

напрямки та перспективи розвитку : матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції. – Харків : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2007. – Т. 1. – С. 40-43.

3. Воронін Д. С. Здоров'язберігаюча компетентність студента в соціально-педагогічному аспекті / Д. С. Воронін // Педагогіка, психологія та мед.-біол. проб. фіз. виховання і спорту : наукова монографія / за ред. С. С. Єрмакова. – Харків : ХДАДМ (ХХП), 2006. – № 2. – С. 25-28.

4. Грицюк Л. К. Формування здоров'язберігаючої компетентності в майбутніх соціальних педагогів / Л. К. Грицюк, А. В. Лякішева // Науковий вісник Волинського національного університету імені Лесі Українки. – 2010. – № 13. – С. 143-146.

5. Лукашин Ю. В. Формирование здоровьесберегающей компетенции у студентов педагогического вуза : автореф. дис. на соискание ученой степени канд пед. наук : спец. 13.00.08 «Теория и методика профессионального образования» / Ю. В. Лукашин. – Пенза, 2010. – 23 с.

6. Яковлев В. Н. Формування здоров'язберігаючого середовища для студентів вищих навчальних закладів : навчальний посібник / В. М. Яковлев ; Міністерство освіти і науки РФ; ГОУВПО «Тамбов. держ. ун-т ім. Г. Р. Державіна». – Тамбов : Видавничий дім ТГУ ім. Г. Р. Державіна, 2010. – 50 с.

Дата надходження до редакції: 26.12.2014 р.

УДК 378.046.4:796.071.42:613.95

Василь ФЕДОРЕЦЬ,
кандидат медичних наук,
докторант Інституту вищої освіти
НАПН України

ІНТЕГРАТИВНІ ТА СОЦІОКУЛЬТУРНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ НАРАТИВНОГО ПІДХОДУ ДЛЯ РОЗВИТКУ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ВЧИТЕЛЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

У статті висвітлюються особливості інтегративного використання нарративного, медико-гігієнічного, культурологічного та антропологічного підходів для розробки структури здоров'язбережувальної компетентності вчителів фізичної культури. Визначаються особливості впливу нарративів та дискурсів влади на формування здоров'язбережувальної компетентності. Актуалізуються питання онтологізації, аксіологізації, антропологізації, психологізації, гуманітаризації знань про здоров'я та здоров'язбережувальної компетентності на основі використання нарративних і дискурсивних практик. Презентуються концепти здоров'язбережувальної творчості, онтологічного та лінгвістичного здоров'я. Аналізуються деякі особливості формування необхідних для здоров'язбережувальної компетентності психологічних якостей педагога – доброти, милосердя, відповідальності.

Ключові слова: здоров'язбережувальна компетентність учителя фізичної культури, здоров'я, профілактика, педагогіка, нарратив, дискурс, дискурс влади, метанарратив, текст, інтертекстуальність, культурологічний підхід, антропологічний підхід, педагогічна інтеграція, трансфер знань, доброта, відповідальність.

В статті представлені особливості інтегративного використання нарративного, медико-гігієнічного, культурологічного та антропологічного підходів для розробки структури здоров'язбережувальної компетентності учителів фізичної культури. Определяются особенности влияния нарративов и дискурсов власти на формирование здоровьесохраняющей компетентности. Актуализуются вопросы онтологизации, аксиологизации, антропологизации, психологизации, гуманитаризации знаний о здоровье и здоровьесохраняющей компетентности на основе использования нарративных и дискурсивных практик. Презентуются концепты здоровьесохраняющего творчества, онтологического и лингвистического здоровья. Анализируются некоторые особенности формирования входящих в состав здоровьесохраняющей компетентности психологических качеств педагога – доброты, милосердия, ответственности.

Ключевые слова: здоровьесохраняющая компетентность учителя физической культуры, здоровье, профилактика, педагогика, нарратив, дискурс, дискурс власти, метанарратив, текст, интертекстуальность, культурологический подход, антропологический подход, педагогическая интегра-

ція, трансфер знань, доброта, відповідальність.

The article presents the peculiarities of using the narrative, medical-hygienic, cultural and anthropological approaches to the development of the structure of the health preserving competence of PE teachers. The influence peculiarities of narratives and power discourses on forming the health preserving competence are determined. The issues of ontologization, psychologization and humanitarization of knowledge about health and health preserving competence on the basis of using narrative and discursive practices are actualized. The concepts of health preserving creativity, ontological and linguistic health are presented. Some peculiarities of forming the psychological qualities of a teacher necessary for the health preserving competences, such as kindness, mercy and responsibility are analyzed.

Key words: health preserving competence of a PE teacher, health, prevention, pedagogics, narrative, discourse, power discourse, meta narrative, text, intertextuality, cultural approach, anthropological approach, pedagogical integration, knowledge transfer, kindness, responsibility.

Oratio imago animi (лат.— мова є образ душі).

Постановка проблеми. Зміни в парадигмальних основах та наявність системної соціально-антропологічної кризи, яка загострює вітальні проблеми людини, сприяють розширеному розумінню феномену здоров'я та пошуку нових шляхів його збереження. Це актуалізує множинність уявлень про збереження здоров'я на основі різноманітних інтерпретацій і бачень, що відбувається з активним використанням соціокультурних, нарративних і дискурсивних практик. Ми можемо спостерігати весь спектр інтерпретацій збереження здоров'я – від архаїчних магійних практик до рафінованих позитивістських підходів, що знаходяться на межі антропологічного та технічного. Здоров'язбережувальні знання та практики трактуються не тільки у форматі репрезентації та передачі досвіду, а також у візіях інтерпретації, нарації, інтертекстуальності. У наш час також продовжується започаткована ще в епоху модерну конкуренція антропорцентричних і техноцентричних тенденцій. Це знаходить своє відображення в освіті – у психологічних та професійних феноменах, серед яких розвиток здоров'язбережувальної компетентності не є винятком.

Існують протиріччя, які стали вже традиційними. Це взаємодія гуманітарної сфери, яка є відображенням феноменів нелінійності й духовної природи людини, з її редукованим і дезонтологізованим антиподом, представленим у форматі техноцентричних, біологізаторських і соціально-інженерних тенденцій. Із метою розв'язання зазначених протиріч, які впливають на освітній процес та компетентність, ми актуалізуємо питання про інтегративне використання культурологічного, медико-гігієнічного та антропологічного підходів для розвитку здоров'язбережувальної компетентності. Враховуючи вказані освітні й соціокультурні тенденції при розробці структури здоров'язбережувальної компетентності, ми ставимо питання про розміщення в її основі – Logos (y) та Mythos (y) у форматі нарративу.

Актуальність проблеми. Переходячи від

аналізу філософсько-методологічних аспектів значимості проблеми розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури до методичних, психологічних і соціокультурних складових актуальності, необхідно відмітити, що у складі зазначеної теми наявними є питання суто практичного спрямування, які потребують аналізу та системного вирішення. До таких складових проблеми належать питання: оптимальної інтеграції компетентності в одну цілісну і цільову систему, що є умовою її ефективного функціонування; трансферу та інтеграції медико-гігієнічних знань, які складають технологічну основу зазначеної компетентності; гармонізації складових компетентності при їх інтеграції; впливу політичних інтенцій на формування і реалізацію зазначеної компетентності; розвитку і актуалізації у вчителя певних психологічних якостей, мотиваційного компонента та антиципації (передбачення, прогнозування) як необхідних складових ефективного функціонування компетентності.

Сумними прикладами, які інтегративно висвітлюють системність і багатоплановість проблеми збереження здоров'я та підтверджують важливість зазначених вище аспектів, є відомі випадки загибелі дітей унаслідок фізичного навантаження. У зв'язку з цим постає система взаємозалежних запитань. Чи можна було це передбачити? На основі яких знань і навичок учитель може попередити розгортання таких подій? Як сформувані у педагога здатність попереджувати такі небезпечні ситуації? Чи достатньо для збереження здоров'я і життя знань рецептурного характеру? Які якості необхідні вчителю для збереження здоров'я дітей при наявності відповідних знань? Як зазначена проблема кардіологічної патології пов'язана з антропологічним виміром серця, а також з актуальними питаннями взаємодії з іншими системами організму, чи має вона культурні, педагогічні і побутові проєкції?

Означений ряд запитань можна розглядати у форматі концептуальних метафор, що розширює нами розуміння проблеми, надаючи їй багатовимірний характер та відповідних емоційних і морально-етичних конотацій, вказуючи цим на складність, системність запитів, на основі яких ми маємо сформувати здоров'язбережувальну компетентність. Узагальнивши зазначені ідеї, актуалізовані у представлених вище запитаннях, можемо відзначити, що на технологічному рівні проблема збереження здоров'я значною мірою залежить від наявності у вчителя специфічних знань медичного і психологічного характеру, культурних і соціальних складових, темпорального чинника та здатності прогнозувати ситуації, а також від співвідношення процесуальних та рецептурних знань, ставлення до проблеми та наявності відповідних психологічних якостей.

