшие 10 лет наблюдается снижение смертности от заболеваний. Сократилось количество курящих россиян – на одну треть в целом, в 2,7 раза – среди подростков. Снизилось потребление алкоголя: с 18 л спирта в год на душу населения в 2009 г. до 10 л в настоящее время (стандарт ВОЗ – 8 л). Положительная динамика наблюдается в развитии физической культуры населения, она поддержи-

¹ Национальный проект «Здоровье», стартовавший 01.01.2006 при поддержке президента В. В. Путина; Программа РФ «Развитие здравоохранения» от 15.04.2014; приоритетный проект «Формирование ЗОЖ» от 07.08.2017. Информация с официального сайта Правительства РФ: www.government.ru.

² Приводятся данные, озвученные министром здравоохранения РФ В. И. Скворцовой, в интервью на радио «Вести-ФМ» 29.09.2017.

вается мерами, направленными на большую доступность условий для занятий спортом. Важными составляющими усилий, предпринимаемых правительством РФ на федеральном, региональном и муниципальном уровнях, признаются пропаганда и популяризация ЗОЖ среди населения. В этой сфере – общественного сознания – представлены самые различные «агенты влияния», зачастую конкурирующие друг с другом.

На основе социологического анализа ЗОЖ предлагается попытка осмыслить приоритеты государственной политики по продвижению ЗОЖ, наметить основные точки приложения сил. В своих рассуждениях мы опирались на результаты авторитетных социологических исследований¹, многолетние наблюдения за образом жизни студенческой молодежи и на сведения, полученные в процессе преподавания дисциплины «Социология» в СПбГЭТУ «ЛЭТИ». При анализе опыта проведения учебных социологических исследований принималась во внимание как добытая студентами социологическая информация, так и предлагаемые ими эмпирические интерпретации понятия ЗОЖ, их попытки операционализировать этот концепт, а также изобретаемый студентами исследовательский инструментарий.

Здоровье в современном мире признается одной из немногих фундаментальных общечеловеческих ценностей, не подверженных инфляции. Считая спор об общечеловеческих ценностях малопродуктивным и уже состоявшимся в культурно-образовательном пространстве России и наблюдая, как агрессивно его объявляют выигранным претенденты на роль их главного защитника (в том числе и от России), будем исходить из «цивилизационного подхода», хорошо представленного в современном дискурсе благодаря, например, популярным публицистическим работам С. Хантингтона [1]. Люди, принадлежащие к разным цивилизациям (цивилизация понимается как культурная общность самого высокого порядка), имеют не совпадающие, культурно-исторически обусловленные представления об обязательствах человека перед собой, другими, государством, об отношениях родителей и детей, мужчин и женщин и т. п.

Структурный функционалист Т. Парсонс, не обладавший даром популяризатора, задолго до этого обосновал тезис, что ядро социетальной общности – культурно-нормативный порядок, т. е. базовые ценности, которые не могут быть обоснованы целесообразностью более низкого порядка – политической, экономической, демографической целесообразностью. Они являются самообосновывающимися благодаря их отношению к трансцендентному, в терминологии Парсонса – к «внешней среде системы социального действия», к «предельной реальности». В традиционных обществах эти ценности, укорененные в жизненном укладе и разделяемые (не единодушно и не безусловно) в силу обычаев и привычек, имели вероисповедальное обоснование. Агностик Э. Дюркгейм справедливо замечал: вопрос о ценностях – это всегда религиозный вопрос. М. Вебер разъяснил, какое значение имеет религиозная этика для этики хозяйственной жизни и для всей совокупности мирских отношений. Свершившаяся в обществах модерна секуляризация, лишившая ценности их богооткровенного источника и предоставившая их на суд морального разума, не отменяет того факта, что они являются предметом веры.

Здоровье обладает ценностью в качестве атрибута определенным образом понимаемой человеческой сущности, личного бытия. Адекватное современности определение здоровья,

¹ Разнообразные данные, включая инфографику, см. в тематических разделах рубрики «Здравоохранение» на официальном сайте ВЦИОМ: www.wciom.ru.

вполне светское, сформулировано в 1985 г. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в принятой концепции «Здоровье для всех к 2000 году». Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов. Данное определение демонстрирует широту подхода и не только не исключает, но, скорее, предполагает интерпретацию здоровья в горизонте культуры и истории.

Значимость вклада ЗОЖ в поддержание и укрепление здоровья сегодня общепризнана. Первое, что бросается в глаза при социологическом интересе к ЗОЖ, – резкий контраст между его нормативными описаниями и широко распространенными в массовом сознании представлениями о связанных с ним социальных практиках. Первые утверждают образ гармоничного, целостного человека-творца. Вторые ассоциируются с образами технологий, менеджмента, маркетинга.

Нормативные описания, используя схему интерпретации «образ–прообраз», рисуют совершенный прообраз, к которому надо стремиться и которому подражать. Но в силу иерархического устройства этого прообраза в нем собственно поддержанию физического здоровья и связанным с ним средствам, способам, техникам отводится далеко не центральное, скорее вспомогательное место. Напротив, в активно продвигаемых в массовое сознание практиках ЗОЖ («индивидуальные» программы и методики питания, спортивного питания, похудения, фитнеса, психологического тренинга, коррекции фигуры и т. п.) здоровью, физической форме, внешнему виду отводится главное место. При этом ЗОЖ выступает как особого рода деятельность и плохо интегрируется с другими видами жизнедеятельности: зачастую человек настолько привержен ЗОЖ, что начинает воспринимать его как поприще, становится «зожником», нередко вовлекается в маркетинговые сети, профессионализируется в «индустрии ЗОЖ».

Стереотипы общественного сознания стремительно меняются. В сравнительно недавнем советском прошлом изможденное лицо, мешки под глазами, морщины на челе руководителя воспринимались как свидетельство того, что вся его жизнь отдана общественному служению, что он, не покладая рук и забывая о себе, печется об общем деле. Сегодня все изменилось. Цветущий вид, подтянутость, бодрость, спортивность руководителя («лица, принимающего решения», «лидера общественного мнения») оцениваются позитивно, являются существенным компонентом его личностного ресурса, повышают его популярность, в том числе его электоральные перспективы. Демонстрируемое физическое здоровье и спортивная форма теперь не столько рассматриваются в качестве случайности судьбы, природного (или божественного) дара, сколько вменяются в заслугу. Внешний облик – это во многом личное достижение, результат и зримое воплощение приверженности ЗОЖ.

Согласно традиционному мировоззрению (мы используем понятия «традиция» и «современность» в качестве типологических) жизнь и здоровье – это Божий дар (или, если обратиться не к иудео-христианским культурно-историческим традициям, а, например, к буддистской – это плод благой кармы). Человек, имеющий Божий дар и связанные с распорядком им обязанности перед Богом, другими людьми и перед самим собой, должен этот дар сохранить, укрепить и использовать в качестве ресурса для достижения благих целей. В этом ключе интерпретируется и ЗОЖ. Человек устроен иерархически. Тело подчиняется душе, душа – духу. ЗОЖ реализуется как жизнь личности, направляемая благими целями, превосходящими земное бытие индивида и устремляющими его в вечность.

