

УДК 378:796

**ЗДОРОВЬЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ КАК СОЦИАЛЬНАЯ И АДАПТИВНАЯ ЦЕННОСТЬ***Т. Н. Семенкова, Э. М. Казин, Н. Э. Касаткина***STUDENT'S HEALTH AS SOCIAL AND ADAPTIVE VALUE***T. N. Semenkova, E. M. Kazin, N. E. Kasatkina*

В статье анализируются различные подходы в зарубежной и отечественной литературе к пониманию «здоровья» и тех процессов, которые осуществляются в государстве для его сохранения и укрепления.

The article focuses on different approaches in foreign and domestic literature to understanding "health" and those processes that take place in the state for its preservation and strengthening.

**Ключевые слова:** здоровье, здоровый образ жизни, ценности, ценностные ориентации, здоровье как ценностная ориентация.

**Keywords:** health, healthy lifestyle, values, value orientation, health as a value orientation.

Здоровье человека является одной из немногочисленных безусловных ценностей, с помощью которой оплачиваются многие его личные или общественные приобретения.

Еще в XIX веке немецкий философ А. Шопенгауэр говорил: «Вообще 9/10 нашего счастья основано на здоровье. При нем все становится источником наслаждения».

Что же такое здоровье? Определений здоровья к настоящему времени существует достаточно много. Наиболее часто применяется определение, принятое Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), согласно которому здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов.

Приведем еще несколько определений здоровья, позволяющих, на наш взгляд, расширить и уточнить представления о нем.

Н. М. Амосов вводит понятие «количество здоровья», которое может быть определено резервными возможностями организма, и считает, что здоровье – это максимальная производительность органов при сохранении качественных пределов их функций [1].

Здоровье следует понимать как равновесие между организмом и средой в самом широком смысле этого слова, а мера стресса, мера напряжения систем управления, возвращающих нас к равновесию со средой, есть одновременно и мера здоровья, считают Р. М. Баевский и С. Г. Гуров [2].

По мнению Г. Л. Апанасенко феномен жизни обеспечивается типовыми специализированными структурами, деятельность которых реализуется постоянной циркуляцией потоков пластических веществ, энергии и информации внутри системы, а также между ней и окружающей средой. На основании этого он дает следующее определение здоровью: «Здоровье – динамическое состояние человека, которое определяется резервами механизмов самоорганизации его системы (устойчивостью к воздействию патогенных факторов и способностью компенсировать патологический процесс), характеризуется энергетическим, пластическим и информационным (регуляторным) обеспечением процессов самоорганизации, а также служит основой проявления

биологических (выживаемость – сохранение особи, репродукция – продолжение рода) и социальных функций» [3].

Понятие здоровья должно определять возможности выполнения основных функций человека, учитывая тот факт, что человек есть живая система, в основе которой лежат физическое и духовное, природное и социальное, наследственные и приобретенные начала.

В. А. Фролов выделяет «**здоровье населения**», рассматривая его как статистическое понятие, характеризующееся комплексом демографических показателей: рождаемостью, смертностью, уровнем развития, заболеваемостью, средней продолжительностью жизни, а также социально-биологическими показателями [4].

Ю. П. Лисицын рассматривает понятие «**общественного здоровья**» как здоровье групп (возрастно-половых, социальных, профессиональных и других) населения, проживающего на определенной территории, в различных странах, регионах. Общественное здоровье с точки зрения автора является результатом социально-опосредованных действий, проявляющихся через образ жизни человека, группы населения [5].

В. П. Казначеев раскрывает понятие «**здоровье популяции**», под которым он понимает «процесс социально-исторического развития психосоциальной и биологической жизнедеятельности населения в ряду поколений, повышения трудоспособности и производительности общественного труда, совершенствования психофизиологических возможностей человека» [6].

С точки зрения характеристики индивидуального здоровья – это процесс **сохранения и развития физиологических, биологических и психических функций, оптимальной трудовой и социальной активности при максимальной продолжительности активной творческой жизни**.

Здоровье человека может быть определено как «оптимальное состояние его организма, обеспечивающее реализацию генетических программ безусловно-рефлекторной, инстинктивной, генеративной функции и умственной деятельности, реализующей

фенотипическое поведение, направленное на социальную и культурную сферы» [7].

Другими словами, здоровье является конкретным качественно специфическим состоянием человека, которое характеризуется нормальным течением физиологических процессов, обеспечивающих его оптимальную жизнедеятельность.

**Индивидуальное здоровье** – категория также не только медико-биологическая, но и социальная и педагогическая. Однако ничто социальное не реализуется без участия биологического субстрата. Выполнение индивидом своих биологических, социальных и педагогических функций можно трактовать как проявление здоровья: чем выше способность реализовать эти функции, тем выше уровень здоровья индивида. В свою очередь на способность проявить свое здоровье оказывают мощное влияние психические (душевные) и духовные качества.

Научная деятельность П. Ф. Лесгафта – выдающегося представителя русской педагогики конца XX века – была тесно связана с его общественной работой, направленной на создание и осуществление идеи воспитания гармоничной личности. Опираясь на данные анатомии и физиологии, он ставит перед собой цель: глубоко и всесторонне разработать проблему физического воспитания, обращая внимание в равной степени на оздоровительные и образовательные задачи. Исходя из своего опыта, П. Ф. Лесгафт приходит к мысли о том, что *полное развитие всех природных задатков, способностей, формирование разумной, свободной человеческой личности возможно для каждого здорового человека, детство и юность которого проходят в нормальных человеческих условиях* [8].

