

ВЗАИМОСВЯЗИ ГЕНДЕРНО-ОБУСЛОВЛЕННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН КЫРГЫЗСТАНА

Л.А. Коваленко

Рассматриваются такие гендерные характеристики, как гендерная идентичность, гендерные стереотипы и гендерные установки. Исследуются взаимосвязи и влияние гендерных характеристик на оценку качества жизни и отношение к здоровью женщин Кыргызстана.

Ключевые слова: гендерная идентичность; гендерные стереотипы; культура здоровья; общее состояние здоровья; самооценка психического здоровья.

Культура здоровья является неотъемлемой частью общей культуры современного образованного человека. В настоящее время каждая личность, не способная грамотно поддерживать свое здоровье (недостаточный уровень культуры здоровья), часто болеющая и физически слабая, может легко оказаться не востребованной в новых социальных и экономических отношениях.

На здоровье, как уникальное для каждой личности состояние, влияет множество факторов. Тем не менее, существуют определенные тенденции для различных групп населения. Сравнительно недавно различия в здоровье между женщинами и мужчинами объясняли, в основном, биологическими факторами. Когда была осознана потребность в изменении подхода к проблемам пола, стало ясно, что их следует интерпретировать в более широком контексте – контексте гендера. Это значит: исследователи, предполагавшие ранее, что поведение и установки детерминированы биологическим полом (мужским или женским), начали понимать, что социальные и ситуационные условия оказывают на индивида большее влияние, нежели биологические признаки пола [1; 2].

Гендер – одна из трудно выделяемых и мало осознаваемых категорий, по которой люди оценивают и воспринимают других. Мы рождаемся с определенными биологическими признаками мужчин или женщин, но нас учат соответствующему поведению, установкам, ролям, отношениям, которые приняты в данном обществе и культуре для мужчин и женщин [3; 4].

Социальная конструкция гендера способствует созданию в каждом человеке образа “Я” как женщины или мужчины и представлений о том, как следует себя вести. Гендер также структурирует ожидания и поведение тех, с кем мы взаимодействуем. В результате он становится самовыполняющимся предписанием, которое формирует наше поведение для удовлетворения ожиданий значимых других.

Поведение, усвоенное в социуме, формирует гендерную идентичность и гендерные роли. Гендерные роли – ожидания, сформированные социумом в отношении мужчин и женщин. Концепция гендерных ролей используется для объяснения поведения, принятого в определенной культуре.

Гендерные роли находятся под влиянием большого количества переменных и варьируют внутри различных субкультур и исторического времени. Таким образом, индивидуальная гендерная роль множественно детерминирована социальными влияниями, событиями индивидуальной жизни, личностными характеристиками и психологическими процессами [5; 6].

Гендерная идентичность – признание себя человеком определенной сексуальной ориентации и гендерной специфики. Здесь могут проявляться несовпадения между полом (биологическими признаками) и гендерной идентичностью, например: индивид ощущает и считает себя женщиной при мужских половых особенностях репродуктивной сферы [7; 8].

Исследование влияния гендерных характеристик на здоровье и самосохранительный образ

жизни женщин, живущих в Кыргызстане, является достаточно актуальной и мало разработанной темой. В связи с вышесказанным целью данной работы явилось исследование влияния гендерных характеристик на отношение к здоровью женщин, живущих в Кыргызстане.

В ходе теоретического анализа литературы было сделано предположение, что гендерная идентичность, гендерные стереотипы, гендерные установки (роли) влияют на формирование культуры здоровья; отношение к здоровью и образ жизни по маскулинному типу (мужской тип поведения и отношения к здоровью) у современных женщин и создают прецедент для формирования нездоровых привычек образа жизни [9; 10].

Основой теоретического исследования образа и качества жизни послужил гендерный подход. Одним из основных вопросов этого подхода является вопрос о психологических механизмах и способах гендерной социализации. Психологическими механизмами гендерной социализации являются: процесс идентификации (психоаналитическая теория); социальные подкрепления (теория социального научения и половой типизации); осознание, понимание половой социальной роли (теория когнитивного развития); социальные ожидания (новая психология пола); гендерные схемы (теория гендерной схемы), а также утверждение Д. Стоккард и М. Джонсон, основанное на работах Е. Маккоби, К. Джеклин, Дж. Мани и А. Эрхарда и концепции андрогинии С. Беем, что главным является не биологический, а психологический и социальный пол (или гендер), формирующийся в ходе жизни человека под влиянием социальных ожиданий общества и особенностей его культуры [11].