Використовуючи холистичні та онтологічні візії для вирішення зазначеної багатовимірної проблеми, ми актуалізуємо необхідність застосування нарративного підходу як культуровідповідного, універсального і традиційного, який у сучасних постструктуралістичних тенденціях набув нового ідейного, методологічного і технологічного наповнення. Для визначення педагогічного, соціального і психологічного чинників актуальності нашої проблеми необхідно вказати, що завдяки нарративним практикам реалізуються механізми соціальної пам'яті та пов'язані з ними питання збереження здоров'я, а також

здійснюється формування відповідних інтенцій та репрезентація, рефлексія й організація здоров'язбережувальних знань та досвідів особистості, які є основою компетентності. Крім того, досвід і вся панорама життя традиційних суспільств базувалися на наративах, метанаративах, текстах і прототекстах, що визначають культурологічний вимір актуальності нашої проблеми.

Методичний аспект актуальності обумовлюється наскрізними питаннями швидкості та ефективності розвитку здоров'язбережувальної компетентності. У зазначеній компетентності виразною також є практична складова, що потребує для свого розвитку наявності фахівця, який інтегративно презентує та інтерпретує досвід та теорію і передає їх слухачу. Важливою методичною складовою актуальності є питання ефективної взаємодії із семіосферою культури з наступною рецепцією ціннісних та стичних аспектів здоров'я, а також формування на основі механізмів психологічної індукції необхідних психологічних якостей у складі здоров'язбережувальної компетентності. Зазначеним вимогам відповідає, перш за все, взаємодія в системі «людина – людина», яка реалізується через наративні й дискурсивні практики.

Таким чином, визначається необхідність аналізу доцільності системного і наскрізного використання наративних і дискурсивних практик, спрямованих на розвиток здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Із методологічних позицій проблема трансферу знань висвітлена у працях Нонаки Ікуджіро, Такеучі Хіроаки. З-поміж українських авторів цікавим є досвід Т. Бойченко, Т. Воронцової, В. Пономаренко, які використали трансфер медичних знань у педагогічну практику. При аналізі проблеми педагогічної інтеграції ми опиралися на роботи Н. Антонова, М. Асімова, А. Турсунова, Н. Бабкіна, Р. Баланова, Г. Батуріна, А. Белкіна, В. Безрукова, М. Берулава, В. Загв'язінського, В. Іванова, К. Ірвіна, В. Каратаєва, О. Князевої, В. Конєва, Е. Корзінської, М. Чапаєва. Методологічною основою культурологічного і антропологічного підходів у нашому дослідженні були роботи Р. Арона, Х. Гадамера, Р. Генона, І. Гердера, Дж. Брунера, П. Бергера, Т. Лукмана, Д. Верча, А. Вороб'ївої, О. Дугіна, К. Леві-Строса, Ю. Лотмана, Ж. Ліотара, К. Мангейма, Т. Любімова, В. Сирова, А. Тимошука, М. Фуко, О. Шпенглера.

Базисом наративного підходу стали ідеї філософії постмодерну (Л. Вітгенштейн, Р. Барт, М. Фуко), соціального конструктивізму (П. Бергер, Т. Лукман), соціального інтеракціонізму Дж. Міда, теорії ролей Т. Сарбіна, психосоціальної концепції Е. Еріксона. Актуальними в зазначеному напрямку є концепції культурно-психологічної психології Л. Виготського, діалогізму М. Бахтіна, культурної антропології (Г. Бейтсон, К. Гірц, Б. Майерхоф, К. Латц), драматургічного напрямку в соціології (Е. Гоффман). Важливими дослідженнями наративу є роботи Р. Барта, Й. Брокмейера, І. Бесарабової, Дж. Брунера [4], Х. Броди, А. Бухарова, К. Гергена, А. Калмикова, А. Кербі, В. Лехіцера, Г. Олпорта, П. Рікера, Т. Сарбіна, І. Троцука, М. Уайта, В. Федорова, Р. Харе, J. Trzebinski та ін. Проте в науковій педагогічній літературі проблема використання наративного підходу для формування здоров'язбережу-

вальної компетентності вчителя фізичної культури висвітлена недостатньо, що сприяє актуалізації зазначеної теми.

Мета дослідження – дослідити інтегративні, соціокультурні, методологічні, психофізіологічні, онтологічні аспекти використання наративних і дискурсивних практик для розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури; проаналізувати особливості впливу дискурсу та наративів влади на розвиток і особливості здоров'язбережувальної компетентності; визначити особливості формування психологічних якостей як складових здоров'язбережувальної компетентності в контексті наративних та дискурсивних практик.

Методи дослідження. У нашому дослідженні ми використали системний, онтологічний, філософсько-історичний, філософсько-соціальний, історико-психологічний, філософський, структурно-функціональний, психофізіологічний, культурологічний, психологічний, синергетичний, трансдисциплінарний, інтегративно-цілісний [21], медико-гігієнічний, психолінгвістичний, лінгвокультурологічний, компетентнісний, наративний [4], інтертекстуальний та антропологічний підходи.

Виклад основного матеріалу. У даному дослідженні ми розглянемо питання розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури в таких основних взаємозв'язаних аспектах – педагогічної інтеграції та трансферу знань; використання наративних і дискурсивних практик; впливу дискурсу і наративів влади; взаємодії медико-гігієнічної та антропокультурної складових компетентності; співвідношення технологічного і культурного компонентів компетентності; використання метафори серця та історичних аспектів застосування наративу.

При розробці основ розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури як методологічний орієнтир ми використовуємо вчення про педагогічну інтеграцію. У структурі зазначеного вчення існують методологічний, теоретичний і технологічний рівні педагогічної інтеграції [21]. У нашій педагогічній системі теоретичний і технологічний рівні педагогічної інтеграції визначаються процесом трансферу [12] антропологічних та медико-гігієнічних знань у структуру здоров'язбережувальної компетентності, який проводиться на основі дискурсивних та наративних практик. Об'єднання медико-гігієнічної та антропологічної складових ми розглядаємо в контексті синергетичної традиції педагогічної інтеграції [21].

Визначальним аспектом розвитку здоров'язбережувальної компетентності є те, що ми актуалізуємо культурний компонент у складі її структури. Культурна складова є первинною, ядерною і системоутворюючою. І саме вона трансформується в смислову і наративну матрицю зазначеної компетентності, які надалі стають первинним фактором інтеграції. Тому, незважаючи на технологічність і феноменологічну достовірність медицини, на якій базується практика збереження здоров'я, основою структурою в здоров'язбережувальній компетентності позиціонується культурна і гуманітарна складові. Це визначає діалогічний і наративний характер формування та функціонування здоров'язбережувальної компетентності, а також обумовлює її практикологічні особливості, серед яких центральною є профілак-

тика, первинно проявлена в Слові.

Центрація культурної складової в структурі здоров'язбережувальної компетентності сприяє формуванню в педагога бачення людини як цілісного феномена в рамках антропоцентричної парадигми, а також націлена на актуалізацію гуманітарного потенціалу педагогічної теорії і практики. Незважаючи на значний об'єм медико-гігієнічних знань у структурі здоров'язбережувальної компетентності, наявність центрального ядра у форматі культурального компонента визначає також його креативну функцію, яка представлена в ролі фактору інтеграції та атрактора. Зазначене ядро є смисловим. Воно обумовлює співвідносність, співрозмірність і адекватність культурі, а також визначає синергетичний і коеволуційний характер формування здоров'язбережувальної компетентності та особистісного, професійного і творчого розвитку. Загалом означене структурування здоров'язбережувальної компетентності є основою її онтологізації, психологізації, аксіологізації, гуманізації та гуманітаризації. Вказані процеси здійснюються завдяки первинності культуральної матриці та реалізуються як під час формування компетентності, так і при її функціонуванні через взаємодію з культурою відповідно до синергетичних і діалогічних закономірностей.

Актуалізація культуральної складової в зазначеній компетентності обумовлює формування нами концепту здоров'язбережувальної творчості, яку ми визначаємо як процес збереження здоров'я, спрямований на формування якісних позитивних змін у зазначеній діяльності, що реалізується в рамочних умовах медичних традицій та ідеології антропоцентризму і з активним використанням творчого потенціалу особистості, здійснюється на основі педагогічної й антропокультурної складових, а також містить аспект подальшої інтеграції особистості в культуру на основі взаємодії в системі «особистість, здоров'я – культура». Збереження здоров'я, таким чином, розглядається як процес інкультурації і духовного розвитку.