В современном обществе здоровье осмысливается рефлексивно и конструктивно. Здоровье – общественное или личное достижение. Обратимся к ставшему хрестоматийным, широко цитируемому в современной отечественной социологической литературе анализу Э. Гидденса.

Он выделяет два типа, две модели понимания здоровья. Эмпирическое многообразие, из которого они извлечены, проявлено в обыденных представлениях, в исследовательских и практически ориентированных подходах. Это, соответственно, «медико-биологическая» и «критическая» (полагаю, «социально-психологическая») модели. Э. Гидденс убедительно показывает, что биомедицинская модель здоровья является составной частью «проекта модерн» с его экономоцентризмом, императивами безостановочного роста производительности труда, масштабов производства, нормализации потребностей и образа жизни.

Представления об общественном здравоохранении, его институционализация были инспирированы идеей «тела общества»: население – это производительная сила, контроль и рациональное использование которой важны для обеспечения экономического роста и улучшения национального благосостояния как условия обороноспособности и вообще конкурентоспособности нации-государства. Все это – характерная примета современных индустриальных экономически развитых обществ. Постиндустриальное общество (в терминологии Гидденса «зрелый модерн») относится к биомедицинской модели критически. Суть критики сводится к следующему. Согласно биомедицинской модели болезнь вызывается биологическими факторами. Они могут быть объективно установлены естественнонаучными методами. Совершенствование этих методов в перспективе будет делать наше понимание причин болезней все более точным и глубоким, а способы поддержания здоровья – все более надежными. Критическая модель интерпретирует здоровье и болезнь скорее в качестве социальных, психологических явлений, причины и генезис которых не могут быть однозначно определены объективными естественнонаучными методами.

Справедливости ради обратим внимание на то, что распространение такого рода критицизма в массовом сознании – во многом результат «социологического просвещения». Классик социологии Т. Парсонс, развивший идею кибернетического устройства социальной системы, убедительно показал, что подсистема поведенческого организма включает в себя не поведенческие элементы, к которым человек может только приспосабливаться. Собственно, только они и могут устанавливаться исключительно объективно («36,6 °C»). Управление приспособлением осуществляется подсистемами более высокого уровня в кибернетической иерархии, оно опосредовано управлением поведением. Соответственно «воля к тому, чтобы быть здоровым», которую невозможно определить естественнонаучными методами, является важным элементом и должна приниматься во внимание как на уровне поведенческого организма, так и на уровне личности и социетальной общности.

Пассивность, объектность пациента подвергаются пересмотру. Наряду с объективными показателями здоровья пациента оказываются важными его самочувствие и самооценка, его личный опыт болезни и отношение к ней. Экспертами в области здоровья оказываются не только медики, но и психологи, и социальные педагоги, и носители альтернативного и «комплементарного» знания, методик оздоровления, мнимо или действительно основанных на традициях народной медицины, в том числе инокультурных. Благодаря информационной революции пациент имеет доступ к разнообразным данным, позволяющим ему тестировать, оценивать и прогнозировать состояние своего здоровья, заниматься самодиагностикой, самолечением и профилактикой [2]. Наконец, не больница и даже не санаторий теперь являются местом, где «занимаются здоровьем». Скорее, это фитнес-клуб, спортивный зал, велосипедная дорожка или... семинар по ЗОЖ. Э. Гидденс резюмирует: главное в критической модели – упор на индивидуальное отношение к здоровью. Отдельная личность несет большую ответственность за свое благополучие.

Вменение индивидам и социальным акторам ответственности за здоровьесберегающее поведение и, в конечном счете, за состояние своего здоровья – тенденция, проявляющаяся в полной мере и в нашей стране. Важно, кем и как именно продвигается ЗОЖ в общественном сознании: каков вклад научных знаний и идеологических призывов, образовательных практик, законодательных инициатив, маркетинговых ходов.

В продвижении ЗОЖ сегодня отчетливо наблюдается явная односторонность. ЗОЖ – это стиль жизни, поведенческая стратегия, совокупность знаний, умений и навыков, воплощенных в отдельной личности. Разумеется, можно говорить о ЗОЖ сообщества, населения региона, страны, подразумевая при этом сходство условий жизни и «общностно ориентированные действия» [3], но все же в первую очередь субъект ЗОЖ – это личность. В том числе и потому, что понятие ЗОЖ включает в себя рефлекссию: сознание, установку, мотивацию, оценку.

Зададимся наивным вопросом. Может ли человек вести ЗОЖ, не будучи озабоченным своим здоровьем и даже не подозревая об этом? Теоретически – да. Возможно, что именно ставший привычным, «оестественным», инкорпорированным, ЗОЖ и является таковым «по преимуществу». Но практически в современном мире – нет, поскольку весь контекст социальных взаимодействий и информационная открытость современных обществ заставляют человека соизмерять свой образ жизни с эталонными образцами, которые «находятся под угрозой», рекламируются, продвигаются и при этом постоянно обсуждаются, пересматриваются, проблематизируются. Поэтому первое и самое «минимальное определение» ЗОЖ – это внимание личности к своему здоровью.

Коммерческие и некоммерческие общественные организации, самодеятельные группы, психологи, консультанты, тренеры активно эксплуатируют тему здоровья как ресурса и капитала и, соответственно, продвигают ЗОЖ, обращаясь главным образом к престижно ориентированным, достиженческим мотивациям: человек, практикующий ЗОЖ, с высокой вероятностью повысит свой социальный статус, преуспеет в жизни.

Обратимся к наиболее авторитетным социологическим исследованиям факторов социальной стратификации современного российского общества. Под факторами в широком смысле понимаются как внешние по отношению к индивиду, структурные характеристики общества, так и присущие конкретному человеку свойства и поведенческие характеристики, которые позитивно или негативно влияют на его шансы занять определенное место в обществе. Одним из наиболее интересных исследователей в этой сфере является Н. Е. Тихонова, которая в ряде работ [4], [5], удачно сочетающих методологический анализ концептуальных подходов с выводами лонгитюдных эмпирических исследований, выделяет в качестве относительно самостоятельной задачи сравнение факторов стратификации, действовавших в России в 90-е гг. XX в., с определяющими положение человека в обществе сегодня.

Автор отмечает, что гипотеза, согласно которой подход к анализу стратификации с позиций актора наиболее адекватен, соответствовала общественной ситуации в России в 1990-е гг., но не подтверждается в современном обществе, во втором десятилетии XXI в., когда отчетливо обозначилась тенденция: решающую роль играют структурные характеристики общества. Но ключевая гипотеза, согласно которой соотношение влияния системы (структурных ограничений) и деятельности акторов в достижении социального статуса на протяжении последних двух десятилетий в России неоднократно менялось, подтвердилась (заметим, что эта гипотеза непосредственно вытекает из классических формулировок теории стратификации и мобильности П. Сорокина).