В настоящее время принято выделять следующие разновидности индивидуального здоровья [9]:

1) соматическое – текущее состояние органов и систем органов человеческого организма;

2) физическое – уровень развития и функциональных возможностей органов и систем организма. Основа физического здоровья – это морфологические и функциональные резервы клеток, тканей, органов и систем органов, обеспечивающие приспособление организма к воздействию различных факторов;

3) психическое – состояние психической сферы человека. Основу психического здоровья составляет состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения;

4) сексуальное – комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви;

5) нравственное – комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информационной основы жизнедеятельности человека. Основу нравственного компонента здоровья человека определяет система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в социальной среде.

В обобщенном и несколько упрощенном виде критериями здоровья являются: для соматического и физического здоровья – я могу; для психического здоровья – я хочу; для нравственного здоровья – я должен.

В последние десятилетия в современной физиологии, психологии и педагогике центральной идеей является ценность любой человеческой личности во всей широте ее *физических, психических и духовных возможностей и ограничений*. В связи с этим актуальными становятся задачи более полного раскрытия потенциальных возможностей человека, что невозможно без обеспечения полноты его здоровья, как основополагающего фактора долгой и полноценной жизни, высокого творческого потенциала и работоспособности.

В основу определения индивидуального здоровья положена категория, которая оценивается по трем уровням: соматическому, социальному, личностному. *Соматический* – совершенство саморегуляции организма, гармония физиологических процессов, максимальная адаптация к окружающей среде. *Социальный* – мера трудоспособности, социальной активности, активное, деятельное отношение к миру. *Личностный* – стратегия жизни человека, степень господства индивида над обстоятельствами его жизни.

Учитывая, что здоровье человека – динамически изменяющееся естественное явление, обусловленное тремя основными факторами, исследователи изучают отдельные его аспекты: *биологические, физические, психические, психологические и социальные* [10; 11].

**Биологический аспект понятия «здоровье»** характерен для медицины, психофизиологии, генетики, которые изучают физическое здоровье личности или группы людей, выделенных по признаку пола, возраста, образа жизни, состояния болезни, определяют его как сумму критериев заболеваемости, смертности, инвалидности, физического развития.

**Под физическим (соматическим) аспектом здоровья** следует понимать такую совокупность статических (морфологических) и динамических (функциональных) физических свойств конкретного человека, которая позволяет ему в соответствии с его возрастом, полом и социальной ролью адаптироваться к окружающей действительности, выполнять свои биологические и социальные функции [12]. Очень часто [13], физическое здоровье человека ассоциируется со способностью человека к эффективной поведенческой активности, в качестве характеристик которой выступают координированность, скорость и сила, и в этом случае критериями здоровья человека являются спортивные достижения, производственные успехи, физическая работоспособность.

Более глубокие психолого-физиологические подходы опираются на специфику и широту адаптивных перестроек, норму адаптации базовых механизмов жизнеобеспечения, на механизмы обеспечения основного обмена и постоянства внутренней среды организма [14]; активного взаимодействия с

окружающей средой с участием опорно-двигательной системы, висцеральных органов, вегетативной и центральной нервной системы.

**Психический и психологический аспекты здоровья** характерны для психиатрии, психологии, педагогики, сосредоточены на проблеме внутреннего богатства развития личности, личностном росте, на стремлении к самоактуализации и посвящены рассмотрению структуры личности, условий и факторов, формирующих её здоровье и благополучие.

**Под психическим здоровьем** понимается такая динамическая совокупность психических свойств человека, которая позволяет ему познавать окружающую действительность, адаптироваться к ней, формировать собственные модели поведения при выполнении биологических и социальных функций. Психическая компонента здоровья во многом сводится к осознанию человеком своей функциональной значимости в личности и социальной адаптации при реализации собственных или коллективных (семейных, политических и т. д.) потребностей, замыслов и целей.

**Здоровье в психологическом аспекте** – способность к целостному, интегрированному поведению, направленному на удовлетворение собственных потребностей (включая потребности и в поиске и саморазвитии), с конструктивным учетом индивидуальных психо-соматических особенностей организма и личности, закономерных требований социальной среды и не сопровождающемуся неразрешимыми внутренними противоречиями [15]. Для здоровой личности характерна устойчивая «Я-концепция» – позитивная, адекватная, стабильная самооценка, однако уровень субъективной неудовлетворенности человека может проявляться в негативных эмоциональных ощущениях, определяющих деформацию его текущего психического состояния и отсутствие здоровья [16].

**Социальный аспект категории здоровья** связан, прежде всего, с детерминацией, социальными условиями, обеспечивающими здоровье человека, отдельных групп и общества, а также с раскрытием понятий социального статуса, социального благополучия, социальной безопасности [17].

**Социальное здоровье человека** опирается на различные формы поведения личности, способствующие адекватному существованию человека в обществе людей в результате их взаимной согласованности при реализации сложных материальных, духовных, социальных задач [18].

С учетом вышеизложенного возможны следующие подходы к пониманию категории здоровья:

- здоровье как нормальное функционирование организма на всех уровнях его организации;
- здоровье как динамическое равновесие организма и его функций с окружающей средой;
- здоровье как способность к адаптации;
- здоровье как полное физическое, духовное, умственное и социальное благополучие, гармоническое развитие физических и духовных сил, позволяющее реализовать принцип единства организма, саморегуляции всех органов и систем организма, ак-

тивно взаимодействовать личности с окружающей средой [20].