Здоров'язбережувальна творчість, на нашу думку, реалізується у форматі трьох основних рівнів: 1) технологічного (адаптивного) – оптимального вирішення типових задач у межах наявного рівня компетентності; 2) телеологічного (вищих смислів) – вирішення складних і типових задач у межах наявного рівня компетентності на основі високого інтелекту, доброти, любові та поваги до людей, а також кордоцентричних візій, духовності та ноосферного і екологічного мислення; 3) пасіонарного – здатності заради збереження здоров'я інших людей ризикувати власними інтересами та здоров'ям. Для всіх трьох рівнів необхідною умовою є сформований достатній рівень здоров'язбережувальної, соціальної та міждисциплінарної компетентності, нестандартне, творче і критичне мислення, здатність швидко приймати оптимальні рішення в складних ситуаціях, знаходити нові шляхи до збереження і формування здоров'я, а також високий рівень загальної і професійної культури.

Оскільки наратив і мовленнєвий дискурс та загалом мовні складові культури складають її основу, ми розміщуємо означені лінгвістичні компоненти в культуральне ядро компетентності. Таке структурування співвідноситься з фрактальними підходами в педагогіці [22, с. 201] та уявленнями про

природу людини і світ. Тексти, наративи і дискурси з теми збереження здоров'я та сформовані на їх основі інтертекстуальні навички й інтенції обумовлюють розвиток здоров'язбережувальної компетентності в контексті її інтеграції зі структурами мовленнєвої особистості. Це сприяє подальшому розвитку мовленнєвої свідомості та визначає і спрямовує інтегруючий вплив інтертекстуальних навичок і мовленнєвої поведінки на збереження здоров'я та на розвиток здоров'язбережувальної творчості. На психологічному і психофізіологічному рівнях зазначені процеси співвідносяться з феноменом мовного опосередкування.

Ми також вважаємо, що культуральний та лінгвістичний компоненти здоров'язбережувальної компетентності беруть участь у процесах інтеграції людини креативної (*Homo creans*) як з інтертекстом, так і зі своєю вітальністю [10; 17]. Це формує передумови для розвитку в учителя здоров'язбережувальної творчості на основі лінгвістичної та антропокультурної складових. Як зазначає Н. Кузьміна, «ми в інтертексті, ми не поза ним, ми є однією з його субстанцій» [10, с. 20]. Наративи та висловлювання, спрямовані на збереження здоров'я, а також інтертекстуальні навички відображають зв'язок між поколіннями, традицією [17], контекстами і, окрім розвитку здоров'язбережувальної компетентності, впливають на формування здоров'язбережувального середовища.

Розглянемо системні аспекти проблеми збереження здоров'я в контексті аналізу дискурсу і наративів влади. За уявленнями Мішеля Фуко, відповідно до існуючої епістими (історично детермінованої конфігурації знань) дискурс влади проявляється через освітні практики [9; 20], створюючи системний, неоднозначний та психотравмуючий вплив на особистість через актуалізацію феноменів дисциплінарності, контролю, індокринної ідеології. Це містить також меседж про здоров'я, відповідний певному суспільно-політичному укладу. Наприклад, у середньовіччі хвороба вважалася карою Господньою, а здоров'я розумілося як благодать і Божий дар. У сучасному соціумі здоров'я – це, перш за все, ресурс, капітал і можливість.

Співвідносно до панівної ідеології класової боротьби, процесів секуляризації і милітаризації, відповідні тенденції спостерігалися в попередню радянську епоху, де редукційне уявлення про людину формувало конгруентні їй наративи та «рецепти» збереження здоров'я. За інерцією зазначені процеси певною мірою є присутніми в сучасній освітній практиці, що змушує нас звертатися до філософсько-історичного аналізу проблеми. А хіба в критично мислячої особи не виникало відчуття відторгнення і несприйняття редукціоністських ідей перманентного покращення здоров'я, постійного оздоровлення і загартовування, фітотерапії, ідеї очищення тощо!? Самі по собі зазначені підходи можуть бути певною мірою ефективними за умови їх коректного і професійного застосування. Небезпека полягає в абсолютизації зазначених підходів та переведенні їх у ранг ідеології та новітніх міфів із наступним використанням в освітній практиці. Зазначені уявлення про збереження здоров'я за умови тотального панування в середовищі мають певний деструктивний вплив на особистість та відповідають рівню медичної науки XVII-XVIII століть.

Але важливим є те, що вищепредставлені підходи до оздоровлення легітимізуються та індокринуються через знання, нарративи і дискурси та мають світоглядні, ідеологічні та політичні конотації. Зазначене представляється побічними, а то й прямими ефектами в освіті внаслідок впливу дискурсу влади і мілітарності, які спрямовані глибоко в єство людини та її душу.

На думку П. С. Кирилова, який ураховує ідеї М. Фуко [20], дискурс влади, побудований на ідеології знань, утворює специфічний трикутник відносин «влада – істина – знання» [9]. У зазначеному контексті необхідно відзначити, що для епохи постмодерну особливої актуальності набуває дискурс здоров'я, який за певних умов може ставати домінуючим для особистості, а також породжувати фобії, нав'язливі стани, неврози та патологію характеру. Крім антропоцентричних тенденцій, в епоху постмодерну це зумовлено соціокультурним феноменом, згортанням метанаративів [11]. Уточнюючи, зазначимо, що сучасна секулярна людина при втраті метанаративів, ідеології на фоні відсутності конституюючих ідей турбується переважно про своє матеріальне благополуччя, задоволення і здоров'я, яке займає місце пан-ідеї, стаючи псевдорелігією. Деструктивним та ідеалом стає дефіцитарна людина щаслива (Happy Human) із регламентованою онтологією, редукованою телеологією і десемантизованими вищими смыслами.

Таким чином, ми можемо розширити зазначений трикутник (концепт) П. С. Кирилова до квадрату, який матиме такий вигляд: влада – істина – знання – здоров'я. Крім того, можемо спостерігати відповідні до зазначеного концепту конгруентні до редукаційських інтенцій соціокультурні феномени. Це проявляється в характері змін медичних послуг, які комерціалізуються та надаються за принципом надлишковості. Якщо питання збереження здоров'я набуває якості ідеології, світської релігії чи навіть одержимості, то відмічений М. Фуко вплив дискурсу влади може мати місце у тотальній, виразній і гротескній формі. Медицина непомітно для профанів стає проявом дискурсу влади, зростаючись із комерцією. Вона перестає бути продовженням культури через етику, милосердя, любов і співчуття. Таким чином, формування владного дискурсу сучасного типу визначило візії, що сприяли «розчиненню» людини в множинних інтерпретаціях [9], серед яких, як ми вважаємо, присутніми є також нарративи про здоров'я і «постійне щастя». Відповідні процеси проходять в освіті, де дітям нав'язують під виглядом здоров'язбережувальних технологій часто непотрібні і шкідливі методи «псевдооздоровлення».

Приведемо приклади таких феноменів. У деяких школах активно впроваджують ранкову гімнастику, нескінченні руханки, фітотерапію, ароматерапію, точковий масаж, вважаючи, що такий інтенсивний підхід покращить здоров'я учнів, хоча насправді при цьому лише перевантажуються педагоги та діти. Такому підходу відповідають певні нарративи. Згадаймо імперативний характер фраз «шикуйся», «лівою, лівою», які при взаємодії з відповідними соціокультурними та історичними контекстами відображають дух мілітарних чи тюремних нарративів, актуалізуючи і конструюючи при цьому відповідні міфи, смисли та інтенції.

Близький до зазначеного нарратив присутній у

ранковій гімнастиці, що обов'язково проводиться в таборі відпочинку для дітей. Цей метод, що «перекочував» в освіту з армії та який рекомендують як обов'язковий і «священний ритуал» у системі здорового способу життя, насправді може принести лише локальну користь. При цьому індивідуальна розповідь особистості у формі молитви, яка зранку в традиційних культурах була спрямована до сакрального, замінюється на «колективні нарративи локомоції», привносячи певний внесок у формування homo totalitaricus (людина тоталітаризму), Homo militaris (людина війни). При цьому проходить каналізація (перерозподіл) психічної енергії від інтелекту в рух. Наратив, який передує дії чи включає в себе дію, також трансформується в рух.

Таким чином, на рівні глибинних процесів психіки людина в ранковий час проходить онтогенез у зворотному напрямку – від духу до розуму, далі до тіла та в завершенні – до вітальних інтенцій. Тому духовно та інтелектуально розвинуті діти не сприймають цю оздоровчу процедуру, інтуїтивно розуміючи її бездуховний, дезонтологізуючий, антиінтелектуальний та денаративізуючий характер.