В качестве главных показателей социального статуса выбраны два: показатель уровня материального благополучия, который объединяет ряд индикаторов, и «субъективный статус», включающий в себя самооценку по ряду параметров. Автор выделяет пять групп факторов, значимых для идентификации респондентами своего социального статуса: место работы и особенности рыночной ситуации; регион и место проживания; физиологические характеристики: возраст, пол, здоровье; габитус: культурные предпосылки, индивидуалистические достижительные или патерналистские конформистские установки; поведенческие стратегии.

Подводя итоги двадцатилетних исследований, Н. Е. Тихонова указывает, что на роль главного фактора стратификации сегодня наряду с материальным благополучием выходит статус родительской семьи. «Это свидетельствует о все большей межгенерационной консервации статусов в современной России, закрытии в ней “лифтов” социальной мобильности» [6].

Автор выделяет характерную для сегодняшнего российского общества тенденцию: уровень образования индивидуума, обладание человеческим и культурным капиталом важны, но сами они все в большей степени детерминируются фактом происхождения. Доступ к качественным рабочим местам получают выходцы из наиболее статусных и высокообразованных семей. Что, в свою очередь, влияет на снижение значения социально-психологических характеристик личности для занятия статусной позиции, которые относительно много значили в 1990-е гг. При том, что типы локус-контроля у позитивно и негативно привилегированных диаметрально противоположны (у наиболее благополучных доминирует внутренний локус-контроль, у наименее благополучных – внешний), в общей картине стратификации наличие достижительной мотивации и тип локус-контроля находятся на грани статистической значимости. При том, что субъективная оценка соотносительной значимости факторов стратификации заметно различается в разных социальных слоях. Представители высокостатусных групп ощущают себя творцами собственного благополучия, воспринимают жизненные ситуации как ситуации выбора, представители низкостатусных групп лишены этих возможностей.

Н. Е. Тихонова отмечает, что наиболее значимым фактором стратификации среди физиологических характеристик человека в современной России является состояние здоровья, а значение таких характеристик, как пол и возраст, напротив, снижается. При плохом здоровье вероятность оказаться на нижних ступенях социальной пирамиды очень высока и относительно выросла по сравнению с девяностыми годами. Важен вывод автора: период с начала 2000-х гг. демонстрирует устойчивую тенденцию: снижение значимости факторов, связанных с личностью актора, и рост значимости условий его социализации и социального капитала. Социально-психологические характеристики личности, индикаторами которых выступают конstellляции мотивов с акцентированной достижительной установкой, мобильность психики, приверженность определенным поведенческим практикам (например, ЗОЖ) – все менее значимый фактор стратификации по сравнению с внешними ограничениями и возрастающей ролью социального капитала.

Для подавляющего числа россиян активность по повышению своего статуса может протекать в очень узком коридоре возможностей, который задается внешними структурными ограничениями. Большая часть структурных позиций сосредоточена в нижней части статусной иерархии. «Сложившиеся в современном российском обществе механизмы распределения людей по статусным позициям все дальше уводят нашу страну от меритократического идеала общества равных возможностей и воздаяния в соответствии с индивидуальными заслугами, являющегося идеальной моделью для подавляющего большинства россиян» [6, с. 35].

Итак, зафиксируем вывод. Значимость здоровья как фактора стратификации заметно увеличилась, причем это относится ко всем группам населения. Роль же социально-психологических характеристик (установки, мотивация, поведенческие практики), напротив, снизилась. Роль личных усилий, избираемого индивидуального образа жизни в достижении высокого социального статуса, устойчиво коррелирующего с высокими показателями здоровья, не так велика.

Обратимся к анализу различий здоровья в странах Европы и социальных неравенств в этой сфере, осуществленному петербургскими исследователями Н. Л. Русиновой и В. В. Сафроновым [7]. Исследование «Состояние здоровья в Европе и России: общественный контекст и социальные неравенства» построено на основе анализа данных Европейского социологического исследования 2008 г. по репрезентативной выборке населения 28 стран Европы, статистики мирового банка и данных ВОЗ с применением методов двухуровневого логистического моделирования. Социальные неравенства в здоровье имеют два измерения, подлежащие объяснению: различия в здоровье населения европейских стран и выраженные социальные неравенства в здоровье представителей различных социально-демографических групп внутри стран.

Социологические исследования, направленные на поиск причин социальных неравенств здоровья, принимают во внимание следующие факторы: уровень экономического развития страны, степень социальной интегрированности общества, развитость «государства благосостояния», типы поведения, формирующие риски для здоровья. Здоровье в обоих направлениях исследования – зависимая переменная, ее индикатор – оценка респондентами своего здоровья. Независимые переменные – валовый национальный доход, уровень душевых расходов государства на здравоохранение, уровень коррупции, уровень дезинтеграции, демографические показатели – пол и возраст. В качестве одной из важных социальных переменных, рассматриваемой в качестве фактора влияния на положение человека в общественной стратификации здоровья, принят уровень его образования.

Поляризация европейских стран по здоровью оказалась значительной. В странах, прошедших через перестройку, здоровье населения существенно хуже. Причина этого – относительно невысокий уровень развития экономики, социального государства, государственного управления, а также ослабление в них социальной интеграции. Невысокие оценки своему здоровью дают респонденты из России и Украины – состояние своего здоровья считают плохим до 70 % респондентов. Вызывает тревогу вывод: показатель негативной самооценки здоровья, будучи в России одним из самых высоких в Европе и уступая только Украине, согласуется с объективными сведениями, например, индикаторами ожидаемой продолжительности жизни.

Больше всего положительных оценок дают респонденты из Скандинавских стран, Швейцарии и респонденты из не самых процветающих в экономическом отношении Греции и Кипра. Объяснение последних особенностями климата, диеты, преобладанием среди населения молодежи, по всей видимости, не является убедительным и должно быть дополнено.

Главный предиктор здоровья – размер национального дохода. С ростом ВВП на душу населения повышается продолжительность жизни и снижаются показатели смертности и заболеваемости. Анализ показывает, что здоровье в Европе структурировано по демографическим и социальным признакам, а отчетливость этого структурирования зависит от экономического развития страны. С его повышением социальные неравенства в здоровье начинают сглаживаться. Различия в здоровье женщин и мужчин сокращаются по мере повышения

уровня экономического развития. Возрастная дифференциация здоровья также сжимается в более развитых в экономическом отношении странах Европы. Но потенциал экономического роста не безграничен. «По мере того, как стандарты жизни повышаются и страны становятся все богаче и богаче, взаимосвязь между экономическим ростом и продолжительностью жизни ослабевает» [7, с. 20]. Размер национального богатства не позволяет объяснить социально-структурные неравенства, которые имеют место и в странах с самым высоким национальным доходом. Не объясняет он и возрастных различий. При том что наилучшие показатели здоровья коррелируют с наиболее высокими душевыми расходами бюджета на здравоохранение (в Скандинавских странах соответствующие расходы и самые высокие и лучшие в Европе показатели здоровья), исследования показывают, что и в «государствах благосостояния» социальные неравенства в сфере здоровья воспроизводятся.