Для исследования влияния гендерных характеристик на отношение к здоровью были применены следующие опросники и методики: опросник “Кто Я?” М. Куна и Т. Макпартленда (для исследования гендерной идентичности); полоролевой опросник С. Беем (для исследования гендерных ролей (стереотипов)); методика оценки качества жизни “SF-36 Health status survey” (апробированная в НИИ кардиологии Минздрава РФ); анкета “Здоровье и продолжительность жизни” Л. Беркмана и Л. Бреслоу.

В исследовании приняли участие 50 женщин в возрасте от 20 до 47 лет. Национальное

распределение в выборке следующее: русские (72%), кыргызки (20%), казашки (4%), дунганки (2%). Семейный статус участников исследования следующий: замужние (33,3%), разведенные (26,7%), не были замужем (13,3). Образовательный статус: с высшим образованием (33,3%), с неоконченным высшим (23,3%), со средним специальным образованием (20%) и с полным средним образованием (3,3%). Все участники исследования были разделены на две группы: 1 группа (фемининная) – женщины со сформированной полотицизированной Я-концепцией – 14 человек (28% респондентов), 2 группа (маскулинная) – женщины с несформированной полотицизированной Я-концепцией – 36 человек (72% респондентов).

Обработка полученных данных и анализ результатов проводился с учетом выделенных групп, при помощи программы SPSS-12.0.

Результаты и их обсуждение. В данном исследовании особый интерес вызвали следующие гендерные характеристики: гендерная идентичность, гендерные стереотипы (роли) и их влияние на образ и качество жизни женщин, живущих в Кыргызстане.

Комплекс гендерных характеристик личности представляет собой многофакторный конструкт, включающий в себя гендерную идентичность, маскулинные и фемининные черты личности, стереотипы и установки, связанные с полотицичными формами и моделями поведения [12; 13].

При исследовании гендерной идентичности был применен опросник “Кто я?”. В ходе исследования гендерной идентичности было установлено следующее: 14 женщин (28% респондентов) в ответах на вопрос “Кто я?” на первые три позиции поместили ответ “Я – женщина”; 36 женщин (72% респондентов) не отметили данной характеристики вообще. Можно предположить, что указанная характеристика у 72% женщин не является значимой в структуре Я-концепции, а это, в свою очередь, может свидетельствовать о проблемах в формировании полотицизированной Я-концепции.

Маскулинность и фемининность – нормативные представления о соматических, психических и поведенческих свойствах, характерных

для мужчин и женщин. Исследование половых ролей (гендерных стереотипов) при помощи полоролевого опросника С. Беем позволило выявить степень выраженности маскулинных и фемининных характеристик у женщин, а также тип личности. Индекс маскулинности в исследуемых группах равен 0,67, индекс фемининности составляет 0,74 и андрогинный индекс равен 0,64. Сформированность половых ролей (гендерных стереотипов) показывает преобладание маскулинных (мужских черт), что позволяет сделать заключение об андрогинности исследуемой группы (2-й группы) женщин. Андрогиния – сочетание традиционно женских и мужских черт – значимая психологическая характеристика человека, определяющая его способность варьировать поведение в зависимости от ситуации; она способствует формированию устойчивости к стрессам и достижению успехов в различных сферах жизнедеятельности [14].

Ответы на вопросы относительно здоровых привычек, таких как физическая активность, сон, завтрак, курение (с использованием анкеты “Здоровье и продолжительность жизни” Л. Беркмана и Л. Бреслоу) [15], показали, что женщины с фемининными характеристиками чаще занимаются физической активностью (14,3%), большая часть женщин из группы с полотицизированной “Я-концепцией” (1-я группа) завтракают ежедневно (85,7%), 100% спят от 7 до 8 часов (ночной сон), 84% никогда не курили и только 16% курят меньше одной пачки в день. Женщины фемининной группы (28,6%) дали удовлетворительную оценку своему здоровью, 71,4% оценили свое здоровье – на “хорошо”. У женщин с маскулинными характеристиками (2-я группа) наблюдается иная тенденция: только 5,6% женщин из данной группы ежедневно занимаются физической активностью, ежедневно завтракает 46,3%, полноценный 7–8 часовой сон наблюдается у 37% респондентов, 67,8% женщин курят от 1 до 2 пачек сигарет в день. Женщины маскулинной группы (47,2%) дали удовлетворительную оценку своему здоровью, 41,7% оценили свое здоровье – на “хорошо” и 11,1% дали отличную оценку своему здоровью.