Аналіз зазначених методик оздоровлення з медико-гігієнічних позицій дозволяє зробити висновок про те, що вони принесуть сумнівну користь, а то й шкоду. Постійна концентрація на тілесному здоров'ї сприятиме порушенню психологічного здоров'я, дезонтологізації дитини, а також закладатиме основи бездуховності й обмеженості. Замість нарративу духу і розуму формується «нарратив тіла» і його потреб. У майбутньому це переростає в нарративи сили, агресії та проявиться в асоціальній поведінці й розвитку неврозів та соматотонії.

Із метою збереження здоров'я краще не перевантажувати учнів та формувати навчальний процес без порушень гігієнічних норм?! Наприклад, у старших класах заняття повинні тривати не більше шести годин. У якій школі Ви таке зустрічали!? Завдяки представленому прикладу ми бачимо як дискурс влади транслює ідеологію прогресу в комбінації з контекстуально присутньою радянською штурмівщиною, нігілізмом і бездуховністю, поєднаною з ідеями інновацій та надлюдини. Вищеописані методики є негативними для здоров'я, перш за все, у зв'язку з ідеологією їх застосування, побудованій без врахування антропологічних та медико-гігієнічних знань, що призводить до втрати міри при їх використанні. Таким чином, при їх системному застосуванні присутній рух, який, на нашу думку, позиціонується як дискурс дії [13], що має певний соціокультурний символізм і специфіку. У практиці збереження здоров'я зазначений дискурс дії конкурує з нарративом.

Завдяки включенню зазначених оздоровчих впливів у контекст радянського метанаративу класової боротьби формувалася опозиція «рух – слово, інтелект». Рух насправді потрібний для здоров'я як повітря для життя, але з урахуванням того, що сутнісно і первинно людина є істота мовленнєва (Homo linqalis) та розумна (Homo sapiens), а рухова – вторинно. Щоб зазначені тенденції гармонізувати і врівноважити, необхідно прийняти до уваги мудрість древніх – Est modus in rebus (є міра всьому). Тому, враховуючи важливість для збереження здоров'я нарративних і дискурсивних практик та загалом мовної складової, ми формуємо концепт лінгвістичного

здоров'я.

Таким чином, у структурі нашої моделі здоров'язбережувальної компетентності наявним є домінуюнть положення культурного і антропологічного компонентів, які визначаються як системоутворюючі та смислоутворюючі. Це обумовлює їх матричний, наскрізний, конститууючий та операціональний характер, а також спрямованість на врівноваження і гармонізацію владних, технологічних та редукаціоністських інтенцій, що спроектовані в зазначену компетентність через дискурсивні практики соціальної реальності. Отже, наративна і смислова матриця як інтегративні структури культуральної складової здоров'язбережувальної компетентності, а також духовне бачення, педагогічна інтуїція, критичне мислення й адекватне розуміння концептуальної істини мають інтегративно впливати на прийняття рішень про доцільність і міру використання сумнівних методик збереження здоров'я.

У нашій педагогічній системі ми керуємося ідеєю примату і первинності культури та домінуванням її над соціальним і технологічним. Тому принципи культуровідповідності і природовідповідності, які в нашій системі є первинними, визначають вторинність інших складових. До вторинних постулатів належать принципи соціальної відповідності, демократизації і гуманізації. Таким чином, методологія здоров'язбережувальної компетентності представлена пошаровою структурою, в основі якої – Онтологія, Культура і Природа людини. Це обумовлює етапність та пошаровість формування зазначеної компетентності, а також її онтологічну, аксіологічну, етичну, екзистенційну та антропокультурну спрямованість.

Чому важливою є саме така структура? Із психологічних позицій це обумовлено особливостями спрямованості особистості, які проявляються в практиці збереження здоров'я та будуть впливати на її результати, що найбільш імовірно в складних та екстремальних ситуаціях. Спрямованість особистості з відповідними потребнісними і мотиваційними складовими та досвідом певною мірою визначається аксіологією та антиципацією, на формування яких мають вплив особливості темпорального структурування, стереотипи, смисли, коди і контексти культури, а також наративні та дискурсивні практики.

Такі характерологічні особливості педагога, як доброта, милосердя, співчуття, терпіння, гуманність, емоційна адекватність, уважність, психологічна надійність і відповідальність також значною мірою визначаються семіосферою, наративами і контекстами культури. Особливо це стосується таких якостей, як доброта і милосердя, витоки яких, на нашу думку, мають значною мірою трансцендентний характер, а також стосуються питань екзистенції і вищих смислів. Недарма в минулому вважали, що в кожній добрій людині знаходиться Бог – *In unoquoque virorum bonarum nabitat Deus*.

Зазначені характеристики особистості вчителя є необхідними складовими психологічного модуля здоров'язбережувальної компетентності. Ми їх розвиваємо через культурну складову у співвіднесенні й взаємодії з медико-гігієнічними компонентами. О. Тимошук, який порушує питання збереження потенціалу традиційних культур через наративні практики, зазначає: «...Повнота буття ...його аромат, естетика безкорисної турботи поповнюється

наративами Любові» [18]. Вказане є відповідним до онтологічного підходу, в контексті якого буття представляється первинним і таким, що визначає аксіологію [15]. Формалізуючи та узагальнюючи зазначене, ми актуалізуємо освітню вісь, відносно якої має формуватися здоров'язбережувальна компетентність: «*Ontos – Narrative – Axis – здоров'язбережувальна компетентність*». У даному випадку таким буттям є онтологія культури. Дискурсивні та наративні практики, культурна онтологія є первинними у формуванні нашої моделі здоров'язбережувальної компетентності, а також представляються як умови і шляхи розвитку зазначених вище психологічних якостей учителя. Особливу роль лінгвістичного чинника в житті людини відзначав Мартін Гайдегер, лаконічно відобразивши це у своїй знаменитій сентенції «*Мова – це дім буття*».

Узагальнивши зазначене, ми можемо представити процес розвитку здоров'язбережувальної компетентності у форматі концепту «онтологія культури – наратив – аксіологія – доброта, милосердя, відповідальність, знання – здоров'язбережувальна компетентність – здоров'я – онтологія». Вказаний концепт представляє циклічну структуру, яка починається формуватися з культурної онтології й нею ж і завершується. Цей концепт, крім етапності, відображає цикл прирощення знань та розгортання культурно детермінованих якостей (доброта, милосердя), а також спрямованість на збереження онтології людини, яка, будучи генетично пов'язаною зі здоров'ям, виступає щодо нього як первинна.

Узагальнюючи, ми можемо сформулювати концепт онтологічного здоров'я, який у контексті педагогічного процесу представляється як наявність і реалізація потенційних можливостей збереження учнем своєї неповторної онтології через взаємодію з культурою. Оскільки розрив із традиційною культурою дезонтологізує особистість [6; 18], для протидії зазначеному процесу ми актуалізуємо бачення освіти як культурний [4] та антропологічний [21] феномен, застосовуючи це для розвитку здоров'язбережувальної компетентності. У зв'язку із зазначеним в освітньому процесі враховуються ідеї конгруентності, адекватності й співвіднесеності до культурних традицій. Це обмежує вплив феномену акультурації [16], який формує системну дефіцитарність. У розгорнутому вигляді в системі впливів, спрямованих на збереження онтологічного здоров'я, визначальними є темпоральний, просторовий, семіотичний, змістовний, організаційний, мовленнєвий та психологічний чинники, які реалізуються першочергово через соціокультурні практики. У сучасних умовах це означає можливість збереження онтологічного здоров'я за умови, що буття учня не буде витіснитися системними чинниками впливу, які можуть бути розглянуті в форматі конкурентних онтологій. До таких системних впливів, у першу чергу, належать навчально-виховний процес, комп'ютер, соціальні та медіа-чинники. Важливим фактором дезонтологізації є тенденція домінування візуальної і «дигітальної» культури над мовною, що включає процеси денаративізації та примітивізації і спрощення наративів. На нашу думку, особливо активно дезонтологізація здійснюється завдяки комбінованому впливу темпорального чинника та процесу модифікації і десемантизації смислів і семіотичних систем, з-поміж яких мова є основною. Як

засначали в минулому, *qui habent tempus habent vitam* (в кого є час, у того є життя).

