

Отношение к здоровью индивида и общества

И.В. Журавлева, 2006 г.

Курс ПК «Технологии формирования культуры здорового и
безопасного образа жизни в образовательной среде в условиях
реализации ФГОС»

Габер Ирина Владимировна,
заведующая кафедрой охраны здоровья и ОБЖ НИПКиПРО, к.м.н.

История трансформации отношения к здоровью

- Медицина Древней Греции и Древнего Рима – здоровье – это равновесие жизненных сил. Платон:»В организме все подчинено закону, который определяет единство организма и среды, всеобщую гармонию».
- Средневековье – нарушения в здоровье объяснялись греховностью человека, болезнь – наказание за грехи.
- Появление капитализма, рост потребности в здоровой рабочей силе – в Англии (XIX век) создан закон «Охрана народного здоровья». Появление концепции общественного здоровья. С середины XIX века продолжительность жизни в странах Западной Европы начинает расти. Медицина становится всё более доступной населению. Романтизация болезни, немощи, слабости изгоняется из системы культурных ценностей. Ф. Ницше «Быть больным – это преступление».
- Растущий культ здоровья выразился в организации первых после длительного перерыва Олимпийских игр в 1896 году (документально подтверждённое начало – 776 г. до н.э. – запрещены как проявление язычества в 394 н.э.).

История трансформации отношения к здоровью

- В России Ломоносов М.В. (XVIII век) – разработал рекомендации по сохранению и укреплению здоровья крестьян путем распространения культуры, научных и медицинских знаний, осуществления законодательных мер по борьбе с вредными обычаями и предрассудками.
- С.Г. Забелин разработал первую отечественную систему государственных общественных и гигиенических мероприятий, направленных на формирование общественного здоровья. «Слово о вреде, проистекающем от содержания себя в теплоте излишней» и «Слово о правильном воспитании с младенчества» (1773, 1775).
- Г. А. Захарьин (1829 - 1897) писал: «Будущее принадлежит медицине предупредительной, или гигиене в широком смысле слова». Он призывал исследовать не только вредные индивидуальные привычки, обычаи, но и негативные черты образа жизни целых поколений.
- Первая половина XX века в СССР – физкультура и спорт стали массовыми. Выделяются огромные материальные средства на развитие медицины.
- В начале 1960-х годов началось ограничение биомедицинской парадигмы здоровья, появились сомнения в ведущей роли медицины в сохранении здоровья, поскольку сама медицина порождала новые болезни, не была заинтересована в сохранении здоровья здоровых, вызывала ослабление у населения самосохранительного поведения вследствие патерналистского характера медицины (патерналистский подход к жизни отдельного человека индуцирует определенную стратегию жизни, идеология которой постепенно принимает формы социального изживенчества)

История трансформации отношения к здоровью

- Переход от биомедицинской к социальной парадигме здоровья. В публикации английского врача и демографа Т. Маккеона «Роль медицины: мечта, мираж или опасность?» (1979) утверждается, что главными детерминантами здоровья или болезни являются внешние социальные факторы (жилищные условия, качество питания, уровень жизни) и индивидуальное поведение человека.
- Социальная парадигма обеспечивает связь качества здоровья населения с типом общественного устройства. Общество и человек – взаимообусловлены. Здоровье человека и населения рассматривается как один из видов социального норматива.
- В середине XX века в СССР отношение к общественному и индивидуальному здоровью определялось структурой заболеваемости населения, плохими материально-бытовыми и производственными условиями, низким уровнем гигиенической культуры. Была организована активная санитарная пропаганда, доступная и малограмотным людям: наглядная агитация (стенды, плакаты), лекции, листовки, брошюры, газеты, фильмы.