Устойчивость социальных неравенств в сфере здоровья, выявляемая во всех странах, свидетельствует о социальной несправедливости в распределении ресурсов здоровья и является бесспорным доказательством того, что индивидуальные и личностные характеристики человека, отраженные в его положении в социально-демографической структуре, не являются ключевым фактором здоровья как индивида, так и населения. Индивидуальный выбор ЗОЖ и даже совокупность таких выборов в масштабе страны не обеспечивает автоматически благополучия в этой сфере.

Итак, состояние здоровья опосредовано социетальным контекстом. Проверке данной гипотезы и посвящен анализ петербургских социологов. Еще раз уточним эту гипотезу. Социальные взаимодействия (социальные сети и включенность в них человека, возможность получения поддержки со стороны окружения, готовность заботиться о других) не только создают благоприятные условия для сохранения индивидуального здоровья, но и формируют особенности «общественного контекста» стран, существенные для объяснения различия между ними по показателям здоровья. Разумеется, самостоятельной задачей для социолога выступает эмпирическая интерпретация и операционализация понятия «общественный контекст». На поверхности лежат такие индикаторы, как уровни убийств и самоубийств, частота разводов. Такой важный показатель, как уровень коррупции, интегрирует показатели ориентации политики на социальные цели, уровень подотчетности властей в реализации социальной политики, характер рекрутирования элит, эффективности управленческой деятельности в сфере укрепления национального здоровья и мн. др., выявление индикаторов для которых – нетривиальная задача.

Выраженная социальная дезинтеграция коррелирует с низкими показателями здоровья и широким распространением нездоровых стилей жизни (алкоголь, наркотики, вредное питание, гиподинамия). Объяснение этой корреляции может быть дано в традиции аномии: разрушение нормативного порядка, проблематизация традиционных ценностей, ослабление консенсуса элит и народа, освобождение образовательных институтов от задачи воспитания препятствуют эффективному социальному контролю в обществе и способствуют распространению деструктивных типов поведения.

Итак, авторы подчеркивают значимость исследования «общественного макроконтракста», «социетального контекста», «уровня общественного развития», «социальной интеграции» в перспективе их воздействия на здоровье. Заметим, что социетальный контекст, о котором справедливо говорят авторы, не должен рассматриваться в отрыве от нормативно-культурного порядка и культурно-исторических традиций народов, в лоне которых воспроизводятся

жизненные миры, первичная социальность, комплексы родства и эротические комплексы, с которыми интимно связаны самочувствие человека и его здоровье. Социальные различия в здоровье людей из разных демографических и социальных страт неодинаковы. Пожилые, представители низкостатусных групп везде оценивают свое здоровье относительно хуже. Но важно подчеркнуть, что в одних странах эти различия проявляются более, в других – менее отчетливо. В России социальные неравенства в здоровье проявляются очень ярко. Сохраняются выраженные гендерные различия и очень сильно различаются оценки самочувствия молодежи и людей старшего возраста. Среди последних меньшинство считает свое здоровье хорошим, тогда как в развитых странах Европы таких большинство даже среди пожилых.

Интересно, что отчетливые неравенства в здоровье граждан в зависимости от уровня образования проявляются в любой части Европы. Россия здесь не исключение: здоровье значительно хуже у малообразованных людей в сравнении с теми, кто лучше образован.

Отделить признаки социальной дезинтеграции от экономических показателей непросто. Авторам это удалось, что позволило сформулировать ряд выводов. «Согласно результатам моделирования, общественное развитие и социальная деструкция – важные самостоятельные факторы национального здоровья: позитивные и негативные эффекты первого могут усиливаться или ослабляться в зависимости от состояния социальных отношений. Уровень развития общества практически не связан с показателями этих отношений, так что его повышение не обязательно влечет их гармонизацию» [7, с. 31].

Авторы приходят к справедливому заключению: здоровье человека зависит не только от экономического благосостояния и «социетального контекста», но и от культуры. Последняя в рамках данного исследования понимается как индивидуальная культура, как уровень развитости личности. Представители более образованного слоя склонны придавать большее значение своему здоровью, они менее подвержены вредным привычкам, их больше заботят профилактика и необходимость укрепления здоровья.

Обнаруженная связь уровня образования и отношения к здоровью может быть использована для обоснования суждения весьма одностороннего, что ближайший путь к укреплению здоровья, улучшению его показателей (индивидуальных и совокупных) – улучшение образования вообще и, в частности, пропаганда ЗОЖ как перспективы для сознательной, вооруженной компетенциями личности. Такой подход, полагаем, не плодотворен в социокультурных условиях современной России. Он разжигает престижные достижительные ориентации, провоцирует фрустрации и, скорее, способствует дезинтеграции, нежели укреплению социетальной общности.

Недавно Правительством РФ был утвержден паспорт приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни»¹. В качестве ключевой цели проекта заявлена задача увеличить долю граждан, приверженных ЗОЖ, до 50 % к 2020 г. и до 60 % к 2025 г. Приоритетный проект направлен на совершенствование законодательства в области рекламы табака, алкоголя, продуктов нерационального питания, на снижение их потребления, на увеличение доли граждан, ответственно относящихся к своему здоровью, ведущих ЗОЖ, в том числе тех, кто систематически занимается физической культурой, спортом. В качестве ожидаемых результатов реализации проекта называются: принятие дополнительных мер, направленных на

¹ Паспорт приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни» на официальном сайте Правительства РФ: www.government.ru.

снижение потребления табака и алкоголя; грантовая поддержка общественных организаций, реализующих проекты в сфере пропаганды ЗОЖ, правильного питания и сбережения здоровья; информирование населения (в союзе с производителями продуктов) о здоровом питании посредством размещения знаков отличия и информации на упаковках продуктовых товаров; масштабная информационно-коммуникационная кампания по формированию здоровьесберегающего поведения, включая сохранение репродуктивного здоровья и повышение приверженности вакцинации; определение и внедрение наиболее эффективных механизмов, направленных на повышение ответственности работодателей за здоровье работников организации, а также ответственности граждан за свое здоровье. В части ответственности планируется внести предложения по дополнительным мерам, включая меры экономического характера.

Среди важных инструментов реализации проекта называются подготовка и размещение на сайте Минздрава России библиотеки лучших проектов в сфере пропаганды ЗОЖ; разработка методики оценки формирования культуры ЗОЖ у населения и правил осуществления мониторинга ситуации с учетом особенностей целевых групп граждан; разработка и проведение открытых уроков по мотивированию школьников, родителей и учителей к ведению ЗОЖ.

