

Идеология и качество здоровья



Игорь ГАНЧЕРЕНОК,
доктор физико-математических наук, профессор



Алена РАФИКОВА,
кандидат педагогических наук, доцент

В сложившейся демографической ситуации идеологический аспект приращения качества здоровья как составляющей сохранения и развития человеческого капитала государства возрастает. Катализатором валеологической культуры в обществе должен стать именно руководитель, который, с одной стороны, сам должен являться здоровой личностью, с другой – быть идеологом, продвигающим идею о здоровье как национальном благе в массы.

В монографии «Профессиональное здоровье руководителя» [1] мы впервые научно актуализируем проблему сохранения здоровья руководящих работников, исходя из двух заданных в нынешнем году векторов общественного развития страны: Послания Президента белорусскому народу и Национальному собранию «Динамичный прорыв в развитии страны – путь к новому качеству жизни» и республиканского семинара «Система идеологической работы в Республике Беларусь: современное состояние и перспективы развития». На наш взгляд, взаимосвязь двух этих направлений государственной политики в системе профессиональной подготовки управленческих кадров базируется на тезисе «мировоззрение определяет установки». Существует представление, что образовательная политика и управление будущим должны строиться по схеме: мировоззрение → установки → иерархия потребностей → иерархия действий → иерархия результатов [2]. Эта схема вписывается в контекст данного профессором Б. Лепешко определения идеологии как иерархии предпочтений. Хотя это требует некоторого осмысления и, прежде всего, научного обоснования, которое мы предлагаем провести на основе идей синергетики, где предпочтения скорее следует ассоциировать с неустойчивостями, а иерархию понимать в холархическом смысле [3].

Соответственно, говоря о валеологическом образовании руководителей, следует исходить из системности подхода, при котором качество здоровья определяется не только так называемыми «горизонтальными» направлениями развития (физической и психической составляющими здоровья), но и «вертикальными» связями (духовная составляющая), что является необходимым условием гармоничного развития человека.

Исследования по изучению соматического (физическое и функциональное состояние), психологического (социальная адаптированность, медицинская активность, стратегии поведения) аспектов здоровья руководителей показывают, что в современных условиях все активнее актуализируется духовная составляющая здоровья. В достижении душевной гармонии личности особая роль принадлежит отношению ее (личности) к внешней среде (природе, людям, социальным группам и явлениям, духовным ценностям и др.). Деформации отношений сознания, как указывал крупнейший русский психолог начала XX века А.Ф. Лазурский, неизбежно ведут к дезинтеграции личности. Гармоничное соединение всех составляющих свойств личности обеспечивает уравновешенность, устойчивость и способность к противостоянию негативным влияниям извне.

В связи с развитием высоких технологий, значительными динамическими изме-

нениями в политической, экономической и социальной жизни общества изменилось и представление о сензитивных периодах развития личности. На смену большинству периодизаций, оканчивающихся юношеским возрастом, пришло утверждение не только о возможности, но и о необходимости развития личности во взрослом периоде [4]. Обществу требуются люди, готовые гибко реагировать на социальные перемены, способные к самореализации, творческому развитию своего потенциала. «Впервые современное массовое производство востребовало субъекта труда в статусе не «исполнительской», а именно творческой личности. И само выступает основанием развития такой личности» [5, с. 335].

Президент Беларуси Александр Лукашенко не раз подчеркивал, что руководитель – это первый идеолог в трудовом коллективе. Становление духовного здоровья личности руководителя мы рассматриваем как составляющую соответствующего образовательного процесса. Именно руководитель является катализатором и носителем валеологической культуры в обществе, иными словами, он должен реализовывать на личностном уровне концепции здоровья в различных доктринах и следовать индивидуальной программе здорового образа жизни, по возможности быть примером для своих сотрудников в этой сфере. С точки зрения обучения здоровьесбережению руководитель является наиболее значимой категорией персонала. И в масштабе глобальном (государство), и локальном (в каждом отдельно взятом органе государственного управления или организации) он должен оказывать воздействие на подчиненных, передавая им свои знания, поддерживать претворение в жизнь здоровьесберегающих программ и технологий, мотивировать инновацию в сфере здоровьесбережения. В основу модели формирования профессионального здоровья руководителя мы закладываем компетентностный подход, рассматривая его как способ организации и творческого, осознанного и убежденного применения знаний по здоровьесбережению на практике.