История трансформации отношения к здоровью

- Это привело к росту санитарно-гигиенической культуры населения, сокращению заболеваемости инфекционными болезнями. Выросла средняя продолжительность жизни.
- Первые места в структуре заболеваемости и смертности заняли неинфекционные хронические заболевания: сердечно-сосудистые, онкологические, травматизм и несчастные случаи.
- Это требовало изменения стратегии здравоохранения – переориентации на профилактику, поиск факторов риска хронических заболеваний, формирование ЗОЖ.
- В это время В СССР началось снижение финансирования здравоохранения, а на Западе доля затрат на здравоохранение была увеличена в 2 – 3 раза, причем больше средств тратилось на профилактику и пропаганду ЗОЖ.
- В России стало традиционным финансирование охраны здоровья по остаточному принципу, в этом проявлялось пренебрежение ценностью как общественного, так и индивидуального здоровья. Фактически объектом социальной политики и здравоохранения стали массовые заболевания и люди, подверженные им. Здоровый человек оказался вне зоны внимания здравоохранения.
- И хотя польза ЗОЖ продолжала пропагандироваться, материальная обеспеченность и жизненные обстоятельства большинства населения не соответствовали нормативным требованиям ЗОЖ, не способствовали адекватному восприятию этих лозунгов и их практической реализации.
- Бесплатное, доступное медицинское обслуживание укрепляло представления населения о том, что забота о здоровье лежит всецело на здравоохранении, и ограничивало его собственную активность в этом направлении.

История трансформации отношения к здоровью

- Переход общества от стагнации к динамичным переменам вызвал необходимость в кардинальных изменениях жизненных стратегий людей, в том числе в сфере здоровья.
- Перестройка и реформирование во всех сферах социально-экономической жизни происходили на фоне постоянного психо-эмоционального напряжения людей, ухудшения экологии, качества питания, бытовых условий жизни, что отразилось на показателях заболеваемости хроническими болезнями.
- Наряду с этим началась реставрация эпидемиологической структуры заболеваемости: возвращение побеждённых ранее инфекционных заболеваний – активного туберкулёза, сифилиса, чесотки, дифтерии.
- Рыночные отношения существенно ухудшили материально-бытовые условия жизни большей части населения России, а увеличение доли платных услуг в системе здравоохранения привело к росту неравенства в этой сфере.
- Ценность индивидуального здоровья в этой социально-экономической ситуации постоянно растёт, но лишь как инструментальная ценность – как средство достижения жизненных благ (престижной работы, материального благополучия и т. д.) При этом если работники частного сектора имеют материальные возможности (при дефиците времени) и сформированную потребность в заботе о здоровье, то работники государственных бюджетных организаций не имеют ни средств, ни возможности для цивилизованного поддержания здоровья. Их задача – выжить, адаптироваться к происходящим переменам и дожидаться изменения социальной политики государства в отношении здоровья населения.

История трансформации отношения к здоровью

- Наиболее пострадавшей группой населения в связи с отношением к здоровью являются дети и подростки (до 19 лет), доля которых в численности населения в 2004 году составляла 24,4% (в 2010 году - 18,3%).
- Тенденции ухудшения их здоровья в последние 20 лет наиболее негативны по сравнению с другими возрастными группами населения, что скажется в их взрослой жизни. Тем не менее эти факты не являются причиной для кардинальных изменений в области образования детей и подростков в сфере здоровья, формирования у них соответствующих ценностей, потребностей и позитивного самосохранительного поведения. Ситуация осложняется резко уменьшившимися в годы реформ бесплатных физкультурных и досуговых детских учреждений.

История трансформации отношения к здоровью

- Новым направлением в современных условиях является восприятие здоровья и отношения к нему как к мере человеческих возможностей.
- «Когда мы пытаемся описать опыт здоровья, – пишет современный феноменолог Д. Ледер, – нас поражает то, как мало мы обычно фокусируемся на нем. Быть здоровым – значит быть свободным от некоторых ограничений и проблем, побуждающих к саморефлексии». Известно, что ощущение здоровья бывает наиболее ярким после перенесенного заболевания или после спортивной тренировки. Но это ощущение рано или поздно проходит, и здоровье вновь обретает свой статус «великого отверженного» (Д. Ледер). Опыт болезни дает возможность человеку осознать, что нездоровье, помимо неприятных ощущений, – это еще и ограничение возможностей, связанных как с физическими, телесными, так и с психическими сторонами жизни.
- Опыт болезни даёт возможность человеку осознать, что нездоровье, помимо неприятных ощущений, это ещё и ограничение возможностей, связанных как с физическими, телесными, так и с психическими сторонами жизни.
- В 2006 году социолог И.В. Журавлёва писала:
- «Сегодня отношение к здоровью на индивидуальном уровне не является объектом сознательного формирования, а представляет собой стихийный процесс.
- Отношение к общественному здоровью характеризуется отсутствием государственной идеологии здоровья при доминировании интересов больных людей и вниманием к болезням, а не здоровью.»