Несмотря на обилие определений, точек зрения на суть здоровья, до настоящего времени нет единства подходов его определения и оценки. Не вызывает, однако, ни у кого сомнения то обстоятельство, что здоровье должно отражать способность человека сохранять свой гомеостазис через совершенную адаптацию к меняющимся условиям среды, т. е. активно сопротивляться таким изменениям с целью сохранения и продления жизни.

Обобщая вышеизложенные точки зрения, следует подчеркнуть, что под «здоровьем» следует понимать такое состояние организма, которое дает человеку возможность в максимальной степени реализовать свою генетическую программу в условиях социокультурного бытия данного человека. С этих позиций, на наш взгляд, здоровье следует рассматривать как понятие динамическое, в трех позициях – **индивидуальном, возрастном и историческом**.

**Возрастная** – определяется тем, что для каждого этапа возрастного развития человека характерны свои специфические особенности биологической и социальной адаптации. Для каждого возрастного этапа должны существовать свои критерии здоровья, свойственными этому возрасту его морфофункциональной организации и социальной роли.

**В исторической позиции** – развитие производства и производственных отношений, культуры, религии ведет к тому, что меняется во времени сама обстановка, место человека и его роль в социуме. В связи с ростом качества жизни, комфортности человек для поддержания своей жизни все меньше использует свои функциональные резервы и все больше достижения своего разума, что от поколения к поколению приводит к снижению функционального резерва и резерва адаптации человека.

В течение многих лет наше общество интересовало не личность, а усредненный человек, с которым легко работать, которым легко управлять. Но, за усредненным человеком теряется индивидуальность, ее специфические потребности, которые удовлетворяются патологическим путем, отсюда – наркомания, курение, алкоголизм и др.

Анализируя современную литературу, посвященную общим определениям здоровья, К. С. Хруцкий обращает внимание на то, что большинство подходов к исследованию категории здоровья опираются на дихотомию парадигм: **адаптационную и креативную** [21].

**Первая** рассматривает здоровье человека, как состояние, формирующееся в процессе приспособления к условиям среды. Г. Л. Апанасенко и Л. А. Попова (2000) отмечают, что сохранение и укрепление здоровья индивида определяется расширением его возможностей приспосабливаться к изменяющимся факторам среды, совершенствованием механизмов адаптации. Соответственно здоровье выражается в способности человека решать определенные задачи (функционировать) при условии сохранения базовых констант своего организма в ре-

альных условиях адаптационных возможностей организма. Адаптация предполагает развитие функциональных возможностей (тренировку) отдельных систем организма и может проявляться на клеточном, органном, системном, организменном, поведенческом уровнях организации живого. Принципиально важно отметить, что в любой адаптационной реакции, кроме выраженного приспособительного эффекта относительно конкретного стрессирующего фактора, присутствует неспецифический компонент, определяющий расширение общих приспособительных возможностей организма: энергетических, пластических, поведенческих, что в свою очередь расширяет общеоздоровительные эффекты при противостоянии различным нагрузкам [3].

*Вторая* – креативная парадигма рассматривает здоровье человека как процесс свободного выбора естественных ценностей и целей благополучного существования человека, предопределяющих его успешное настоящее и будущее бытие и развитие.

Таким образом, с одной стороны, здоровье может определяться через возможность организма обеспечивать базовые функции жизнеобеспечения и доминирующие потребности [22], а с другой – здоровье может рассматриваться в качестве оптимальной предпосылки (условия) для выполнения человеком намеченных жизненных целей и задач [16].

В настоящее время развиваемый подход к оценке и обеспечению здоровья человека базируется на нескольких основных принципах.

**В качестве первого принципа** здоровья человека мы выделяем *комплексность или системность*. Он ориентирован на поиск такого оптимального набора признаков и раскрытия достаточной глубины механизмов функционирования организма человека, которые позволяли бы на практике целостно решать задачи формирования, сохранения и укрепления здоровья, как психофизиологической интегральной целостности.

Мировоззрение личности как наиболее полное отождествление целостности человека проявляется в виде соответствующих психических феноменов и обладает возможностью активного «строительства» индивидуального здоровья. В современных научных школах всё более единодушно принимаются целостные, холистические концепции здоровья. И, хотя история этих взглядов насчитывает тысячелетия и восходит к философским учениям Древнего Китая и Индии, только сегодня приходит понимание бессмысленности рассуждений о полноценном физическом здоровье человека без решения психических и мировоззренческих проблем.

**Вторым принципом** здоровья является *принцип функциональности*: здоровье и состояние отдельных систем организма осуществляется в результате эффективности выполнения актуальных системообразующих (системоспецифических) функций.

В основе здоровья, рассматриваемого с междисциплинарной точки зрения, лежит представление об **индивидуальных динамических резервах систем организма**, обеспечивающих устойчивость физического, биологического, психологического, социаль-

но-культурного развития личности с учетом особенностей взаимодействия факторов внешней и внутренней среды. При этом необходимо принимать во внимание всю совокупность индивидуального своеобразия человека, типологии его монофункциональной конституции, особенностей личностных, нейродинамических и психовегетативных свойств.

*Генетически детерминированные конституциональные факторы* во многом определяют специфические свойства морфотипа, особенности функционирования организма, адаптации, обмена веществ, гормонального статуса, предрасположенности к возможным заболеваниям [23]. *Морфотипы* отличаются пропорциями тела, разной тенденцией к накоплению жировой массы при несбалансированном питании и неадекватных энергозатратах. Люди с избыточной массой тела входят в группу риска, так как они предрасположены к развитию сахарного диабета и сердечно-сосудистых заболеваний [23]. *Функционально-метаболическая конституция* во многом определяет уровень двигательной активности, характер протекания острого заболевания, склонность к рецидивам и развитие хронической формы болезни [3].