В разных странах с 1990-х годов началось активное изучение влияния здоровья населения на экономическое развитие го-

сударства. Согласно одному из исследований, основополагающими практически на всех этапах развития иерархической составляющей человеческого капитала, начиная с XVII века, являются капитал здоровья и капитал образования [6]. Именно эти показатели позволяют учитывать дифференцированность общества по социально-демографическим характеристикам и давать более точную оценку экономических потерь. Сегодня здоровье работающего человека, его профессиональное и творческое долголетие – стратегический фактор, определяющий успешность развития общества. В Законе Республики Беларусь от 14 октября 2005 года «Об утверждении основных направлений внутренней и внешней политики Республики Беларусь» говорится: «Основными задачами внутренней политики Республики Беларусь являются... увеличение продолжительности жизни граждан и снижение смертности... обеспечение безопасности жизни и здоровья работников в процессе

ОБ АВТОРАХ

ГАНЧЕРЕНКО Игорь Иванович.

Родился в 1962 году в Минске. В 1984 году окончил физический факультет Белорусского государственного университета. Прошел научную стажировку в ряде стран Западной Европы и США, ведущих национальных университетах Японии. Выпускник Международного института управления высшей школы в университете Мерилленда (США), член Международного консультативного совета этого института.

В настоящее время – проректор по учебной работе Академии управления при Президенте Республики Беларусь.

Доктор физико-математических наук (1997), профессор.

Автор 5 книг, более 300 научных и научно-методических работ в области физики, синергетики и высшего образования. Имеет 12 авторских свидетельств на изобретения и патентов СССР, Беларуси и России.

Сфера научных интересов: проблемы государственного управления системой высшей школы, поиск оптимальной модели ее реформирования для обеспечения конкурентоспособного и устойчивого развития в европейском пространстве высшего образования и исследований.

РАФИКОВА Алена Робертовна.

Родилась в 1966 году в Ташкенте. В 1987 году окончила Узбекский государственный институт физической культуры, в 1990 году – аспирантуру Всесоюзного научно-исследовательского института физической культуры (г. Москва).

В настоящее время – заместитель заведующего кафедрой физической культуры Академии управления при Президенте Республики Беларусь.

Кандидат педагогических наук, доцент.

Автор более 80 научных и научно-методических работ.

Сфера научных интересов: формирование здорового образа жизни, валеологическое сопровождение профессиональной деятельности.

трудоу деятельности... создание необходимых условий для формирования духовно богатого и физически здорового человека...».

В условиях мирового экономического кризиса поддержание качества жизни населения – приоритетная задача любого государства. В современных западных концепциях под качеством жизни понимают комплексную характеристику социально-экономических, политических, образовательных, культурно-идеологических факторов и условий существования личности, положения человека в обществе. Кризисные явления, влекущие ухудшение качества жизни населения, ведут к росту социальных патологий (самоубийств, убийств, престу-



Более тысячи приверженцев здорового образа жизни приняли участие в республиканских соревнованиях «Пробег мира» в Гродно. Май 2010 года

плений в целом, психических расстройств). Даже улучшение ситуации на рынке труда (снижение уровня безработицы, повышение доходов населения и др.) из-за эффекта «гистерезиса» оставляет число деструктивных последствий значительным [7, с. 38–44]. Например, численность населения Республики Беларусь (по данным текущего учета с учетом предварительных итогов переписи населения 2009 года) на 1 марта 2010 года составила 9475,3 тыс. человек и по сравнению с соответствующей датой прошлого года сократилась на 14,1 тыс. человек. За январь – февраль текущего года в республике родилось 16,9 тыс. детей, что на 877 человек меньше, чем за январь – февраль прошлого года, умерло 23,5 тыс. человек, или на 18 человек больше. Генеральной прокуратурой Республики Беларусь отмечается тенденция к увеличению показателей социальных патологий за 6 ме-

сяцев 2009 года по сравнению с аналогичным периодом 2008 года.