В ходе исследования взаимосвязей между гендерной идентичностью и одной из исследуе-

мых привычек – курением, был проведен корреляционный анализ с применением критерия Пирсона. Корреляционный анализ выявил тесные взаимосвязи между курением и гендерной идентичностью. Значимая отрицательная корреляционная связь наблюдается между переменными “фемининность” и “курение” ($r = -0,466$; $p < 0,001$). Это говорит о том, что чем выше гендерная идентичность по фемининному типу, тем ниже количество употребления сигарет. Значимая положительная корреляционная связь, установленная между переменными “маскулинность” и “курение” ($r = 0,604$; $p < 0,001$) свидетельствует о прямой зависимости гендерной идентичности по маскулинному типу и количеством употребления сигарет. Обобщая полученные результаты, можно сказать, что чем глубже происходит гендерная идентификация по женскому типу, тем меньше склонность у женщин к употреблению сигарет.

В ходе исследования качества жизни и состояния здоровья при помощи методики “SF-36 Health status survey” проводилась оценка по следующим показателям.

1) *Общее состояние здоровья* – оценка своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. 2) *Физическое функционирование*, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). 3) *Влияние физического состояния на ролевое функционирование* (работу, выполнение будничной деятельности). 4) *Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование* предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т.п.). 5) *Социальное функционирование* определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). 6) *Интенсивность боли* и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. 7) *Жизнеспособность* (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным). 8) *Самооценка* психического здоровья характери-

Средние величины по шкалам методики SF-36 в двух группах

Шкала	Эталонное среднее значение по шкалам методики SF-36	1 группа, N=14	р	2 группа, N=36	р
Общее состояние здоровья	50	63,57	<,005	60,53	<,002
Физическое функционирование	50	86,07	<,000	73,68	<,000
Влияние физического состояния	50	57,14	>,500	48,53	>,820
Влияние эмоционального состояния	50	43,07	>,507	51,26	>,839
Социальное функционирование	50	48,21	>,671	49,44	>,852
Интенсивность боли	50	74,71	<,001	69,18	<,000
Жизнеспособность	50	52,50	>,511	52,21	>,387
Самооценка психического здоровья	50	49,14	>,881	57,76	<,016

зует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций). Более высокая оценка (100%) по перечисленным выше показателям указывает на лучшее качество жизни и состояние здоровья. Среднее значение по качеству жизни составляет 50% (эталонное среднее значение по шкалам методики SF-36).

Статистический анализ оценки качества жизни с применением Т-критерия Стьюдента показал следующие результаты (см. таблицу).

Как следует из таблицы, средние значения переменных в 1 группе: “общее состояние здоровья” (63,57), “физическое функционирование” (86,07), “интенсивность боли” (74,71) статистически достоверно отличаются от эталонного значения 50 ($p < 0,001$). Во второй группе средние значения переменных: “общее состояние здоровья” (60,53), “физическое функционирование” (73,68), “интенсивность боли” (69,18) статистически достоверно отличаются от эталонного значения 50 ($p < 0,001$). Среднее значение переменной “самооценка психического здоровья” (57,76) также статистически достоверно отличается от эталонного значения 50 ($p < 0,01$). Исследование качества жизни у женщин со сформированной полоти-пизированной Я-концепцией и у женщин с несформированной полоти-пизированной Я-концепцией показало следующее: общее состояние здоровья, физическое функционирование, влияние физического состояния на ролевое функционирование, а также устойчивость эмоционального состояния

у женщин фемининной группы значительно лучше, чем у женщин маскулинной группы.

В ходе исследования взаимосвязей между гендерной идентичностью и качеством жизни был также проведен корреляционный анализ, который выявил следующие корреляционные связи: в группе женщин со сформированной полоти-пизированной Я-концепцией значимые отрицательные коэффициенты корреляции установлены между переменными “фемининность” и “жизнеспособность” ($r = -0,769$; $p < 0,001$) и между переменными “фемининность” и “интенсивность боли” ($r = -0,654$; $p < 0,011$). Полученные данные говорят о том, что чем выше гендерная идентичность по фемининному типу, тем ниже ощущение интенсивности боли и обессиленности и их влияния на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома, и выше жизнеспособность, подразумевающая ощущение себя полным сил и энергии.