Социологический анализ (согласно Э. Дюркгейму он предполагает учет таких «социальных фактов», как «течения общественного мнения») основных направлений в продвижении ЗОЖ и ожидаемых результатов неизбежно ставит вопросы: каковы показатели ЗОЖ? Очевидно, что они не совпадают с показателями здоровья. Увы! Ведение ЗОЖ не приводит с необходимостью к здоровью. Предложение о вменении ответственности за состояние индивидуального здоровья, очевидно, не должно пониматься буквально. Ответственность возникает вследствие нарушения законов, норм, несоблюдения правил, игнорирования распоряжений. Ответственность – это особое отношение действий, намерений и оценок. Отвечать перед другими можно за свои «социальные действия». А за мысли, настроения, эмоции? А за состояния, детерминированные «неповеденческими моментами»? А как распределяется ответственность между социальными субъектами? Вопросы риторические. Очевидно, что здесь возникают коллизии и трудности правового и этического характера.

В самом концепте ЗОЖ есть некая двусмысленность. ЗОЖ – это индивидуальная жизнь, которая продолжительное время (увы, не бесконечное) обладает свойствами, выраженными в объективных характеристиках, принимающих значения «в пределах норм» (периодически пересматриваемых экспертами), и в субъективных характеристиках, очень мобильных и расплывчатых, которые резюмируются в самооценках здоровья. Вместе с тем ЗОЖ – это поведение, описываемое в категориях самосознания, внимания, интереса, намерений, целей, контроля, ценностно детерминированных выборов. Между первым и вторым есть связь. Первое стихийно, второе рефлексивно и конструктивно. Первое – собственно здоровая жизнь, второе – установка на здоровье.

Идея, согласно которой ЗОЖ как установка вносит существенный, едва ли не самый важный вклад в здоровье как атрибут живого организма, во многом явилась реакцией на разочарование в возможностях современной медицины. Живые организмы не всегда могут устранить те нарушения, которые в них возникают под влиянием воздействий внешней среды. Медицина пытается устранить эти нарушения с помощью лекарственных средств – первоначально полученных из природных источников, затем с помощью оргсинтеза. Постоянно прогрессирующий рост производства лекарственных препаратов, совершенствование методов и технических средств диагностики, углубление специализации в подготовке врачей и...

возрастающее количество заболеваний и больных, о чем свидетельствуют статистические данные. В этом контексте подчеркивание вклада ЗОЖ как установки в сохранение здоровья как бы возвращает и актуализирует укорененные в культурно-исторических традициях представления о добротном домостроительстве, о смыслах, целях, возможностях и границах индивидуального существования, об обязанностях и ответственности человека за неповрежденность человеческой природы и позволяет придать этой установке нравственный смысл.

Здоровье рассматривается как благо в любой системе ценностей. Если «приверженность» животных ЗОЖ регулируется инстинктом и определяется перспективой сохранения вида, уяснение которой продвинулось для нас благодаря современной этологии, то для личности из ценности здоровья автоматически не вытекает ценность ЗОЖ как установки. Последняя не является самолегитимирующейся и требует дополнительного мотивирующего обоснования. Заботиться о своем здоровье нужно, чтобы поддерживать надлежащий, соответствующий культурным сословным, корпоративным, групповым нормам образ жизни, чтобы служить роду, семье, Отечеству, чтобы быть «готовым к труду и обороне». Мотивация может стимулироваться институциональными требованиями и ограничениями, как, например, годность к военной службе, возможность построения конкретной профессиональной карьеры. Размывание традиционных обществ актуализирует индивидуалистическую мотивацию: увеличивать жизненные шансы в рыночной ситуации, в широком смысле, включая и конкуренцию за сексуального партнера, быть здоровым, чтобы повысить свой социальный статус. Наконец, выглядеть здоровым, поскольку это модно.

Образцы ЗОЖ, транслируемые по каналам культурной глобализации, берутся на вооружение. ЗОЖ как установка может быть способом самоидентификации в качестве современного успешного и «самореализующегося» человека. Демонстрация своего ЗОЖ сигнализирует окружающим о наличии досуга, ресурсов, материального благополучия.

Отдельные сообщества, практикующие ЗОЖ, имеют признаки субкультуры. Для некоторых людей оздоровительные практики становятся идеологией, едва ли не религией с явно выраженным сектантским уклоном. Характерным примером здесь являются вегетарианцы, веганы и т. п., для которых главным основанием, разделяющим «своих» и «чужих» со всеми социально-психологическими следствиями из этих «аттитюдов враждебности», являются представления о правильном питании. Невротические и истерические проявления ЗОЖ как установки уже стали предметом внимания практикующих психологов и психотерапевтов.

Из личного опыта наблюдений студенческой среды: активные «зожники» вызывают несколько ироническое отношение у основной массы студентов, воспринимаются в большей степени как маргиналы, нежели как образцы для подражания. Таким образом проявляется не косность сознания рядовых студентов, а ценностный образец, укорененный в культурно-исторической традиции России и имеющий глубокий смысл. Приверженность ЗОЖ, не уравновешенная «готовностью переносить трудности» (К. Лоренц), смирением, скромностью, альтруизмом, отдает социал-дарвинизмом, провоцирует социальное напряжение, препятствуя позитивным социальным настроениям (терпимости, коллективизма, товарищества).

Агрессивная пропаганда ЗОЖ подогревает индивидуализм постсовременного типа, поддерживаемый распространением информационных технологий. М. Фуко справедливо замечает: «Индивидуализм, который постоянно привлекают к объяснению целого ряда феноменов различных эпох, следует поставить под более общий вопрос. За этой категорией часто скрываются совершенно разные явления» [8, с. 51]. Фуко различает три типа инди-

видуализма, соотносимые в разных сочетаниях в его конкретно-исторических формах. Индивид в его уникальности и неповторимости обладает абсолютной ценностью и демонстрирует это, возвышаясь над окружением: сообществом, к которому он принадлежит, или институтом, рамками которого он ограничен. Также под индивидуализмом может пониматься подчеркнуто завышенная оценка частной жизни, отношений в кругу семьи, домашних дел. Наконец, это интенсивность внутреннего делания: «отношения к себе, внутренних связей с самим собой, или тех форм, в которых индивидуум должен воспринимать себя как объект познания и сферу деятельности, дабы трансформировавшись, исправиться, очиститься и тем самым спастись» [8].

Фуко подчеркивает, что в исторически индивидуальных обществах и социальных группах эти моменты соотносятся различным образом. Стремление выделиться, возвыситься над остальными может сочетаться с принижением частной жизни, а работа над собой как ненужная рефлексия, препятствующая должному, отбрасывается. Частная жизнь может цениться очень высоко и заботливо оберегаться, но индивидуализм как стремление возвыситься и выделиться, не развивается, отношение к себе не вырабатывается. Наконец, отношение к себе может быть интенсивно и развито, а ценность частной жизни и стремление к исключительности могут дисквалифицироваться.

Постсовременный индивидуализм в этой логике может быть охарактеризован следующим образом: частное, приватное выставляется на всеобщее обозрение. Популярные блогеры, имеющие миллионы подписчиков, подробно описывают, что они ели и пили, какие гигиенические процедуры совершали, какие группы мышц тренировали в фитнес-клубе и т. д. и т. п. Индивидуум исключителен и выделен в той мере, в которой он «доступен», способен устанавливать связи, формировать сети, отказываясь от иерархии. Работа над собой – это главным образом работа над своим мобильным образом. Ее интенсивность определяется мерой овладения инструментами маркетинга и продвижения.