Третьим принципом здоровья человека является **способность к приспособительным реакциям**, за счет которых поддерживается стабильность гомеостаза. В зависимости от степени этой стабильности человек по-разному реализует свои биологические и социальные функции в определенном диапазоне на протяжении всей жизни и каждый конкретный период времени [24].

**Способность к адаптации** – одно из свойств и условий развития здорового человека. Как универсальное фундаментальное свойство живых организмов адаптация является тем «китом», который вместе с саморегуляцией поддерживает постоянство внутренней среды, увеличивает мощность гомеостатических систем, осуществляет связь с внешней средой. Именно адаптивность и саморегуляция позволяют удерживать существенные параметры организма в физиологических пределах, обеспечивают стабильность систем [6].

Формирование приспособительных возможностей организма на основе совокупности биологических и социальных факторов характеризует все уровни жизнедеятельности человека.

Выраженность, форма реакции, набор вовлеченных в нее механизмов и, что самое главное, динамика оценки целей адаптационного процесса отражают взаимодействие двух глобальных механизмов – *физиологических*, обеспечивающих постоянство внутренней среды, и *психологических* (психофизиологических), которые направлены на минимизацию физиологических реакций при действии стрессового фактора и на обеспечение возможности трудовой и социальной активности. Это взаимодействие и тот вклад в общую картину адаптации, который вносят физиологический и психологический компоненты, определяется соотношением двух целей адаптации: сохранности гомеостаза и выполнения задач деятельности [25].

Различают два вида адаптивных изменений: *срочные и долговременные*.

**Срочная адаптация** характеризуется непрерывно протекающими приспособительными изменениями, которые не закрепляются, а исчезают после устранения воздействия. Характер и интенсивность срочной адаптации (реакции) точно соответствует характеру и силе внешнего раздражителя, которые не превышают физиологических возможностей организма.

**Долговременная адаптация** отличается такими изменениями, которые возникают в ответ на длительные повторяющиеся внешние или внутренние воздействия.

Адаптивные защитно-приспособительные реакции разделяются на *специфические и неспецифические*. *Специфические* обеспечивают устойчивость и сопротивляемость организма только против данного раздражителя (адаптация к данным физическим нагрузкам в тренировке и невосприимчивость организма к определенным видам возбудителей инфекционных заболеваний в виде иммунитета).

*Неспецифические адаптивные реакции* способствуют повышению устойчивости и общей сопротивляемости к любым возмущающим факторам внешней среды (пример – стресс у животных). У человека неспецифический механизм адаптации получил заметное развитие через целенаправленную волевую тренировку, обеспечивающую рост резервных возможностей организма.

Переводя определение адаптации на язык термодинамики можно сказать, что это есть реакция, в результате которой повышается свободная энергия организма и его негэнтропийные возможности или формируется более высокая степень неравновесности.

Г. Селье обнаружил, что на действие разнообразных раздражений организм реагирует во всех случаях некой *общей стандартной (неспецифической) реакцией адаптации*. *Стресс, обозначенный еще как общий адаптационный синдром (ОАС)*, был оценен как гомеостатическая реакция на уровне целостного организма, направленная на сохранение постоянства внутренней среды [26].

Трехфазовое течение реакции, по Г. Селье, характеризующееся преобладанием, в конечном счете, катаболических процессов над анаболическими представляет собой *реакцию патологического стресса*. В связи с развитием истощения организм не приобретает, а, напротив, теряет энергетические ресурсы по сравнению с исходным состоянием, в результате чего возникает так называемое третье состояние, близкое к хроническому заболеванию или хроническому предрасположению к повторному заболеванию – организм еще больше истощается и третье состояние еще более усугубляется [26].

В отличие от патологических раздражителей (стрессоров), которые могут привести к истощению адаптивных резервов и гибели организма, реакция на *физиологические стрессовые раздражения*, хотя и требует напряжения и обязательных энергетических затрат, но формирует в конечном итоге реакцию адаптации, сопровождающуюся морфо-

физиологическими преобразованиями организма, в результате которых повышаются структурно-энергетические (рабочие возможности) и его общая неспецифическая резистентность [27].

Во все возрастные периоды лишь те виды раздражений вызывают реакции типа физиологического стресса, которые возникают по эндогенным поводам (потребность) и тем самым позволяют организму осуществлять разнообразные контракты с внешней для него средой.

Такая адаптивная реакция характеризуется трехфазностью течения: первая фаза – *анаболическая*, организм при этом как бы мобилизует дополнительные энергетические резервы, прежде чем перейти к ответу во второй фазе; вторая фаза – *катаболическая* – характеризуется переходом на новый, более высокий уровень энергетических затрат, во время которой уже по ходу деятельности начинается индукция постепенного избыточного накопления энергетических резервов, которое особенно выражено в третью фазу – *избыточно-анаболическую*.

Сама адаптация может сопровождаться в зависимости от вида и характеристик раздражителя различной степенью стимуляции функциональных систем от явлений активизации до истощения [14].

Современные исследования позволяют считать содержанием долговременной адаптации триаду, единство трех явлений и процессов – стресса (или общего адаптационного синдрома), памяти и доминанты [28].