Изучение отношения к здоровью

- Теоретические парадигмы изучения поведения, связанного со здоровьем:
- 1. **Структурный функционализм.** Медицина обеспечивает социальный контроль за поведением индивида, который должен быть здоровым, а в случае заболевания – стремиться к выздоровлению с целью участия в общественно-экономической деятельности общества. Врач выполняет роль социального контроля. Больной выполняет пассивную роль, не несет ответственности за своё состояние, но должен стремиться к скорейшему выздоровлению. Болезнь рассматривается как форма девиантного поведения. Отсутствует объяснение развития хронической патологии.
- 2. **Символический интеракционизм.** Поведение группы рассматривается не с точки зрения составляющих её отдельных индивидов, а из их сложной групповой активности, в рамках которой анализируется поведение каждого отдельного индивида. *«Поведение индивида определяется в основном тремя переменными: структурой личности, ролью и референтной группой».* В рамках этой теории человек выступает субъектом собственной жизни, он активно действует при взаимодействии с социальной средой, а не реагирует.
- 3. **Теория конфликта.** Объясняет развитие человека через столкновение интересов различных социально-экономических групп и классов и подвергает сомнению важность активной роли медицины для стабильности общества. Медицина в современном обществе контролирует сферы здоровья и болезни (а также профессиональные сферы, имеющие отношение к здоровью), ведет к медиализации сознания. Вмешательство государства в здравоохранение обусловливается необходимостью насаждать взгляды о решающей роли индивида в возникновении заболеваний и нивелировать урон, который наносит здоровью людей капиталистическая система с присущим ей социальным неравенством, в том числе в сфере здоровья. В рамках теории конфликта развиваются исследования в области социологии здоровья и формирующих здоровье социальных институтов.
- 4. **Постструктурализм.** Сторонники этой парадигмы считают, что тело, природа – конструируемые понятия, а болезнь – продукт человеческой когнитивной деятельности. Медицинское знание социально конструируемо, поскольку оно базируется не на восприятии отдельной болезни, а на обобщенной информации, которая исторически, географически и социально обусловлена.
- 5. **Постмодернизм.** Объясняет поведение индивида как воспроизведение социально-культурных правил, «стилей жизни» разных социальных групп. Отношение к здоровью определяется принадлежностью к определенному классу, стилю жизни.

Таким образом, интересы исследователей смещаются с анализа роли больного, роли врача и значения медицины к рассмотрению роли здорового индивида, его тела и факторов, способствующих формированию здоровья. Здоровье и процесс его формирования становится одной из основных ценностей современной цивилизации.

Поведенческий фактор в концепциях изучения здоровья

- Проблема: вопреки логике и здравому смыслу, человек, знающий, что нужно делать для улучшения своего здоровья, каким образом изменить поведение, в большинстве случаев не делает этого.
- Задача ученых – разработать такую теорию здоровья, на основе которой были бы созданы механизмы, позволяющие воздействовать на поведение индивида несмотря на указанные стереотипы поведения.

Поведенческий фактор в концепциях изучения здоровья

- **Поведение, связанное со здоровьем** (health behavior, С. Касл, С Кобб, 1966) – активность личности, направленная на сохранение, предупреждение болезни или выявление болезни при отсутствии СИМПТОМОВ.
- **Поведение, связанное с болезнью** (illness behavior) – любая активность человека, считающего себя больным, направленная на поиск пригодных для лечения средств и достижение выздоровления.

Поведенческий фактор в концепциях изучения здоровья

Поведенческий фактор в концепциях изучения здоровья

Превентивное (предупреждающее)	Протективное (защитное)
Оптимальная физическая активность, соблюдение режима сна, отдыха, питания, отказ от курения, ограничение употребления алкоголя, использование ремней безопасности в автомобиле, соблюдение правил техники безопасности на работе, иммунизация в целях профилактики инфекц. заболеваний, профилактические медицинские осмотры	Прием витаминов, пищевых добавок, лекарств с целью предупреждения возникновения заболеваний, использование бани/сауны, различных традиционных (голодание, очищение организма и т.д.) и нетрадиционных (су-джок, гирудотерапия, аюрведа, гомеопатия, биорезонасная терапия и т.д.) методов заботы о здоровье, вплоть до молитвы.