Принцип відповідності культурі націлює нас на актуалізацію її символічних систем – мови, мовлення, тексту, дискурсу, інтертексту і нарративу в умовах освітнього процесу. У нашій педагогічній системі зазначені складові визначають основні методичні та технологічні напрями розвитку здоров'язбережувальної компетентності. Важливим є те, що розробка структури здоров'язбережувальної компетентності відповідно до синергетичних традицій [21] педагогічної інтеграції при використанні культурального компонента як системоорганізуючої складової певною мірою дає нам можливість наблизитися до релігійно-езотеричних традицій. Визначається це тим, що релігія також побудована на основі прототекстів, дискурсивних і нарративних практик. Крім того, релігія є базисом культури [18], тому розвиток чи руйнування релігії, культури і мови взаємодетерміновані.

На методологічному рівні педагогічної інтеграції [21], яка визначає особливості здоров'язбережувальної компетентності використання тексту, дискурсу і нарративу співвідноситься з їх домінуючим значенням у традиційних соціумах. Наратив у традиційних культурах є інтегратором при формуванні її семіосфери та визначає основні символи і смислові коди [18]. Сакральні тексти Біблії, Вед, Тори, Книги Перемін (І-Цзин), Корану формували метасмисли та духовно-символічні простори традиційних культур. Таким чином, у традиційній культурі домінують смисли, а в постмодерні панують технології. Зважаючи на це, людина постмодерну і частково модерну знаходиться у пошуках смислів та нерідко має проблему екзистенції, коли в традиційних суспільствах такі питання переважно є первинно актуалізованими, контекстуальними та визначеними в духовному вимірі багатомірної людини [18]. Розробляючи структуру здоров'язбережувальної компетентності на основі культурної складової та дискурсивних і нарративних практик, ми на методологічному рівні перманентно проводимо профілактику проблем духовного та психологічного здоров'я, які виникають внаслідок активних цивілізаційних процесів дезонтологізації, денаративізації, десемантизації, порушення смислоутворення та викривлення ієрархії смислів, а також виникнення екзистенційного вакууму.

Дискурсивний підхід перманентно містить соціально-політичні конотації, які віддзеркалюють парадигмальну структуру соціуму та його тенденції розвитку. Тому ми у своїх методологічних пошуках опираємося також на візії філософської і політичної антропології, а також враховуємо філософсько-історичні та філософсько-соціальні аспекти проблеми. У зазначеному напрямі актуальною є ідея археомодерну [7], відповідно до якої сучасна епоха може містити складові попередніх, що проявляється у форматі соціокультурної матриці. Це відображається також у професійній свідомості і світогляді, стереотипах поведінки, парадигмах, інтенціях та міфах. Тому зазначені особливості необхідно брати до уваги при створенні певних соціокультурних і педагогічних проєктів, включаючи формування компетентностей. Таким чином враховуючи філософсько-історичне осмислення проблеми, ми для розвитку здоров'язбережувальної компетентності

використовуємо символічно-знакові системи, нарративи, метанаративи і соціокультурні практики модерну та премодерну, що співвідносяться з ідеями наступності, трансдисциплінарної взаємодії та педагогічної інтеграції, яка в такому випадку реалізується на методологічному рівні [21]. Означений підхід відповідає ідеології постмодерну, який інтегрує у свою семіосферу дискурси, ідеї, символи та нарративи різних епох, формуючи специфічний культурний та інтелектуальний ландшафт.

Процес трансферу [12] медико-гігієнічних знань у структуру здоров'язбережувальної компетентності проводиться через призму соціокультурних практик і представляє актуалізацію перш за все специфічних нарративів, ідей, концептів, значимих акцентів і смислів, методологій, способів та стереотипів мислення, професійного світобачення і ставлення до проблеми. У такому випадку буде формуватися процесуальність знань і відбуватиметься їх приріст, а також проходитиме їх активне включення в інтелектуальний модуль здоров'язбережувальної компетентності, яка структурується під впливом синергетичних ефектів взаємодії педагогічного і медичного дискурсів та на основі антропокультурного компоненту.

У наш час учитель фізичної культури, як і весь соціум, знаходиться під впливом редукційних і технократичних тенденцій сучасної цивілізації, в якій актуалізовані дезонтологізуючі [6; 8], антикардіальні та постантропологічні тенденції постмодерну. У зв'язку з цим у процесі формування здоров'язбережувальної компетентності виникає необхідність у гармонізації уявлень про людину та актуалізація її духовності, поліонтологічності [6] і багатомірності [18]. У нашій педагогічній системі, відповідно до українських традицій, це здійснюється через актуалізацію багатомірності проблематики серця. У зазначеному напрямі важливим є використання метафори серця у її співвідносності до духовної практики, а саме в процесах розвитку доброти, милосердя, психологічної надійності та відповідальності. Це узгоджується з тенденцією використання в педагогіці культурологічних, нарративних [2-5; 18], традиціоналістичних, онтологічних [6; 8], психофізіологічних [1] і природовідповідних підходів. Керуючись ученням про педагогічну інтеграцію [21], ми застосовуємо представлені підходи системно для формування здоров'язбережувальної компетентності. Зважаючи на це, необхідно взяти до уваги те, що деякий редукційно притаманний також і медичному дискурсу [2], в якому дитина розглядається переважно як біологічний феномен.

Тому, керуючись принципом доповнювальності, ми вважаємо, що існує необхідність інтегративного [21] використання антропокультурного і медико-гігієнічного підходів для формування в учителя фізичної культури цілісних уявлень про людину як духовний, телеологічний та культурний феномен. Вищепредставлені підходи, на основі яких ми розвиваємо здоров'язбережувальну компетентність, розроблено з урахуванням культурологічних ідей класика педагогіки і когнітивної психології Джейрома Брунера [4], який також сформував нарративний принцип в освіті (*the narrative tenet*) [4]. Крім того, нами враховані культурологічні ідеї Р. Штайнера, В. Сухомлинського, Ш. Амонашвілі.

Проте наш підхід є дещо ширшим, що обу-

мовлено специфікою здоров'язбережувальної компетентності, яка не може бути сформована без включення деяких специфічних елементів медичної традиції у взаємозв'язку з антропологічними уявленнями. Таким чином, медична традиція, окрім значимих технологічних складових, перш за все може бути представлена в гуманітарних візіях. Це обумовлено тим, що медицину, як зазначав Мішель Фуко, покладено в основу європейської гуманітарної традиції [14]. Ця ідея підкріплена думкою давніх «*medicina soror philosophiae*». Отже, концептуальна матриця здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури побудована на інтеграції [21] педагогічних, психологічних, антропологічних, культурологічних та медичних метафор, концептів і підходів. І така інтеграція здійснюється через наративні та дискурсивні практики.

При такому підході, відповідно до ідей Джей-рома Брунера, педагогіка розглядається як феномен культури, на відміну від радянської традиції, де цю науку розглядали як «латентну радянську педагогічну свгеніку», та набір технологій соціальної інженерії. В радянській системі позиціонувалося перш за все тілесне здоров'я у форматі сили, онтологія психологічного звужувалася до соціальності, а духовне ігнорувалося. Необхідно також відзначити, що ідеї і практика В. Сухомлинського були культурною революцією в ідеології редукціонізму, дезонтологізації і депсихологізації.

Сьогодні ідеї соціальної інженерії, вийшовши на якісно новий рівень, тотально реалізуються не лише в освіті, а й володіють соціумом, складаючи значну частину дискурсу влади. Соціальна інженерія технологізувалася, набула вишуканості, витонченості та досконалості. На методологічному рівні зазначені тенденції представлені через актуалізацію постантропологічної і технократичної ідеологій, а також на основі неопозитивізму, світського гуманізму, секуляризму та акультурації [16].

Так само, як і в попередню епоху, сьогодні вчитель фізичної культури транслює в освітнє середовище відповідне панівній ідеології і моді бачення здоров'я. Це, за наявності в педагога розвинутого критичного мислення, може бути причиною формування професійних конфліктів внаслідок усвідомлення протиріч між офіційною ідеологією і реальною практикою збереження здоров'я, побудованою на досвіді, феноменологічній достовірності медицини і здоровому глузді. Як, наприклад, учителям донести до керівництва, що бутафорні «дні здоров'я» чи дивакуваті системи загартовування насправді здоров'я не додають? А при умові інтенсивного навантаження існуючі ризики виникнення гострої кардіологічної патології для учасників такого заходу стають системними, а то й трансформуються в детермінанти порушень. Здоров'я, незважаючи на те, що це базисна цінність, є контекстуальним, системним, специфічним. Воно розгортається із самого буття, що робить його таким, що не зводиться до простих маніпуляцій.