Пропаганда ЗОЖ как индивидуального попечения в указанном смысле не нуждается в государственной поддержке и популяризации за счет налогоплательщиков. Он сам себя продвигает в современной рыночной ситуации, где конкурируют студии красоты, фитнес-клубы и всевозможные организации с характерными названиями. Например, «Академия специалистов индустрии здоровья» проводит тренинги и амбициозно обещает потенциальным клиентам научить их «управлять персональным здоровьем», передать «техники управления поведением», рассказать, «как заработать на управлении здоровьем». В данном случае задачи государства – создание прозрачного законодательства, правовое регулирование, мониторинг, экспертная оценка некоторых весьма экстравагантных оздоровительных практик.

Остановимся на некоторых схемах интерпретации ЗОЖ, предложенных в отечественной социально-гуманитарной литературе: «совершенство – устремление»; «личное – общественное».

Согласно схеме «совершенство – устремление» ЗОЖ – это культура здоровья. Она присуща разумной человеческой природе, проявляющейся в гармонии отношений человека с окружающим миром, собственным телом и духом: «Под культурой здоровья следует понимать степень совершенства, достигаемую в овладении теорией и практикой оптимизации жизнедеятельности человека, направленной на адекватную реализацию его генетического потенциала» [9, с. 90].

Размышляя о ЗОЖ в схеме «личность – общество», исследователи пытаются ответить на вопрос: какова роль личности и общества в воспроизводстве здоровья? Ведь именно лич-

ность – и носитель здоровья, и субъект его реализации, и непосредственный получатель эффектов его воспроизводства. «Рассмотрение данных проблем через призму субъект-объектных отношений позволяет оценить реальную роль человека, человеческие возможности и свободы в воспроизводстве ЗОЖ, что является необходимым элементом научной проработки вопросов его популяризации и пропаганды» [10, с. 4]. А. В. Пилюшенко рассуждает о несоответствии статичной модели ЗОЖ, транслируемой в СМИ в виде шаблонного режима поведения, потребностям и желаниям конкретного человека, личности. Индивидуум в своей личной культуре здоровья должен проявлять избирательность, способность критически мыслить.

Автор полагает, что индивидуально-личностная модель ЗОЖ высокоэффективна в перспективе популяризации здоровья, достижения его массового воспроизводства «за счет возможности на индивидуальном уровне интуитивно-эмпирического знания о личном здоровье, дополняющего существующие в обществе представления, что в совокупности является основой для выработки форм и способов самосохранительного поведения» [10, с. 9]. Именно эту, индивидуально-личностную модель, полагает автор, и надо популяризировать. Глубокая внутренняя мотивация, развитая и поддержанная разумом, критическим мышлением, подкрепленная «знаниями, основанными на постоянной эмпирической фиксации своего физического и душевного состояния» [10, с. 14], оптимистично полагает автор, позволит личности противостоять обширным патологическим процессам современного общества, явить «свободу выбора среди различных альтернатив», а обществу – получить совокупный положительный эффект.

Данное рассуждение взято в качестве примера аргументации, которая применяется очень широко. ЗОЖ – предмет индивидуальной ответственности. Именно эта идея и должна пропагандироваться в рамках государственной кампании в СМИ. Думается, подобный взгляд не плодотворен в современных российских реалиях. Пропаганда, акцентирующая необходимость индивидуально-личного подхода к здоровью, активно осуществляется конкурирующими поставщиками услуг в сфере ЗОЖ (тренинги и консультации по мотивации, персональному здоровью, фитнесу, питанию, коррекции веса и т. п.) и не требует специальной поддержки со стороны государства. Задачи государства прямо противоположные: создание всеобщих условий, правовое регулирование, стандартизация. Пропагандировать нужно именно «шаблон». Например, анонсированная правительством РФ «Программа рационального питания» очень актуальна. И как инструмент социального контроля, и как ориентир для экономических расчетов, и как информация для граждан, которых, увы, разум и интуиция часто подводят: они увлекаются то «сыроедением» в холодном влажном климате Петербурга, то решают воспитывать детей в индивидуально достоверном «правильном» вегетарианском духе и т. п.

Пропаганда исключительно индивидуального подхода к здоровью не плодотворна и потому, что в условиях дефицита духовных идеалов и недостижимости для большинства завышенного уровня материальных притязаний она только провоцирует конкуренцию, переживание депривации и даже аддиктивное поведение. «Аддиктивное поведение усугубляет проблему здоровья молодежи. Разрушительный характер аддикции проявляется в том, что способ аддиктивной реализации из средства постепенно превращается в цель. Отвлечение от сомнений и переживаний в трудных ситуациях периодически необходимо всем, но в случае аддиктивного поведения оно становится стилем жизни, в процессе которого человек оказывается в ловушке постепенного ухода от реальной действительности. Аддиктивная реализация заменяет ЗОЖ» [11, с. 17].

Индивидуальное отношение к здоровью не вырабатывается средствами пропаганды. Оно формируется только в общении «лицом к лицу». Авторские концепции практиков, пси-

хологов и педагогов, анализирующих экспериментальный опыт реализации личностно-ориентированных деятельностных подходов к формированию ЗОЖ обучающихся разных возрастных групп, отражены в серии публикаций [12]. Заслуживающий внимания и популяризации опыт представлен в конфессиональных школах, в этнопедагогике, в авторских программах общеобразовательных школ, в сфере профессионального образования. Например, О. Л. Терещева показывает, как, пробуждая на уроках физической культуры стремление детей к самосовершенствованию, педагог помогает им сформировать индивидуальный ЗОЖ, и обосновывает целесообразность интеграции в программе физического воспитания оздоровительных упражнений, туризма, фольклора [13].

С. В. Мурашева в монографии «Формирование здорового образа жизни средствами народной педагогики» [14] определяет ЗОЖ как включение в повседневную жизнь учащихся форм поведения, полезных для здоровья. Углубленное изучение народной педагогики позволило автору выявить высокий потенциал средств народного воспитания, создать модель и реализовать программу «К народным истокам здоровья» на базе профессионального лицея в г. Орле. Интересный опыт включения в систему дошкольного образования оздоровительных техник, двигательных и дыхательных навыков, приемов закаливания, основ самомассажа представлен в исследовании Н. В. Седых [15]. Индивидуально-личностный ЗОЖ формируется в первичных группах, при общении лицом к лицу, в процессе коммуникации не только и не столько вербальной, сколько практической, на «языке тела».

При продвижении ЗОЖ в СМИ, при отборе и популяризации проектов в сфере ЗОЖ внимание государства преимущественно должно быть направлено на модели, образцы ЗОЖ, воплощенные в проживаемом совместно опыте – в семье, школе, по месту жительства, работы. В настоящее время пропаганда ЗОЖ почти исключительно сводится к призывам «начать с себя», осознать личную ответственность за свое здоровье, «включить» аналитическое мышление. В СМИ много разноречивой информации и дефицит добротных моделей.