В группе женщин с несформированной полоти-пизированной Я-концепцией значимая положительная корреляционная связь установлена между переменными “маскулинность” и “социальное функционирование” ($r = 0,384$; $p < 0,021$). Отсюда следует, что чем выше гендерная идентичность по маскулинному типу, тем выше социальное функционирование, определяемое степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Значимая положительная корреля-

ционная связь, установленная между переменными “маскулинность” и “интенсивность боли” ($r=0,465$; $p<0,004$), свидетельствует о том, что чем выше гендерная идентичность по маскулинному типу, тем выше ощущение интенсивности боли и ее влияния на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

Выводы

1. Теоретический анализ и проведенное исследование показали, что гендерная идентичность, гендерные стереотипы (роли) влияют на формирование культуры здоровья, отношения к здоровью и образ жизни. Чем больше выраженность маскулинных черт в характере женщины (мужской тип поведения и отношения к здоровью), тем больше склонность к формированию нездоровых привычек в жизни.

2. Оценка качества жизни и отношение к здоровью, а также гендерные характеристики имеют тесные взаимосвязи, которые отражаются на образе жизни. Чем ярче у женщин проявляются гендерные характеристики с мужским типом поведения, тем ниже оценка качества жизни.

3. У женщин со сформированной полоти-пизированной Я-концепцией (фемининный тип) наличие вредных привычек меньше и качество жизни выше в сравнении с женщинами, у которых наблюдаются проблемы с формированием полоти-пизированной Я-концепции (маскулинный тип или андрогинный тип).

4. Общее состояние здоровья (оценка своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения); влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности), а также жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии) у женщин с фемининной идентичностью выше, чем у женщин с маскулинной идентичностью.

5. Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, социальное функционирование (общение) и самооценку психического здоровья, которая характеризует настроенность (общий показатель положительных эмоций) у женщин с маскулинной идентичностью выше, чем у женщин с фемининной гендерной идентичностью.

Литература

1. Антонов А.И. Социально-психологические аспекты продолжительности жизни // Актуальные проблемы демографии. Рига, 1983. 134 с.
2. Хрестоматия к курсу “Основы гендерных исследований” / Отв. ред. О.А. Воронина, Н.С. Григорьева, Л.Г. Луныкова. М.: МЦГИ/МВШСЭН, 2000. С. 344 с.
3. Воронина О.А., Клименкова Т.А. Гендер и культура // Женщины и социальная политика (гендерный аспект) / Под ред. З.А. Хоткиной. М., 1992. С. 10–22.
4. Майерс Д. Социальная психология. СПб.: Питер, 1999. 402 с.
5. Джеймс Ф.Л. Самоисполняющиеся пророчества: гендер с социально-психологической точки зрения // Сексология. СПб.: Питер, 2001. С. 144–161.
6. Здравомыслова Е., Темкина А. Социальное конструирование гендера как феминистская теория // Женщина. Гендер. Культура. М., 1999. 144 с.
7. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. СПб.: Питер, 2002. 244 с.
8. Клецина И.С. Самореализация и гендерные стереотипы // Психологические проблемы самореализации личности. Вып. 2. СПб.: Изд-во СПбГУ, 1998. С. 188–202.
9. Антонов А.И. Самосохранительное поведение. Народо-население. Энциклопедический словарь. М., 1994. 468 с.
10. Никифоров Г.С. Психология здоровья: Учебное пособие. СПб.: Речь, 2002. С. 85–94.
11. Берн Ш. Социальная психология гендера. М.: Олма-пресс, 2001. 132 с.
12. Клецина И.С. Гендерная социализация. СПб., 1998. 202 с.
13. Клецина И.С. Гендерный подход и внутриличностные конфликты // Женщина. Образование. Демократия: Материалы 2-й междунар. междисциплинар. науч-практ. конф. Минск: ООО “Эн-вила”; М., 2000. С. 275–279.
14. Корхова И.В. Гендерные аспекты здоровья // Народо-население. 2000. №2. С. 70–79.
15. Lisa F. Berkman and Lester Breslow, Health and Ways of Living. The Alameda County Study. New York: Oxford University Press, 1983. 231 p.