Процесс адаптации развивается по четырем стадиям:

1) гиперфункция функциональных систем организма, сдвиг гомеостаза и появление стресс-синдрома;

2) формирование системного структурного следа за счет активации синтеза нуклеиновых кислот и белков в клетках системы, ответственной за данное направление адаптации;

3) завершение долговременной адаптации, когда в новых условиях взаимоотношений систем организма и новых уровней их функционирования стресс-синдром исчезает и можно говорить о достаточно совершенном приспособлении организма к новым условиям и факторам среды;

4) износ и истощение функциональных систем. Эта стадия развивается лишь при чрезмерном напряжении механизмов регуляции процесса адаптации [29].

У новорожденного нет жестких механизмов регуляции приспособительных реакций, благодаря чему диапазон адаптации оказывается достаточно широким, что позволяет ему выживать в довольно больших границах изменений условий жизнедеятельности.

Приспособительные возможности организма определяются суммой того, что получено по наследству, и того, что добавлено к этому нашим образом жизни. Учитывая, что расходование адаптационной энергии может совершаться с различной скоростью, можно предположить определенную связь между нормальной старостью и преждевременным старе-

нием, особенно при чрезвычайных стрессорных (реакциях) ситуациях, вызванных чрезмерными раздражителями. Вместе с тем, исследования последних лет показали, что умеренные стрессорные воздействия благоприятны для организма – они постепенно повышают его устойчивость [27].

Природа человека и его психофизиологические свойства, формировавшиеся в течение многих веков, не могут изменяться с такой же быстротой и такими же темпами, как технологические условия производства, техника, природа и социальные отношения. Несовпадение между этими процессами ведет к возникновению сложных и противоречивых взаимоотношений между биологической природой человека и окружающей его средой.

В настоящее время значительное внимание уделяется вопросам *социальной адаптации*, необходимости приспособления потребностей организма к производственным и бытовым условиям, и незаслуженно меньше – *роли индивидуальных приспособительных возможностей человека* в повышении своей жизнеспособности, биологической надежности организма.

Психоэмоциональная напряженность на фоне снижения двигательной активности и нерационального питания в сочетании с вредными привычками усилили дисбаланс во взаимоотношениях человека с природой.

Отсутствует физиологически обоснованная гигиена и система физического воспитания в зависимости от специфических возрастных особенностей человека в целом, и тем более для каждого индивида в отдельности в зависимости от степени его физиологической зрелости или незрелости.

Урбанизация, рост темпа жизни, интенсификация психической деятельности в результате «информационного взрыва», увеличение эмоциональных нагрузок, монотонность, социальная изоляция, неумение регулировать напряжение и расслабление организма поднимают вопрос о восстановлении связей человека с природой. Загрязнение окружающей среды (воздух, вода, пища) требует от организма постоянных усилий по приспособлению к повреждающим воздействиям. Социально-бытовая обстановка, особенно в нашей стране, создает длительный, постоянный психоэмоциональный стресс у подавляющего большинства людей. Все это отражается на состоянии здоровья населения: ведет к росту заболеваемости, к снижению приспособляемости человека к окружающим условиям и, в конечном итоге, к снижению выживаемости человека как биологического вида.

Без ясных теоретических представлений о роли социальных и биологических факторов в механизме формирования и сохранения здоровья в жизни конкретного человека невозможно говорить о практическом использовании учения о здоровье.

Основная цель заключается в том, чтобы, исходя из развития научных представлений в сфере биологии, психологии и медицины по таким фундаментальным вопросам как «адаптация», «онтогенез» и

«конституция», выявить особенности формирования приспособительных реакций и возможностей человека в различных социально-экологических условиях с учетом возрастных и индивидуально-типологических особенностей организма.

Основой современных представлений о здоровье является учение об адаптации, критических периодах индивидуального развития, теории гомеостаза, теории функциональных систем, представления кибернетики о системах управления в биологических и социальных объектах.

Четверть века назад А. П. Авцын [30] предложил термин «цена адаптации», который по существу отражает результат взаимодействия организма с окружающей средой с точки зрения теории адаптации. Если «цена адаптации» слишком высока и превышает функциональные резервы организма, то возникает дезадаптация, или срыв адаптации, или, по представлениям традиционной медицины, возникает болезнь.

Очевидно, что любая адаптация, даже устойчивая, имеет для организма свою «цену», которая может проявляться при чрезмерных значениях возмущающего фактора:

- в прямом изнашивании функциональных систем, на которые в процессе адаптации падает наибольшая нагрузка;

- в явлениях отрицательной перекрестной адаптации, выражающихся в нарушениях в других функциональных системах, непосредственно не связанных с данной нагрузкой (снижение иммунных свойств организма у спортсменов, особенно специализирующихся в видах спорта, связанных с выносливостью).

По нашему мнению, само понятие адаптации следует считать центральным в проблеме здоровья. Не случайна, поэтому, и та связь, которую многие авторы видят между этими двумя понятиями, в связи с чем переход здоровья к болезни можно рассматривать как *процесс постепенного снижения способности организма приспособляться к изменениям социальной и производственной среды, окружающих условий, что ведет в итоге к снижению общественных, социальных и трудовых функций*.

На действие разнообразных факторов различной силы и длительности в организме развиваются несколько типов неспецифических адаптационных реакций: *тренировки* – на слабые воздействия; *активации*, в том числе повышенной, на воздействия средней интенсивности; *стресс-реакция* по Г. Селье – на сильные раздражители.

*Стресс-реакции* (перенапряженность или срыв адаптации, возникающие на сильные и чрезвычайные воздействия неблагоприятных факторов) вызывают патологические изменения, выходящие за пределы физиологической нормы.