Із культурологічних позицій саме розуміння педагогічної системи, спрямованої на збереження здоров'я як складової культури, крім інструментального бачення, формує уявлення про неї як інерційний, стабілізуючий, телеологічний, сталий, онтологізуючий, синергетичний, саморегулюючий, соціокультурний феномен, що створює освітні

основи для розвитку духовної, вільної, здорової і самодостатньої особистості. Тому, узагальнюючи вищезазначене, ми актуалізуємо ідею, що педагогіка збереження здоров'я – це продовження культури з відповідною актуалізацією її символічних систем. Це трансформується в концепт, що здоров'язбережувальна компетентність – це також продовження культури. У цьому є відмінність та антитеза до модної тенденції про те, що здоров'я – це технологія.

Однак ми не заперечуємо тенденції розвитку технологізації збереження здоров'я, яка в багатьох випадках є відповідною до феноменологічної достовірності медицини. Ми лише визначаємо її місце відповідно до культуральних візій, урахувавши сентенцію «*Technica impendit nationi*» (технологія рухає народи вперед). При цьому варто зазначити, що технологізація особливо важлива для збереження тілесного здоров'я.

Але в питаннях психологічного і духовного здоров'я первинними мають бути культурологічний, психологічний і антропологічний підходи. При цьому ми керуємося ідеєю екзистенційної філософії стосовно того, що людина не об'єктивізується і не технологізується. Як зазначалося вище, традиційна культура живе смислами, а сучасне суспільство пост-модерну – технологіями [18].

Тому ми, розставляючи акценти проблеми, позиціонуємо первинність культуральної та антропологічної складових над технологічною і технічною. Керуючись на методологічному рівні онтологічним [6; 8], екзистенційним та наративним [3-5] підходами, визначаємо освітній цикл розвитку здоров'язбережувальної компетентності: «культура – технологія – здоров'я – культура». Відповідно до представленого бачення має здійснюватися трансфер знань, а також проходити педагогічна інтеграція складових здоров'язбережувальної компетентності, нарощування смислів і приріст знань. Існуючу на сьогоднішній день ідею варто представити у форматі «технологія – здоров'я», адже вона є однонаправленою: при своєму розгортанні вона трансформує смисли в страхи і тривоги стосовно здоров'я, а також формує забобони чи «псевдорелігію здоров'я». зважаючи на це, в нашій педагогічній системі домінування *Ontos (y)*, *Narrative (y)*, *Axis (y)*, *Logos (y)* і *Mifos (y)* як складових культури над *Technē* спрямоване на розвиток процесів психологізації, онтологізації, антропологізації, персоналізації й аксіологізації здоров'язбережувальних знань, а також формування відповідних психологічних основ компетентності.

Спіраючись на вчення П. К. Анохіна стосовно функціональних систем [1], в якому актуалізована роль цілепокладання, ми розглядаємо здоров'язбережувальну компетентність учителя фізичної культури як цільовий феномен. Крім того, відповідно до зазначеного вчення, застосувавши потребніший принцип та правило орієнтації на кінцевий пристосувальний результат, які інтегративно обумовлюють мету у функціональній системі, ми визначаємо, що для формування інтелектуального модуля здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури необхідним є аналіз складних системних і міждисциплінарних проблем, пов'язаних як із базисними питаннями життя та здоров'я, так і з професійним та культурним контекстами. На визначальну роль результативності в організації діяльності вказує

латинська сентенція – *Exitus acta probat* (результат виправдовує вчинки). Таким чином, психофізіологічне розуміння проблеми підтверджує необхідність інтегративного використання антропокультурного та медико-гігієнічного підходів, про що йшлося вище, з позицій культурологічних візій, адже це необхідно для підвищення складності, гетерогенності та сталості компетентності, розглянутої у форматі функціональної системи.

Відповідно до системних уявлень, необхідно зазначити, що особливості організації та рівень складності інтелектуального модуля здоров'язбережувальної компетентності повинен бути співвідносним до рівня складності задач збереження здоров'я. Зважаючи на це, представлений інтелектуальний компонент, звичайно, існуватиме як динамічна, практично спрямована система, а не набір готових правил, які в проблемній ситуації реально не будуть застосовані. Означена умова забезпечується через інтеграцію антропокультурного, психологічного та медико-гігієнічного компонентів компетентності. Це реалізується через нарративний характер її розвитку та функціонування, завдяки використанню дискурсивних практик та інтертекстуальності, які інтегрують представлену компетентність у безкрайні контексти культури та її семіосфери, а також поєднують із потужною символічною сферою колективного несвідомого.

Здоров'язбережувальна компетентність повинна формуватися з урахуванням принципів пластичності, надлишковості й доповнюваності, які також обумовлюють культурну адекватність і конгруентність, що, в кінцевому результаті, забезпечуватиме збереження духовного, соціального і психологічного здоров'я. Крім того, якщо ми включаємо в розгляд специфічно спрямованої теми, присвяченої збереженню здоров'я, культурну складову, питання онтології, телеології, вищих смислів, дані про складні педагогічні ситуації, то кінцевий пристосувальний результат буде формуватися з урахуванням цих особливостей. При його відсутності здоров'язбережувальна компетентність буде розвиватися редуковано на основі дезонтологізованих [8] «рецептурних» знань, що визначить технолоцентричний вектор професійного зростання фахівця, витісняючи при цьому антропокультурний.

Проте збереження здоров'я не повинно базуватися тільки на рецептурних рекомендаціях, що породжують інтелектуальну обмеженість та дефіцитарність [16]. У нашому педагогічному досвіді процес розвитку інтелектуального модуля здоров'язбережувальної компетентності базується на вивченні складних феноменів здоров'я і попередження патології разом з урахуванням значення актуальних питань профілактики в контексті семіотики культури.

Вказані культурологічні, психолінгвістичні та лінгвокультурологічні візії співвідносяться із психофізіологічними ідеями. З позицій системної психофізіології це підтверджується вченням про функціональні системи П. К. Анохіна [1]. У контексті уявлень означеного вчення необхідно зауважити, що саме шлях формування певних знань, навичок, компетентностей чи функцій, а також специфіка складових, на основі яких організуються функціональні системи, трансформуються в практикологічні особливості здоров'язбережувальної компетентності, а також впливає на їх структуру, специфіку

функціонування і результативність. Отже, шляхи формування здоров'язбережувальних знань і компетентності значною мірою визначають особливості їх реалізації. Такими основними шляхами в нашій педагогічній системі є нарратив, дискурс і прaxis.

Інтегративне використання антропокультурного і медико-гігієнічного підходів при розгляді питань збереження здоров'я сприяє формуванню не тільки професійних стереотипів мислення у відповідності з певними концептуальними схемами, а й розвиває професійний світогляд, творчість, самостійність і критичне мислення. Особливо важливим є соціокультурні й освітні складові проблеми кардіологічного здоров'я. Це обумовлено не тільки смислами збереження здоров'я, а в першу чергу питаннями зменшення ризиків для життя, а також впливом темпоральних чинників і символізмом духовної сфери. Важливим є також запит на здатність педагога швидко концептуалізувати проблему не тільки відповідно до цільової установки, а й стосовно ситуації, культурних традицій і цінностей, що визначає необхідність аналізу й осмислення зазначених багатомірних і системних проблем.

Із методичної точки зору таким запитам традиційно відповідає використання нарративів, в яких вичерпно і традиційно репрезентуються певні феномени, пов'язані зі збереженням здоров'я. Важливим є й процес педагогічної комунікації, під час якої явище аналізується в широких контекстах через включення в нарративи різних професійних напрямів. У цьому плані актуальною є думка І. В. Троцюк про те, що розгляд нарративної природи знань дає можливість зрозуміти особливості їх функціонування [19]. Представлене бачення ми розширюємо до розуміння того, нарратив є необхідною умовою формування інтелектуального модуля здоров'язбережувальної компетентності, який окрім розвитку когніцій і концептуальних матриць включає ще й епістемологічний вимір, адже знання про знання та їх природу також є чинником їх прирощення.

Крім того, при використанні нарративів у практиці формування здоров'язбережувальної компетентності необхідно врахувати важливу ідею J.Franzosi про те, що «в медицині, праві, історії, історіографії, антропології та психотерапії нарративи є продуктами наукової діяльності, а в філософії, культурології, теології – швидше поглинаються і перемелюються в аналітичних жорнах» [19; 23]. Педагогічний дискурс, на нашу думку, займає проміжне становище, адже для нього нарратив буде як кінцевим продуктом, так і матеріалом для аналізу. Така функціональна особливість чи пластичність знань відображає явище їх трансферу з переходом у кінцевий конструкт з можливістю подальшого розвитку. Крім того, це також визначає приріст знань на основі завершеної чи проміжної стадій у системі трансферу знань.