Пожалуй, закономерно, что политика улучшения качества жизни положена в основу одного из приоритетных проектов государственной власти: 2010 год в Беларуси объявлен Годом качества. При этом управленческое регулирование качества жизни – целенаправленное воздействие на политические, экономические, социальные и культурные процессы – определяющее направление. Одновременно в современных общественно-экономических условиях качество жизни является приоритетом и каждого конкретного индивидуума, поскольку служит фактором формирования стабильности его социального и экономического положения в социуме. Качество жизни подразумевает также и внутренние возможности человека осуществлять жизнедеятельность с той или иной интенсивностью и экстенсивностью (жизненный потенциал), иными словами, соответствие характеристик жизненных процессов индивидуально-социально-позитивным потребностям, интересам, ценностям и целям [8].

Хотелось бы еще раз подчеркнуть, что в настоящее время возникла острая необходимость формирования приоритета здоровья как национального общественного блага, обеспечивающего рост качества жизни в целом. Это неотвратимо влечет за собой замену модели охраны здоровья на модель обеспечения качества, и рассматривать ее следует комплексно как систему с функциональной, институциональной, нравственной, духовной и другими составляющими и соответствующими преобразованиями в них на основе компетентностного подхода [1; 6].

Формирование здоровьесберегающих компетенций специалистов системы государственного управления концептуально закладывается [1; 9] в структуру модели руководителя (см. табл.), предполагающую:

- достаточную степень компетентности в области здоровья, основных факторов риска и антириска, роли здоровья в обеспечении эффективной жизнедеятельности и долголетия (на когнитивном уровне);
- оптимальный уровень тревожности по отношению к здоровью, умение наслаждаться состоянием здоровья (на эмоциональном уровне);

- высокую значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей, сформированность мотивации к здоровьесбережению и здоровьесозиданию, высокую степень соответствия действий требованиям здорового поведения (на мотивационно-поведенческом уровне);
- соответствие самооценки физической, психической и социальной составляющим индивидуального здоровья (на интеллектуальном уровне);
- развитие организационной культуры в органах госуправления на основе валеологической доминанты как фактора, способствующего повышению эффективности профессионального взаимодействия сотрудников;
- признание культуры здоровьесозидания как результата развития личности государственного служащего и как способа его жизнедеятельности.

Качества, отражающие развитие следующих личностных потенциалов: <ul style="list-style-type: none"> • познавательный; • творческий; • морально-нравственный; • коммуникативный; • эстетический; • валеологический 	Профессиональные знания, навыки, умения в следующих родах профессиональной деятельности (при наличии): <ul style="list-style-type: none"> • внешне-государственная; • государственная; • внутри-государственная; • внутри-организационная 	Профессионально важные качества, проявляемые в процессе: <ul style="list-style-type: none"> • управления; • профессиональной коммуникации; • взаимоотношений с гражданами и организациями 	Профессиональная готовность личности к эффективной и результативной деятельности (включая идеологическую работу) и дальнейшему профессиональному развитию и самосовершенствованию
Лидерский потенциал личности, представленный в следующих способностях: <ul style="list-style-type: none"> • интеллектуальных; • креативных; • эмоционально-волевых 			

Направляющая роль руководителя в формировании современного мировоззрения общества, его морально-нравственного потенциала, представления о биосоциодуховной организации человека и его здоровье как дейторе уровня и качества жизни, духовного развития населения все более актуализируется. Приоритетность роли руководителя является значимой при рассмотрении человеческого капитала организации. Для успешного функционирования последней, обеспечения ее конкурентных преимуществ необходимы постоянные финансовые вложения во все составляющие человеческого капитала, в том числе и в профессиональное здоровье. В Рекомендации Международной организации труда 2004 года «О развитии людских ресурсов:

Таблица.
Компетентностная модель руководителя в сфере государственного управления

образование, подготовка кадров и непрерывное обучение» подчеркивается, что государство обязано побуждать работодателей частного и государственного секторов к использованию передовых практических методов развития людских ресурсов [10, с. 58]. Эффективность здоровьесберегающей стратегии определяется ее использованием на всех уровнях организационного устройства, доверием к ней со стороны персонала. В идеале модель защиты здоровья должна быть частью общей организационной системы и применяться постоянно как персоналом, так и руководством. Можно выделить следующие основные моменты, ограничивающие активность здоровьесберегающих стратегий в организациях нашей страны:

1. Большинство руководителей занято ежедневными проблемами, требующими немедленного решения, и не уделяют достаточного внимания анализу вопросов здоровьесбережения либо рассматривают их в частности при возникновении соответствующих проблем.