*Четвертым принципом* здоровья является понимание того, что жизнь представлена не двумя терминальными состояниями – дихотомией: болен – здоров, а неким *континуумом состояний, погранич-*

ных между здоровьем и нездоровьем [2]. Континуум переходных состояний в современной отечественной литературе сворачивается в понятие «третье», «донозологическое», «преморбидное» состояние, состояние предболезни [22]. Исследование специфики этих состояний, характеризующихся снижением функциональных резервов (адаптационных возможностей) является одним из принципиальных в современных здоровьесберегающих подходах, отличающихся от традиционных.

Отчетливая связь между «третьим» состоянием и снижением компенсаторных возможностей организма, выявляемая на функциональном и биохимическом уровнях, оказывает влияние на формирование психофизиологического статуса, предрасполагающего к систематическому употреблению алкоголя, курению, антигигиеническому образу жизни, внося существенные негативные коррективы в жизненные и профессиональные ценностные ориентации личности.

Приоритетным разделом программы охраны здоровья людей является научное обоснование предлагаемых индикаторов здоровья, которые должны быть использованы при стратификации здоровья человека и могут явиться эффективным инструментом оценки «факторов риска» и регулирования мер охраны здоровья с учетом знаний фундаментальных законов приспособления человека к условиям обитания.

Социально-значимыми, количественно измеряемыми (индикаторными) критериями, отражающими состояние здоровья населения и отдельных его групп, являются *медико-демографические показатели* (рождаемость, смертность, младенческая смертность, недожитие, репродуктивное здоровье, здоровье потомства и др.), заболеваемость (общая, с временной утратой работоспособности, распространенность хронических заболеваний по всем классам болезней, индекс здоровья, стойкая потеря трудоспособности (инвалидность), обращаемость за скорой медицинской помощью).

Общепринятыми критериями здоровья человека являются показатели функционального состояния основных систем организма: психической сферы, нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой, иммунной, костно-мышечной систем, кожи, органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы.

Для оценки здоровья обследуемых используют клинический и биохимический анализы крови, мочи, показатели биомониторинга, результаты медицинских осмотров, медико-статистические данные и т. д. Отрабатываются генетические критерии повышенной чувствительности или резистентности организма к неблагоприятным факторам различной природы.

Г. Л. Апанасенко [22] предложил оценку «количества здоровья» по прямым показателям, энергопотенциалу биосистемы организма человека. В качестве альтернативного подхода, раскрывающего понятие «здоровье» с точки зрения уровня функциональ-

ной адаптации организма, используется метод оценки адаптационного потенциала [22].

Набор методов изучения всех составляющих здоровья людей и причин его нарушения необходимо, с одной стороны, унифицировать с целью проведения сравнительной оценки при стратификации различных когорт населения; а с другой стороны, следует постоянно дополнять его новыми чувствительными методами с целью максимального совершенствования выявления возможных отклонений здоровья в исследуемых коллективах, а также разработки мероприятий по его сохранению [31].

В основу определения состояния здоровья населения должны быть положены преимущественно неинвазивные методы диагностики, включая чувствительные автоматизированные, анкетирование и другие методики определения, как интегральных показателей состояния здоровья, так и специфических критериев его потери при действии конкретных факторов, а потому необходимо разработать единую информационно-аналитическую систему базы данных Регистра здоровья населения, фильтрации, систематизации, обработки информации с использованием современных математикостатистических методов, формирование справочных материалов с целью оценки риска и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия исследуемых контингентов населения с учетом совокупности внешних факторов, социальных и бытовых условий, предрасположенности к различным заболеваниям.

Ранжирование по классам состояния здоровья позволяет оперативно оценивать структуру его изменения в наблюдаемых группах и *может применяться для принятия управленческих решений, в том числе, разработки мероприятий по созданию окружающей среды и улучшению состояния здоровья различных возрастных контингентов населения.*

Особое внимание важно обратить на то, что здоровье человека отражает одну из наиболее чувствительных сторон жизни общества и тесно переплетается с фундаментальным правом на физическое, духовное, социальное благополучие при максимальной продолжительности его активной жизни. ***Здоровье – это комплексное и вместе с тем целостное, многомерное динамическое состояние, развивающееся в процессе реализации генетического потенциала в условиях конкретной социальной и экологической среды и позволяющее человеку в различной степени осуществлять его биологические и социальные функции*** [6].

Здоровье человека является одним из интегральных показателей, который определяется комплексом социальных, психолого-педагогических и медико-биологических характеристик и включает целостную систему различных воздействий, таких как окружающая среда, образ жизни, биологические факторы и организация медицинской помощи.

Если учесть, что здоровье населения на 50 % определяется образом жизни, на 20 % – экологией,

на 20 % – наследственностью (которая, в свою очередь, зависит от образа жизни и экологии) и только на 10 % медициной и другими факторами (данные ВОЗ), то можно понять, что основное внимание в политике государства и общества должны занимать те ключевые факторы, которые могут привести к сохранению, формированию и укреплению здоровья.

Право на жизнь, на охрану здоровья и медицинскую помощь предусмотрено новой Конституцией Российской Федерации. К сожалению, в нашей стране это право остается, по существу, нереализованным. Даже во времена существования СССР, когда официально декларировалась бесплатная, квалифицированная помощь, она по сути дела была разделена на привилегированную и общую с огромной разницей в уровнях материального обеспечения и в лечебно-диагностических условиях. Еще трагичнее стало положение нашего здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике. Государство не располагает средствами для полноценного содержания больничной сети, развития медицинской науки. Формируется новая элитарная медицина, которая не по карману большинству населения России.