У представленому контексті важливою складовою формування здоров'язбережувальної компетентності є використання задач, робота з текстом, ситуаційна репрезентація знань, а також застосування значної кількості запитань у динамічному та інтенсивному режимах процесу педагогічної комунікації. Це необхідно для того, щоб знання, які входять до структури компетентності, були процесуальними, інтертекстуальними, діалогічними як під час свого формування, так і при їх використанні.

Таким чином, умовою розвитку компетентності є також презентація знань у форматі нарративних та дискурсних практик. Діалогічний характер навчання сприяє інтеграції знань та психологічних компонентів (мотиваційного, емоційного, комунікативного) здоров'язбережувальної компетентності на основі нарративної матриці, що забезпечує здатність педагога до ефективної і швидкої концептуалізації певних ситуацій, пов'язаних із питаннями здоров'я на основі теоретичних знань. У сукупності це може розглядатися як навчальний метанаратив збереження здоров'я, що, окрім інтелектуального модуля, впливає на формування антиципації та мотивації.

У нашій системі підготовки використовується також нарративна метафора психіки. Відповідно до цієї метафори, психічні стани, функції, процеси і компетентності розглядаються у форматі нарративу, що обумовлює необхідність вербалізації основних питань збереження здоров'я, а також представлення їх як розповідей. Означений підхід існує в медичній традиції і полягає в послідовному розгляді системних питань, починаючи від досить віддалених, але базисних теорій різного спрямування в контексті інтеграції. Наприклад, формування знань із профілактики порушень серця пов'язане з теоретичним базисом ряду наук, зокрема анатомії, гістології, біохімії, фізіології, клініки та ін. Після розгляду теоретичних основ відбувається аналіз конкретних проблем здоров'я певної особи, тобто проходить персоналізація знань, що являють собою значну кількість специфічних нарративів і текстів, на основі яких формується концептуальна матриця професійної діяльності.

Таким чином, практична медицина і підготовка лікаря, незважаючи на домінування в ній редуційного бачення людини [2] на основі біологізаторських уявлень, є наративованою сферою. Це дає можливість використати значний потенціал колективного розуму, традицій та досвіду, а також утримувати знання й компетентність в актуалізованій формі. Медицина, як відомо, взаємодіє з іншими науками, що здійснюється перш за все через наративи та ітертекстуальність. Ми вважаємо, що зазначений досвід необхідно використовувати в практиці розвитку здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури.

Для глибшого і свідомого розуміння необхідності використання нарративних і дискурсних практик у розвитку здоров'язбережувальної компетентності проаналізуємо редуційний досвід попередньої епохи. Це мілітарний, евгенічний і дезонтологізуючий за своєю суттю дух радянської школи, який значною мірою знецінює її унікальні надбання. У форматі означеної педагогічної традиції стосовно збереження здоров'я напівтонів не існувало, а панували бінарні позиції – «здоровий – нездоровий», що співвідносилося з концептами «потрібний – непотрібний», «воїн – симулянт», «друг – ворог» тощо. Здоров'я розглядалося редуковано, як функціональні можливості та їх приріст. З того часу бере свій початок і контрінтелектуальна традиція в освіті – не лише формувати уявлення про здоров'я на основі вже готових схем, порад, а й нарощувати його за допомогою простих зовнішніх впливів.

Радянська педагогіка обмежила себе перш за все через такий негативний досвід, як заборона використання оповідань духовного змісту (слухання

розповідей, вивчення релігійних текстів), витіснення радянськими метанаративами вживання родових і особистісних нарративів. Типова радянська людина повинна була мати стандартизований нарратив. Це комбінувалося з активною трансляцією регламентованих нарративів і метанаративів, серед яких – типові міфи про світле майбутнє, «святих» лідерів партії, війну, нескінченне соціалістичне будівництво, прогрес людства та науки, щасливе і веселе життя при комунізмі тощо. Таким чином, радянські метанаративи домінували над іншими наративами. Це, як зазначає Ж. Ліотар, характерно для суспільств епохи модерну [11]. Наслідки цих явищ в освіті ми спостерігаємо і сьогодні, зокрема у форматі системних, прихованих та лінгвокультурних проблем.

Усе це сумарно дезактуалізувало і десемантизувало культурно визначені та індивідуальні нарративні й дискурсивні практики. Сміслом такого буття була жорстка регламентація нарративів, «дискурс і нарратив мовчання». Означені феномени були відомі ще в стародавні часи, про що, згадуючи грецьку приказку «*Talis hominibus fuit oratio, quails vita*» (Яке в людей життя – така і мова), наголошував Л. Сенека в листі (№ CXIV) до Луцилія.

Наслідком означених ідеологічних впливів було те, що деякі вчителі фізичної культури не використовували весь потенціал ефективної комунікації та нарративних і дискурсивних практик. А як наслідок – замість спілкування з дітьми урок інколи перетворювався на виконання вказівок у рецептурній формі. У кого є спортивний досвід, може пригадати крик та свист деяких учителів фізичної культури і тренерів під час тренувань на стадіоні, що також є результатом нарративної і комунікативної некомпетентності та впливу відповідних тоталітарних традицій, де наратив замінювався наказом, погрозою, вереском, приниженням тощо. На жаль, у сучасній освіті досі існують залишкові ефекти представлених вище традицій. Отже, можна визначити відносно спрощені наративи фізичної культури і спорту, в яких домінувала артикуляція ідеї перемоги та прихована ідеологія мілітарності, класової боротьби, агональності, евгеніки і перманентного прогресу. Зрозуміло, що в такій системі проблема серця і здоров'я «губилася», десемантизувалася, дезактуалізувалася, а інколи й узагалі – не визначалася.

Висновки. Таким чином, учителю фізичного виховання необхідно актуалізувати у собі здатність розповідати учням добрі й розумні історії, в яких питання здоров'я будуть висвітлені в широкому культурному і духовному контекстах. Це сприятиме гуманізації, онтологізації, аксіологізації і психологізації здоров'язбережувальної компетентності та освітнього простору, що співвідноситься також із сучасним тенденціями «десоветизації» України.

На завершення нашого нарративу визначимо основну ідею висвітленої у дослідженні проблеми – *Vox viva docet* (Живе слово вчить).

1. Використовуючи ідеї культурологічного та антропологічного підходів при розробці структури здоров'язбережувальної компетентності, ми виділяємо антропокультурний модуль. У процесі розвитку й реалізації зазначеної компетентності актуалізуємо необхідність активного використання нарративних і дискурсивних практик, які є традиційними, культуровідповідними, конгруентними та адекватними до соціальної, психологічної, символічно-знакової

і духовної природи людини. У нашій педагогічній системі антропокультурні складові, наративи і дискурси є основними факторами педагогічної інтеграції, які формують здоров'язбережувальну компетентність як системне, цілісне і багатовимірне особистісно-психологічне і професійне утворення, яке можна розглядати у форматі онтології культури. На основі використання наративних і дискурсивних практик здійснюється онтологізація, аксіологізація, антропологізація, психологізація, наративізація, гуманітаризація здоров'язбережувальної компетентності, а також здійснюється трансфер та інтеграція медико-гігієнічних знань у структуру здоров'язбережувальної компетентності.

2. Ми формуємо концепт здоров'язбережувальної творчості, основна ідея якого полягає в тому, що крім збереження здоров'я відбувається актуалізація творчого потенціалу педагога в напрямку активного включення особистості через рефлексію питань здоров'я в семіосферу і контексти культури, які можна представити у вигляді схеми «особистість – здоров'я – культура». Зреалізувати це можна завдяки використанню наративних і дискурсивних практик, зокрема нами визначається концепт онтологічного здоров'я, який подається як наявність і реалізація потенційних можливостей збереження учнем своєї неповторної онтології через взаємодію з культурою.

3. Формування таких необхідних для здоров'язбережувальної компетентності характерологічних якостей педагога, як доброта, милосердя, співчуття, терпіння, гуманність, емоційна адекватність, уважність, психологічна надійність і відповідальність, проводиться через зв'язок із телеологією, смислами, семіосферою та контекстами культури. При цьому використовуються наративні й дискурсивні практики, а основними є такі якості, як доброта і милосердя, витоки яких мають трансцендентний характер, адже вони пов'язані з питаннями екзистенції, телеології і вищих смислів. Тобто, для роботи з дітьми перш за все слід дотримуватися професійного відбору, а у процесі підготовки педагога повинна бути присутня взаємодія з духовно-символічними рисами культури, що поєднуються з актуалізацією власного життєвого досвіду та самовихованням.

4. На основі антропологічного, наративного, онтологічного і культурологічного підходів нами визначено такі основні моменти розвитку здоров'язбережувальної компетентності: «Ontos – Narrative – Axis – здоров'язбережувальна компетентність», «культура – технологія – здоров'я – культура», «досвід – наратив, культура – досвід», «культура – наратив – культура», «досвід – наратив – досвід – компетентність».