2. В организациях отсутствует система сбора и анализа объективных данных о состоянии здоровья руководителя, сотрудников, которые должны собираться по накопительному принципу и представляться в динамике для проекции в полную картину здоровья организационной среды. При этом предпочтительным является использование автоматизированных современных технологий, не зависящих от человеческого фактора.

3. Недостаточная компетентность руководства в вопросах здоровьесбережения. Эффективность модели здоровой организационной среды определяется грамотностью анализа и принятия управленческих решений. Процесс управления организацией с валеологической доминантой подразумевает: а) принятие управленческих решений на основе точной информации о состоянии всех участников процесса управления (здоровье, развитие, работоспособность и др.) и организационной среды; б) целеполагание (с учетом принятых валеологических стандартов) и организация достижения; в) управленческий контроль по темпам прироста различных показателей здоровья и физиологической стоимости работы; г) коррекцию отклонений от первоначального плана по результатам контроля.

4. Недостаточный уровень валеологической культуры руководителя, отсутствие понимания экономико-социальной значимости здоровьесберегающей деятельности либо стандартный подход к ее реализации без учета индивидуальных особенностей людей.

5. Искаженные модели здоровьесберегающей деятельности. В ряде организаций руководители используют однобокие модели здоровьесбережения, направленные либо на развитие медицинского обеспечения, либо физического влияния на организм (посредством проведения только спортивно-массовых мероприятий). Игнорируется личностно-ориентированный подход, роль социальных взаимоотношений, используется только механический принцип воздействия.

6. Здоровьесберегающая среда требует финансовых затрат. Кроме необходимости осуществлять поиск источников финансирования, важно уметь соотносить затраты и выгоду. Финансирование должно быть соразмерно качеству здоровьесберегающей деятельности и отдаче персонала.

7. Модель здоровьесберегающей деятельности должна быть современной и индивидуальной для каждой организационной среды в зависимости от ее особенностей. Быстрота течения процессов изменения персонала, собранных данных, организационной политики, технологий здоровьесбережения требует оперативности построения модели здоровьесбережения (чем дольше она будет строиться в каждой организации, тем менее адекватной она будет). При этом инструментарий (здоровьесберегающая деятельность) должен подбираться не сам по себе, а только после построения модели и системы организационного здоровьесбережения.

Преодоление указанных проблем при растущем интересе со стороны руководящих органов к развитию системы здравоохранения позволит создать здоровьесберегающие стратегии, обладающие большим потенциалом для «оздоровления» в конкретной организационной среде.

Таким образом, своевременность, успешность и грамотность реализации административных актов зависит от того, насколько сами управленцы открыты к решению этих проблем, насколько приоритетна

для них ценность здоровья. Мотивированность повышается, если руководитель оценивает здоровье персонала через призму личных пристрастий к вопросам здоровья и здорового образа жизни. Соответственно, под валеологической компетентностью руководителя системы государственного управления мы понимаем интегративную систему валеологических знаний, умений, навыков, опыта и культуры созидания здоровья всех субъектов взаимодействия.



Во время матча Беларусь – Швейцария на Рождественском международном турнире любителей хоккея на приз Президента Беларуси. В игре Александр Лукашенко. Минск, январь 2010 года

Однако поведенческая культура невозможна без идеологической основы. В странах Востока сейчас наблюдается массовое распространение культуры здоровьесбережения. Использование духовных ценностей (дзен-буддизм, йога, цигун и др.), в том числе и в деловой этике, в подготовке менеджеров к управлению является, например в Японии, обычным делом. Подавляющее большинство населения использует эти средства для активизации резервов организма, стимулирования творчества.

По определению ряда авторов, «культура – это образ жизни, передаваемый по наследству от поколения к поколению». Такое определение представляется удачным применительно к бытовой, повседневной, материально наблюдаемой и проявляющейся в поведении и общении людей культуре, поскольку формирование индивидуальной культуры члена общества определяется общественным сознанием.