Социально-экономические аспекты оценок свидетельствуют о недостаточной заботе со стороны государства о здоровье населения. Прямым доказательством этого являются низкие цифры расходов на здравоохранение, физическую культуру, рост платы за содержание детей в детских учреждениях, снижение качества питания, дороговизна лекарств, медицинской помощи, ограничение возможностей больниц в оказании помощи новорожденным, хроническим больным, хирургическим пациентам.

Если не принять экстренных мер, не признать здоровье человека приоритетным направлением деятельности государства, то может сложиться положение, что все остальные актуальные аспекты жизни нашего общества вскоре не будут никого волновать в силу физической деградации нации.

Разрабатываемые до настоящего времени концепции под условным названием «Здоровье населения России», как правило, отражают узковедомственный медико-гигиенический подход, поскольку основной акцент делается на лечении болезней и в некоторой степени на обеспечении санитарных норм.

Становится очевидным, что усилиями только медиков, ориентированными лишь на лечение, не удастся справиться с обвалом патологий, обрушившимися на нынешнее поколение – необходимы другие принципиально новые подходы (при сохранении всего лучшего, что накоплено в стране в области предупреждения и лечения заболеваний). Повидимому, это новое должно проистекать из необходимости приобщить самого человека к заботе о собственном здоровье, сделать его заинтересованным и активно борющимся за него.

Как справедливо указывал [5] «в формировании здоровья населения важное место принадлежит по-

веденческим факторам: режиму труда и отдыха, взаимоотношениям в семье и на производстве и т. д., а также условиям жизни и образу жизни. Функциональной же структурой понятия «образ жизни» являются такие аспекты как трудовая, социальная, интеллектуальная (психологическая установка, характер умственной деятельности), физическая и медицинская активность». Нетрудно видеть, что автор в проблеме здоровья прежде всего выделяет социальные и личностные посылки и лишь в последнюю очередь – медицинские.

Другими словами, здоровье человека является одним из интегральных показателей преобразований, происходящих в обществе, и определяется комплексом социально-психологических, медико-генетических характеристик: *физического здоровья, психофизиологического уровня жизни. Формирование здорового образа жизни, рост благосостояния, развитие «индустрии» здоровья способствуют росту здоровья нации.*

Решение вопросов здоровья на государственном уровне требует учета целого ряда проблем, к которым относятся:

1) *правовые*: разработка законодательных и нормативных подзаконных актов, подтверждающих право граждан России на здоровье и реализующих механизмы его реализации через все государственные, хозяйственные социальные институты от федерального до муниципального предприятий, учреждений и самих граждан;

2) *социально-экономические*, обуславливающие виды, формы участия и ответственность различных звеньев социально-экономических структур в формировании, сохранении и укреплении здоровья своих членов финансирование такой работы и обеспечение нормативных условий для профессиональной деятельности;

3) *воспитательно-образовательные*, обеспечивающие формирование жизненного приоритета здоровья, воспитание мотивации на здоровый образ жизни и обучение методам, средствам и способам достижения здоровья, умению вести пропагандистскую работу по здоровью и здоровому образу жизни;

4) *семейные*, связанные с созданием условий для здорового образа жизни в семье и ориентацией каждого из ее членов на здоровье, на формирование в семье здорового образа жизни;

5) *медицинские*, направленные на диагностику состояния здоровья, разработку рекомендаций по здоровому образу жизни, эффективную первичную, вторичную, третичную профилактику;

6) *культурологические*, связанные с формированием культуры здоровья, организацией досуга населения, популяризацией вопросов здоровья и здорового образа жизни, этнических, общинных, национальных, религиозных идей, традиций, обрядов обеспечения здоровья и т. д.;

7) *юридические*, обеспечивающие социальную безопасность, защищенность личности от преступ-



ления и угроз, преступлений, грозящих жизни и здоровью граждан;

8) *экологические*, обуславливающие адекватное для здорового образа жизни состояние окружающей среды и рациональное природопользование;

9) *личностные*, ориентирующие каждого конкретного человека на формирование, сохранение и укрепление своего здоровья и устанавливающие ответственность личности за свое здоровье.

Таким образом, необходимость формирования духовного, нравственного, психического и физического здоровья является тем звеном, где переплетаются интересы системы образования, семьи, государства и общества в целом. Совершенно необоснованно разрывать обучающую, оздоровительную, воспитательную и развивающую сферы деятельности в образовательных учреждениях различного типа, вида, различной ведомственной принадлежности, поскольку *только при сочетании медико-биологических и психолого-педагогических подходов возможно не только осуществлять профилактику заболеваний, включая обязательное просвещение населения, но и формировать устойчивую мотивацию на потребность в здоровье, имея в виду не чисто телесное (соматическое) здоровье, а в целом его психосоматические аспекты, включая духовное и нравственное здоровье личности, его адаптивно-ресурсные возможности.*