К. Манхейм, размышляя над проблемами общественного сознания в современную эпоху, указывал на «необходимость социологической интеграции в образовании», на значимость «парадигматических основ человеческого опыта». «Без парадигматического опыта невозможно ни последовательное поведение, ни формирование характера, ни реальное человеческое сотрудничество. Без них мир наших рассуждений теряет свою ясность, поведение распадается на части, и остаются лишь бессвязные куски моделей успешного поведения и фрагменты приспособления к постоянно меняющейся среде» [16, с. 199]. Впрочем, анализ попыток «конструирования» парадигматического опыта – тема отдельного исследования.

Какому главному критерию должны соответствовать проекты в сфере ЗОЖ, чтобы государство их поддерживало и продвигало, способствовало их тиражированию и популяризации? Отвлечемся от чисто технических критериев: наличие ресурсов, технологий, оптимальность, экономичность, адекватность средств и т. п. Что главное? Полагаю, что это ценностный критерий – нравственный смысл. Соответствие традиционным ценностям народов России, образцам «доброго домостроительства» в семье, школе, армии, церкви.

Приоритеты государственной политики по пропаганде ЗОЖ, думается, должны основываться на его комплексном понимании.

ЗОЖ как качество жизни индивидуума. Его характеристики – переменные, зависящие от природно-климатических условий, психофизиологического типа, пола, возраста, экологической ситуации, техногенной среды, типа поселения, рода профессиональных занятий и мн. др. Источники знаний об этих характеристиках разнообразны: рекомендации ВОЗ,

научно обоснованные выводы специалистов разного профиля, традиции народной медицины [17, с. 144]. Стандартизация этого междисциплинарного знания – предмет межведомственной ответственности. Мониторинг информационного пространства, предметного содержания образования, обеспечение доступности информации о стандартах – задачи информационной политики. Инструментами управления выступают средства правового регулирования и директивного и безадресного распространения информации.

ЗОЖ как установка рефлексивен и конструктивен: это вовлеченность субъекта в сохранение и улучшение своего здоровья и здоровья окружающих – близких, «дорогих мне», «зависимых от меня», «наших», «других». Какое место занимает «установка на здоровье» в системе ценностей и мотивов, личностных смыслов и жизненных целей? На степень этой вовлеченности влияют особенности социализации, образования, воспитания, привычки, мода, формы социального контроля. Культурные образцы человека, его иерархического устройства. С христианской точки зрения, весь человек подлежит преображению (другое дело, что не все «дело преображения» находится в человеческих руках). ЗОЖ ориентируется на преобразование человеческого совершенства.

Православная культурно-историческая традиция осмысляет ЗОЖ в перспективе духовно-нравственного становления человека. Человек – единство тела, души и духа. Участие тела в деле спасения (ведь именно тело – орудие души и единственный способ обнаружения ее в настоящей жизни) превращает заботу о нем в нравственную обязанность. Страсти или зависимости («аддиктивное поведение» в современной терминологии) оскверняют человека, затемняют образ Божий. ЗОЖ – это аскеза, направленная не на умаление тела, а на борьбу со страстями. «ЗОЖ – норма для Православной традиции, так как верующий человек сознает, что его тело – это храм Божий, в котором живет Святой Дух (1 Кор. 3:16), как об этом пишет апостол Павел, и христианин призван соблюдать свое тело в чистоте нравственной и физической. Ограничивая заботу о теле самым необходимым, т. е. не превращая это попечение в похоти (Рим. 13:14), упражняясь в телесных подвигах, он укрепляет волю и собирает силы души воедино, устремляя их к источнику всех благ, к Богу» [18].

ЗОЖ обеспечивает телу выносливость, легкость, подвижность, необходимую для «дел любви»: заботы о близких. В многочисленных, вполне светских нормативных интерпретациях ЗОЖ также подчеркивается интегрирование попечения о здоровье в ценностно-мотивационную систему, направляющую сознательную активность целостной, гармонически развитой, альтруистической личности. Кстати, выражение «в здоровом теле – здоровый дух», которое так любят приводить «зожники», – типичный пример ложной цитаты¹ [19].

Центральная роль в создании условий для духовно-нравственного становления и гармонического развития личности принадлежит образованию. В современном культурно-образовательном пространстве России с моделями человека, образцами воспитательных укладов в семье и школе, представлениями о ЗОЖ, укорененными в культурных традициях народов России, соперничают образцы, транслируемые по каналам культурной глобализации, идеологически заряженные, в широком спектре – от умеренного утилитаризма до New age и трансгуманизма. Эмпирически наблюдаются и фиксируются в многочисленных социологических опросах общественного мнения многообразие и изменчивость «устано-

¹ Выражение «В здоровом теле – здоровый дух» вырвано из высказывания Ювенала: «Надо молить, чтобы ум был здоровым в теле здоровом».

вок на здоровье», возрастающая роль престижных, карьерных, конкурентных мотиваций для занятий здоровьем. Варьируется не только место установки в ценностно-мотивационной системе, но и ее интенсивность: от умеренного внимания к своему здоровью, включенного в уклад повседневной жизни, до превращения ЗОЖ в «призвание».

ЗОЖ как социальная практика. В многомерном пространстве здоровых образов жизни – особенных социальных практик – сосуществуют глобально генерированные, национально-государственные, этнические формы, отображаются социально-демографические и социально-статусные характеристики. Различаются виды ЗОЖ, практикуемые представителями высоко- и низкостатусных групп, сельскими жителями и в мегаполисе, любителями и профессионалами, массами и элитой. Социальная диверсификация здесь наблюдается вполне отчетливо. «Питаюсь умеренно, гуляю на свежем воздухе»; «Мой рацион строго соответствует индивидуальной программе питания, разработанной диетологом на основе лабораторных исследований моего организма. Поддерживаю физическую форму, занимаясь с профессиональным личным тренером». «Делаю зарядку»; «Практикую цигун». «Играю во дворе в футбол»; «Посещаю фитнес-клуб». «Придерживаюсь ЗОЖ»; «Я – зожник»; «Зарабатываю на ЗОЖ». По аналогии с «демонстративным сверхпотреблением» (Т. Веблен) можно говорить о «демонстративном ЗОЖ».

Благодаря П. Бурдые мы сегодня можем яснее представить себе, как именно социальная диверсификация отображается в многообразии видов ЗОЖ, которое выступает «объективированным продуктом исторической борьбы», «результатирующей отношений между предложением, произведенным всей предшествующей историей – совокупностью “моделей” практики (правил, оборудования, специализированных институций и т. д.) и спросом, входящим в диспозиции» [20, с. 265]. Определенные практики ЗОЖ, их технические характеристики, возможности, которые они дают для выражения различных склонностей, получают распространение и реализуются только «при условии получения ими свойств присвоения, придаваемых им, как в действительности, так и в представлениях, доминирующей ассоциацией с позицией в социальном пространстве (через “модальных” участников)» [20, с. 266].