Как известно, сознание имеет три основных уровня: бытийный, рефлексивный и

духовный. Именно бытийный уровень сознания проявляется в общении и поведении людей и является наблюдаемым. Считается, что бессознательное определяет до 92–98 % поведения человека. Это базовый уровень, усваиваемый и соблюдаемый с детства. Как писал академик В.В. Виноградов, «воспитание культурного, интеллигентного человека – результат «культуры раннего детства». Рефлексивное сознание формируется в течение жизни путем изучения, обучения, передачи знаний, размышлений над действительностью, поведением окружающих и своим поведением. Духовный уровень сознания достигается в обществе единицами.

Проблема заключается в том, что индивид и общество в целом могут иметь определенный уровень рефлексивного сознания, усвоить некоторые ценности на уровне рефлексии, обсуждать их, декларировать и привлекать, но при этом сохранять прежнее традиционное бытийное сознание, прежнее поведение. Поэтому формирование культуры здоровья и детей, и взрослых как элемента культуры общества должно осуществляться на рефлексивной основе, начиная с бытийного уровня, но обязательно подкрепляться «организационными мероприятиями». Следует отметить, что не приводит к достижению общественно значимого результата и разработка идеальных моделей здорового поведения, которым надо бы следовать, но почему-то не все следуют (в том числе преподаватели, воспитатели, родители и руководители). Все это, по большому счету, лишь «протоколы о намерениях». На наш взгляд, надо разобраться в глубинных факторах сниженной здоровьесберегающей активности населения, изучение которых в целом показывает, что для формирования культуры здоровьесбережения в стране в настоящее время нужно определенное идеологическое убеждение и «управленческое принуждение».

Идеологическая составляющая формирования общественного мнения в пользу провозглашения здоровья национальной ценностью, а стиля здорового поведения – культурной ценностью общества должна исходить от руководящего звена системы государственного управления. Соответственно, целесообразно у самого руководителя (как интерлокера культуры здоровьесбережения в массы) воспитывать личную ответственность за качество здоровья.

Феномен социальной ответственности тесно соприкасается с личностным восприятием собственного качества жизни, своего положения в социальной среде в зависимости от системы ценностей, имеющихся целей, ожиданий, стандартов и забот. Нами подробно раскрыта многоаспектность социального явления взаимной ответственности личности и общества. Под личностной ответственностью понимается признание субъектом персональных поступков своими и признание себя самого причиной определенных событий. В соответствии с этим представляется, что развитие связи между воспитанием личностной ответственности человека за свое здоровье и политикой государства по улучшению качества жизни населения принципиально. Перспективным в реализации такого общественно-личностного подхода может стать проект повышения качества здоровья населения, объединяющий население и государственную власть, призванный преодолевать противоречия (к примеру, нежелание индивида подчиниться интересам общества в здоровьесбережении), декларативность здоровьесбережения, неэффективность обобщенных безадресных программ по формированию здорового образа жизни и др. Критериями результативности идеолого-культурологического проекта воспитания личностной ответственности за качество здоровья как общественного блага через идеологическое воспитание является смена личностных приоритетов, обуславливаемая степенью соответствия принятым в обществе нормам, стандартам, жизненным ценностям и одобряемым стратегиям поведения.

Это закономерно, поскольку качество здоровья и личностная ответственность за него каждого конкретного человека зависят от его ценностных ориентиров. Как указывают специалисты по психологии здоровья,

ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛ

«БЕЛАРУСКАЯ ДУМКА»

74938 – ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПОДПИСКА.

Стоимость: 3 месяца – 10350 руб., 6 месяцев – 20700 руб.

749382 – ВЕДОМСТВЕННАЯ ПОДПИСКА.

Стоимость: 3 месяца – 25167 руб., 6 месяцев – 50334 руб. (включая НДС).

одна из наиболее ярких выраженных закономерностей заключается в существовании обратной связи между возрастом и уровнем ответственности за сохранение своего здоровья. Так, например, в возрастной группе до 35 лет около 25 % опрошенных связывают состояние своего здоровья преимущественно с внутренними (личностными) характеристиками. По мере увеличения возраста индекс ответственности снижается. Если в первой половине жизни (до 30 лет) ответственность за здоровье связана с потребностью в самосохранении, то во второй половине – с фактическим состоянием здоровья. После 30 лет забота о здоровье становится в большей степени вынужденной мерой [11, с. 132–159]. Следовательно, возрастная группа после 35–39 лет отражает личностную ответственность в сохранении здоровья трудоспособного населения.