5. У процесі розвитку здоров'язбережувальної компетентності важливим є формування в педагога інтертекстуальних навичок, які мають певне здоров'язбережувальне спрямування і необхідні для ефективного використання педагогом свого творчого й інтелектуального потенціалу для набуття та інтеграції знань про здоров'я, які є трансдисциплінарними. Це надзвичайно важливо для усвідомленого використання у практиці збереження здоров'я прототекстів, наративів і метанаративів культури та її взаємодії із семіосферою. Беручи до уваги наративну метафору психіки, наративи, тексти і прототексти в нашій здоров'язбережувальній практиці ми визначаємо як основу пізнання – *causa*

cognoscendi. Крім того, активне використання наративного підходу сприяє гуманізації освітнього процесу, рівноваженню впливу техноцентричних і постантропологічних інтенцій, а також обумовлює розвиток комунікативної, соціальної, інтертекстуальної та наративної компетентностей.

6. Дискурси і наративи влади стосовно здоров'я в епоху модерну і в часи сьогодення мають відносно просту концептуальну схему, відображаючи секуляризовану позитивістську рефлексію реальності, що відповідає парадигмальній основі променя, описаній О. Г. Дугінім. Відповідно до зазначених візій, життя суспільства представлено у форматі постійного покращення та руху вперед. Таке розуміння трансформувалося в ідеологію збереження здоров'я, яка панує в освіті сьогодні та базується на ідеї начебто постійного приросту здоров'я, що забезпечується відносно простими заходами і методами. Означена структура наративу здоров'я вказує на явище акультурації та переходу культури в стадію цивілізації з домінуванням ідеології гедонізму, десемантизації вищих смислів та часткового ігнорування феноменології. Виходячи з цього, фізичне здоров'я визначається спрощено і зазвичай у тілесному вимірі, а духовне – у форматі декорації та інтелектуалізації на фоні відриву від культурних основ. Сумарно в соціумі, як і в освіті, переважають наративи, що відображають міфологію «прогресу» та «покращення» за допомогою простих дій та віри в чудо, тобто має місце феномен псевдорелігії, описаний Е. Фромом.

7. Наративи медицини та культури відображають здоров'я як складний, багатовимірний, поліонтологічний і духовний феномен. Відповідно процес збереження і формування здоров'я також є складним, етапним, неоднозначним, що відповідає реальності та феноменологічній достовірності. Тому, з методологічних позицій, використання при формуванні здоров'язбережувальної компетентності наративних і дискурсивних практик, культурологічного підходу та трансферу медико-гігієнічних знань є адекватним і співвідносним до рівня складності означеної проблеми.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо в проведенні герменевтичного аналізу особливостей педагогічних та медичних наративів із метою визначення оптимальних шляхів їх інтеграції з наступним активним включенням у структуру інтелектуального модуля здоров'язбережувальної компетентності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Анохин П. К. Кибернетика функциональных систем / П. К. Анохин ; под. общ. ред. К. В. Суданова. – М. : Медицина. – 1998. – 297 с.
2. Броди Х. Из книги «Истории болезни» / Х. Броди // Международный журнал исследования культуры. – 2013. – № 1. – С. 52–64. – (Howard Brody, M.D., Ph.D. Stories of Sickness (Yale University Press, 1987, Изд. 2-е – 2003).
3. Брокмейер Й. Нарратив: проблемы и обеспечения одной альтернативной парадигмы / Й. Брокмейер, Р. Харре // Вопросы философии. – 2000. – № 3. – С. 29-42.
4. Брунер Дж. Культура образования / Дж. Брунер. – М. : Просвещение, 2006. – 223 с. –

(Серия «Образование: мировой бестселлер»).

5. Бухаров А. О. Нарративные методы обучения в современной школе // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики / А. О. Бухаров. – 2011. – № 2. – С. 51-56. – (Серия «Гуманитарные науки»).

6. Дацюк С. Онтологизации [Электронный ресурс] : интернет-книга / С. Дацюк. – К., 2009. – Режим доступа : <http://www.uis.kiev.ua/xyz/o.htm>. – Заглавие с экрана.

7. Дугин А. Г. Археомодерн / А. Г. Дугин. – М. : Арктогея, 2011. – 142 с.

8. Карпов А. О. Онтологизация, «онтологизация» и образование / А. О. Карпов // Вопросы философии. – 2013. – № 9. – С. 31-43.

9. Кириллов П. Е. Дискурс М. Фуко как методология анализа современных социальных институтов и процессов : дис. ...канд. филос. наук : 09.00.11 / Кириллов Павел Евгеньевич. – М., 2006. – 139 с.

10. Кузьмина Н. А. Интертекст и его роль в процессах эволюции поэтического языка : монография / Н. А. Кузьмина. – Екатеринбург : Уральский ун-т ; Омск : Омск. гос. ун-т, 1999. – 268 с.

11. Лиотар Ж.-Ф. Состояние постмодерна / Ж.-Ф. Лиотар. – М. : Ин-т эксперимент. социологии ; СПб. : Алатаея, 1998. – 160 с.

12. Икуджиро Н. Компания – создатель знания. Зарождение и развитие инноваций в японских фирмах / Н. Икуджиро, Т. Хиротака ; [пер. с англ. А. Трактинского]. – М. : Олимп-Бизнес, 2011. – 384 с. : ил.

13. Рикер П. Модель текста: осмысленное действие как текст / П. Рикер // Социологическое обозрение. – 2008. – Т. 7. – № 1. – С. 25-43.

14. Ритцер Дж. Современные социологические теории / Дж. Ритцер ; пер. с англ. А. Бойков, А. Лисицына. – Изд. 5-е. – СПб. : Питер, 2002. – 688 с.

15. Рубинштейн С. Л. Бытие и сознание : человек и мир / С. Л. Рубинштейн. – СПб. : Питер, 2003.

– 512 с. – (Серия «Мастера психологии»).

16. Руденский Е. В. Дефект социализации личности как базовая категория педагогики критического конструктивизма. Введение в социально-генетическую виктимологию / Е. В. Руденский, Ю. Е. Руденская ; Новосибир. гос. пед. ун-т. – Новосибирск : НГПУ, 2012. – 252 с.

17. Соломина Н. В. Интертекстуальный тезаурус современной языковой личности : на материале письменных текстов СМИ, КВН и интеллектуальных игр : дисс. ...канд. филолог. наук : 10.02.01 / Соломина Наталья Владимировна. – Омск, 2008. – 249 с.

18. Тимошук А. С. Традиционная культура: сущность и существование : автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра филос. наук : спец. 24.00.01 / Тимошук Алексей Станиславович. – Нижний Новгород, 2007. – 46 с.

19. Троцук И. В. Теория и практика нарративного анализа в социологии : монография / И. В. Троцук. – М. : Уникум-центр, 2006. – 207 с.

20. Фуко М. Надзирать и наказывать. Рождение тюрьмы / Мишель Фуко ; пер. с фр. В. Наумова ; под ред. И. Борисовой. – М. : AdMarginem, 1999. – 478 с.

21. Чапаев Н. К. Теоретико-методологические основы педагогической интеграции : дис. ...д-ра пед. наук : 13.00.01 / Чапаев Николай Кузьмич. – Екатеринбург, 1998. – 462 с.

22. Шамшурина А. А. Истоки фрактальной педагогики / А. А. Шамшурина // Успехи современного естествознания. – 2011. – № 8. – С. 201.

23. Franzosi R. Narrative analysis – or why (and how) sociologists should be interested in narrative / R. Franzosi // Annual Review of Sociology. – 1998. – Vol. 24. – P. 517-554.

Дата надходження до редакції: 27.01.2015 р.

ВИХОВНІ ТЕХНОЛОГІЇ. ПОЗАШКІЛЬНА ОСВІТА

УДК 37. 017. 4 - 057. 87

Лілія ІСКРА,

старший викладач

кафедри педагогіки початкової освіти

Рівненського державного гуманітарного університету

ВТІЛЕННЯ ІДЕЙ ФОРМУВАННЯ МИРОТВОРЧИХ ПОГЛЯДІВ УЧНІВ У СУЧАСНІЙ ЗАГАЛЬНООСВІТНІЙ ШКОЛІ

Стаття присвячена проблемі формування миротворчих поглядів старшокласників загальноосвітніх шкіл. У ній розкриваються особливості проектної діяльності учнів під час позакласної роботи у процесі формування гуманістичного світогляду.

Ключові слова: виховання у душі миру, миротворчі погляди, проектна діяльність учнів, позакласна робота.