Популярность практики ЗОЖ определяется динамикой спроса-предложения. Узнаваемый пример: фитнес-клубы 15–20 лет назад были атрибутом столичной жизни и их посещали «успешные», в большинстве своем молодые, люди из среднего класса. Сегодня эти клубы – по всей России, их активно посещают представители разных социально-демографических групп, люди со скромными доходами, пенсионеры (заметим, это произошло вследствие изменившейся конъюнктуры и без какой-либо информационной поддержки со стороны государства). Разумеется, это не означает, что в сфере ЗОЖ исчезли различия, связанные с социальными позициями: они воспроизводятся по другим основаниям. Кажется, что сейчас дифференциация осуществляется по основанию анонимное–персональное (ирония в том, что персональные данные генерируются без ведома персоны). Другая любопытная тенденция: к народным, этническим традициям ЗОЖ проявляют повышенный интерес представители высокостатусных групп.

Социологическое понимание ЗОЖ позволяет наметить основные направления государственной политики в сфере его пропаганды и популяризации:

1. Продвижение информации о стандартах показателей здоровья и рекомендаций по его сбережению. Стандарты – основание для принятия управленческих решений и оценки их эффективности на территориальном и ведомственном уровнях.

2. Интегрирование ЗОЖ в систему непрерывного образования. Продвижение воспитательных укладов и образовательных инициатив (включая и образование для взрослых), формирующих установку на здоровье в духовно-нравственном самоопределении личности.

3. Поддержка видов ЗОЖ, отвечающих критериям доступности (народности), коллективности, опосредованности трудом (в противоположность иждивенчеству), укорененности в первичных группах, по месту жительства, учебы, работы. Популяризация моделей, ориентированных как на исторический опыт (например, народной школы), так и на современный, экспериментальный опыт самостоятельных объединений, образовательных учреждений, корпораций (например, экопоселений, сельскохозяйственных кооперативов, производящих органические продукты, организаций, практикующих ЗОЖ как элемент корпоративной культуры).

Резюмируя, можно обозначить приоритеты продвижения ЗОЖ в современной России: информирование о стандартах, интеграция в образование, популяризация доступных коллективистских образцов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хантингтон С. Столкновение цивилизаций / пер. с англ. Т. Велимеева, Ю. Новикова. М.: АСТ, 2003. 603 с.
2. Johnson R. W. Reality mining for health. URL: <http://hd.media.mit.edu> (дата обращения: 10.10.2017).
3. Вебер М. О некоторых категориях понимающей социологии // Избранные произведения / пер. с нем. М. И. Левина, А. Ф. Филиппова, П. П. Гайдено. М.: Прогресс, 1990. С. 602–643.
4. Тихонова Н. Е. Социальная стратификация в современной России. Опыт эмпирического анализа. М.: Ин-т социологии РАН, 2007. 320 с.
5. Тихонова Н. Е. Социальная структура России: теории и реальность. М.: Новый хронограф: Ин-т социологии РАН, 2014. 408 с.
6. Тихонова Н. Е. Факторы стратификации в современной России: динамика сравнительной значимости // Социол. исслед. 2014. № 10. С. 23–35.
7. Русинова Н. Л., Сафронов В. В. Состояние здоровья в Европе и России: общественный контекст и социальные неравенства // Социол. журн. 2014. № 4. С. 19–43.
8. Фуко М. История сексуальности-III: Забота о себе. Киев–Москва: ДУХ и ЛИТЕРАГРУНТРЕФЛ – БУК, 1998. 284 с.
9. Акчурун Б. Г. Социально-философское осмысление культуры здоровья // Философия и общество. 2012. № 4 (68). С. 90–105.
10. Пилушенко А. В. ЗОЖ как феномен субъект-объектных отношений: автореф. дис. ... канд. филос. наук / МГОУ. М., 2016.
11. Романова Е. В. Здоровье молодежи в аспекте изучения аддитивных форм поведения // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. 2016. № 2. С. 14–24.
12. Звездина М. Л. Разнообразие научных подходов к формированию ЗОЖ обучающихся // Науч. диалог. 2013. № 8 (20). Педагогика. С. 8–23.
13. Терещева О. Л. Теория формирования культуры здоровья личности в образовательной системе физического воспитания: автореф. дис. ... д-ра пед. наук / СибГУФК. Омск, 2003.
14. Мурашева С. В. Формирование здорового образа жизни средствами народной педагогики. Орел: Изд-во ОГУ, 2012. 151 с.
15. Седых Н. В. Инновационные аспекты в области дошкольного физического воспитания и здоровья. Волгоград: БИБКОВ, 2011. 256 с.
16. Манхейм К. Диагноз нашего времени. Очерки военного времени, написанные социологом / пер. С. В. Карпушиной. М.: ИНИОН РАН, 1992. 254 с.
17. Пупышев В. Н. Тибетская медицина: язык, теория, практика. Омск; Улан-Удэ, 1993. 208 с.
18. Слово Святейшего Патриарха Алексия на Всероссийской конференции «Национальная сфера ответственности: власть, Церковь, бизнес, общество – против наркотиков». Официальный сайт Московского патриархата. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/59508.html> (дата обращения: 10.10.2017).

19. Митрофанова А. Что имел в виду древнеримский поэт Ювенал, когда писал о «здоровом теле» и «здоровом духе» // ФОМА. 2005. № 4 (27). URL: <https://foma.ru/chto-imel-v-vidu-drevnerimskij-poet-yuvenal-kogda-pisal-o-zdorovom-tele-i-zdorovom-duxe.html> (дата обращения: 10.10.2017).

20. Бурдые П. Программа для социологии спорта // Начала / пер. с фр. Н. А. Шматко. М.: Socio-Logos, 1994. 288 с.

A. V. Shcherbina

Saint Petersburg Electrotechnical University «LETI»

SOCIOLOGICAL PRIORITIES ANALYSIS OF THE HEALTHY LIFESTYLE PROMOTION POLICY

The fruitfulness of health interpretation in the aspect of culture and history is justified. The sociological information about the role of health as a factor of stratification, inequalities in health, economical and societal factors which influence health is analyzed. The interpretation schemes of a healthy lifestyle widely spread in mass consciousness and social discourse are critically considered. The appropriateness to distinguish aspects of complex understanding of a healthy lifestyle is justified: individual's quality of life, orientation towards health and social practices. It is shown that the promotion of individual-personal approach to health is supported by the competing service providers in the field of healthy lifestyles and does not require special support from the state. The task of the state is to provide the universal terms, legal regulation and standardization. Based on the analysis of the healthy lifestyle the priorities of the promotion policy of healthy lifestyle in modern Russian society are determined: informing about standards, integrating into the system of lifelong education, support and popularization of models meeting criteria of accessibility and collectivity.

Healthy lifestyle, health, health inequalities, stratification, values, attitudes, individualism, cultural and historical tradition, models of healthy lifestyle