В наших работах мы приводили результаты психологических исследований отношения руководителей к здоровью и здоровьесбережению. Тенденции, характерные для всего населения, проявляются и в среде руководителей. Это, в частности, актуализация здоровьесбережения по мере утраты здоровья, избирательное отношение к объективной информации о здоровье (при несовпадении информации со сложившимися представлениями она не воспринимается или подвергается критике), пренебрежение факторами риска профессиональной деятельности, несоблюдение эргономических и гигиенических норм организации труда, отсутствие реализации здоровьесберегающих технологий (как в режиме трудового дня, так и в досуговое время), «нелогичность» поведения. Например, даже понимая, что о здоровье необходимо заботиться, поскольку оно является одним из факторов конкурентоспособности на рынке труда, руководители в целях поддержания перед работодателем (или вышестоящим руководством) определенного профессионального имиджа резко ограничивают число обращений за медицинской помощью, использование больничных листов по нетрудоспособности, время трудового отпуска. Причинами также могут быть и не всегда полностью достигаемые системой здравоохранения цели, что влечет за собой возможную неудовлетворенность ее работой и, как следствие, снижение здоровьесберегающей активности населения. Согласно ре-

зультатам опроса, в случае заболевания или ухудшения самочувствия за профессиональной помощью (медицинской, психологической) обращаются не более 40 % руководителей; не проводят никакие профилактические мероприятия 77 %; скрывают информацию о состоянии своего здоровья 83 %.

Это определяет необходимость формирования в процессе профессиональной подготовки личностной ответственности руководителей за качество собственного здоровья, за здоровье управляемого персонала. При этом нацеленность на содействие обеспечению качества здоровья всего населения во всех его аспектах (физическом, психическом, духовном) как общественного блага, также как и собственного, является частью идеологического воспитания каждого управленца. В конечном счете, продуманные и активные действия по обеспечению качества здоровья – это, в первую очередь, напряженная работа по обеспечению качества собственной жизни. За результаты такой деятельности каждый несет персональную ответственность. Идеологическую направленность понимания этого необходимо не просто продолжать развивать, но и интенсифицировать. ■

ЛИТЕРАТУРА

1. Рафикова, А.Р. Профессиональное здоровье руководителя: монография / А.Р. Рафикова, И.И. Ганчеренок, И.И. Лосева. – Минск: Академия управления при Президенте Респ. Беларусь, 2009. – 119 с.
2. Гончаренко, М.С. Валеологические аспекты духовности: учеб. пособие. / М.С. Гончаренко. – Харьков: ХНУ имени В.Н. Каразина, 2007. – 400 с.
3. Князева, Е.Н., Курдюмов, С.П. Синергетика: нелинейность времени и ландшафты коэволюции / Е.Н. Князева, С.П. Курдюмов – М.: КомКнига, 2007. – 272 с.
4. Лукашова, С.В. Особенности самоактуализации личности во взрослом возрасте / С.В. Лукашова // Психологический журнал. – 2009. – № 4. – С. 102–105.
5. Акмеология: учебник / под общ. ред. А.А. Деркача. – М.: РАГС, 2002. – 650 с.
6. Морозов, Н.А. Здоровье населения как национальное общественное благо: автореф. дис. ... канд. эконом. наук: 08.00.01 (01) / Н.А. Морозов. – М.: Экономика-финансовый институт, 2009. – 27 с.
7. Ванкевич, Е. Демографические параметры рынка труда в Беларуси / Е. Ванкевич // Белорусская думка. – 2008. – № 7.
8. Качество жизни. Краткий словарь. – М., 2009. – С. 60.
9. Горб, В. Компетентностный подход к аттестации и квалификационному экзамену государственных служащих / В. Горб // Государственная служба. – 2008. – № 1.
10. Мотин, В.В. Развитие человеческого потенциала как инновационная составляющая повышения квалификации кадров в органах внутренних дел / В.В. Мотин // Инновации в образовании. – 2007. – № 9.
11. Психология здоровья: учебник для вузов / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб: Питер, 2006.