### Литература

1. Агаджанян, Н. А. Человек и биосфера / Н. А. Агаджанян. – М.: Знание, 1987. – 98 с.
2. Баевский, Р. М. Измерьте ваше здоровье / Р. М. Баевский, С. Г. Гуров. – М.: Советская Россия. – 1988. – с. 49.
3. Апанасенко, Г. Л. Медицинская валеология / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. – 248 с.
4. Фролов, В. А. Краткая медицинская энциклопедия. Библиотека природы: 2-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1989. – Т. 3. – 608 с.
5. Лисицын, Ю. П. Здоровье человека – социальная ценность / Ю. П. Лисицын, А. В. Сахно. – М.: Мысль, 1989. – С. 107 – 113.
6. Казначеев, В. П. Адаптация и конституция человека. Валеология. Словарь терминов: уч. пособие / Г. А. Кураев, В. Б. Войнов. – Ростов-на-Дону: ООО ЦВВР, 2000. – 176 с.
7. Кураев, Г. А. Валеологическая система сохранения здоровья населения России / Г. А. Кураев, С. К. Сергеев, Ю. В. Шленов // Валеология. – 1996. – № 1. – С. 7–14.
8. Лесгафт, П. Ф. Семейное воспитание ребенка и его значение / П. Ф. Лесгафт. – М.: Педагогика, 1991. – 176 с.
9. Петленко, В. П. Этюды валеологии: здоровье как человеческая ценность / В. П. Петленко, Д. Н. Давиденко. – СПб.: Балтийской педагогической академии, 1998. – 120 с.
10. Никифоров, Г. С. Психология здоровья / Г. С. Никифоров. – СПб.: Речь, 2002. – 256 с.
11. Сергиенко, Е. А. Фундаментальные исследования по психологии развития в Институте психологии РАН и их значение для здоровья и образования детей / Е. А. Сергиенко, Н. В. Тарабрина // Психологический журнал. – 2007. – Т. 28. – № 4. – С. 35 – 44.
12. Кураев, Г. А. Валеология. Словарь терминов: уч. пособие / Г. А. Кураев, В. Б. Войнов. – Ростов-на-Дону: ООО ЦВВР, 2000. – 176 с.
13. Бондин, В. И. Педагогические основы физкультурно-оздоровительных систем / В. И. Бондин: дис. ... д-ра пед. наук. – М.: Школа, 1994. – С. 101 – 102.
14. Гаркави, Л. Х. Адаптационные реакции и резистентность организма / Л. И. Гаркави, Е. Б. Квакина, Н. А. Уколова. – 3-е изд., доп. – Ростов-на-Дону: Изд-во Ростовского гос. ун-та, 1990. – 224 с.
15. Панкратова, Н. В. Здоровье социальная ценность / Н. В. Панкратова, В. Ф. Попов, Ю. В. Шиленко. – М., 1989. – 236 с.
16. Ананьев, И. Н. Психология здоровья: пути становления новой отрасли человекознания / И. Н. Ананьев; под ред. Г. С. Никифорова // Психология здоровья. – СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского гос. ун-та, 2000. – 504 с.
17. Щедрина, А. Г. Онтогенез и теория здоровья. Методологические аспекты / А. Г. Щедрина. – Новосибирск: Изд-во СО РАМН, 2003. – 164 с.
18. Сандомирский, М. Е. Измененные состояния сознания и физиологическая возрастная регрессия / М. Е. Сандомирский, Л. С. Белгородский // Психотерапия: от теории к практике: мат-лы II Всерос. учебно-практ. конф. по психотерапии, 16 – 21 июня 1997 г. – М.: Изд-во Института психотерапии, 1997. – С. 100 – 104.
19. Казин, Э. М. Проблема сохранения здоровья и развития учащихся в системе образования в условиях ее модернизации / Э. М. Казин, А. И. Федоров, С. И. Петухов // Валеология. – 2002. – № 2. – С. 10 – 15.
20. Казин, Э. М. Роль психофизиологических и социальных факторов в формировании психоэмоционального состояния и биологического возраста педагогов / Э. М. Казин, Н. А. Литвинова, Е. В. Броздовская, Г. В. Ефремова // мат. VII Международной научно-практ. конф. «Валеология: сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку». – Харьков: Харьковский национальный университет, 2009. – С. 15
21. Хруцкий, К. С. Аксиологический подход в современной валеологии / К. С. Хруцкий: дис. ... канд. фил. наук. – Великий Новгород, 2000. – 170 с.
22. Апанасенко, Г. Л. Индивидуальное здоровье: теория и практика / Г. Л. Апанасенко // Валеология. – 2006. – № 1. – С. 5 – 9.

23. Клиорин, А. И. Биологические проблемы учения о конституциях человека / А. И. Клиорин, В. П. Чтецов. – Л.: Наука, 1979. – 164 с.
24. Саркисов, Д. С. Структурные основы адаптации и компенсации нарушенных функций / Д. С. Саркисов. – М.: Медицина, 1997. – 446 с.
25. Медведев, В. И. Устойчивость физиологических и психологических функций человека при действии экстремальных факторов / В. И. Медведев. – Л.: Наука, 1982. – 104 с.
26. Селье, Г. На уровне целого организма / Г. Селье. – М., 1972. – 122 с.
27. Аршавский, И. А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития / И. А. Аршавский. – М.: Наука, 1982. – 270 с.
28. Сержантов, В. Ф. Человек, его природа и смысл бытия / В. Ф. Сержантов. – Л.: Изд-во Ленинградского гос. ун-та, 1990. – 359 с.
29. Меерсон, Ф. З. Адаптация к стрессовым ситуациям и физическим нагрузкам / Ф. З. Меерсон, М. Г. Пшенникова. – М.: Медицина, 1988. – 254 с.
30. Авцын, А. П. Адаптация и дезадаптация с позиций патологии / А. П. Авцын // Клиническая медицина. – 1974. – Т. 52. – С. 3 – 15.
31. Рембовский, В. Р. Медико-гигиенические аспекты оценки здоровья населения / В. Р. Рембовский, Л. А. Могилenkova // Гигиена и санитария. – 2008. – № 2. – С. 46 – 49.