Подходы к формированию поведения, связанного со здоровьем

- Исследование причин вредного для здоровья поведения и выработка стратегий по его изменению.
- Теоретические модели изменения вредного для здоровья поведения:
 1. Модель убеждения в пользе здоровья (Health – Belief – Model).
 2. Модель параллельных реакций.
 3. Модель стадий самоизменения поведения.
 4. Теория обоснованных действий.

Подходы к формированию поведения, связанного со здоровьем

1. **Модель убеждения в пользе здоровья** (Health – Belief – Model). Использует психологический подход «затраты-выгоды». Изменение поведения рассматривается как следование мотивам, которые становятся главными и воспринимаются как приносящие «выгоду» в ситуациях, когда человек стоит перед выбором из конфликтующих мотивов.
2. **Модель параллельных реакций**. Информация проходит по двум параллельным путям. Первый путь – создание представлений об угрозе болезни и плана её преодоления. Другой путь – создание эмоциональной реакции и схемы её нивелирования.
3. **Модель стадий самоизменения поведения**. Дистресс рассматривается как фактор поддержания различных форм аддиктивного поведения. Большинство людей в ситуации дистресса не обращаются за помощью к профессионалам, а пытаются сами справиться с проблемой. Обычно используется два пути: 1) применение препаратов (алкоголь, никотин, лекарства и т.д.) и специальная диета (изменение веса); 2) контроль за межличностным взаимодействием – отвержение людей, создающих проблемы, и общение с теми, кто помогает их решить.
4. **Теория обоснованных действий**. Поведение определяется установкой и субъективной нормой. Установка – это собственные мнения индивида о возможных последствиях поведения и оценка – позитивная или негативная – результатов такого поведения. Субъективная норма – это мнение о возможной реакции других людей на подобное поведение и личностная мотивация соответствия таким ожиданиям.

Все эти модели исходят из **теории социальной мотивации и когнитивно-бихевиорального подхода**. Основаны на установках, убеждениях и предположении, что по каждому виду поведения, связанного со здоровьем, может быть получено соотношение «затрат» и «выгод».

Подходы к формированию поведения, связанного со здоровьем

1.Ценностно-мотивационный подход к изучению здоровья. В 80-х годах началось исследование самосохранительного поведения населения.

Самосохранительное поведение – система действий и установок личности, направленных на сохранение здоровья и продление жизни. Базируется на представлении о первичной потребности в самосохранении, а также на органических потребностях (в сне, пище, воде и т.п.), психофизиологических (в безопасности существования, сохранении организма), психологических (благополучии, самоуважении), социальных (в образовании, статусе, творчестве, самореализации и т.п.), потребности в здоровье и продолжительном (по числу лет) существовании.

Активно разрабатываются категории «образ жизни», «уровень жизни», «качество жизни», «здоровый образ жизни» как характеристики сферы жизнедеятельности и системы факторов, обуславливающих здоровье.

Исследования показали, что чем более низким социально-экономическим статусом обладают люди, тем в меньшей степени они могут контролировать свою жизнь и состояние здоровья в том числе.

Подходы к формированию поведения, связанного со здоровьем

Несмотря на все усилия до сих пор не удалось найти какую-либо легко идентифицируемую позитивную ориентацию на здоровье, которая могла бы выступать в качестве основы для стимуляции усилий по поддержанию здоровья и избеганию риска.

Отсутствие такой общей ориентации связано с тем, что большинство видов поведения, важных с точки зрения влияния на здоровье, вызвано мотивами, которые не связаны непосредственно со здоровьем. Оказалось, что поведение в сфере здоровья, как результат определенной общепринятой каждодневной деятельности, не требует осознанной мотивации и приложения особых усилий. Так, поведение является в большей степени следствием воздействия культуры и социальной структуры общества, а не личностных мотивов и убеждений.

Схемы поведения, зависящие от сознательной мотивации, оказываются менее устойчивыми, чем те, которые являются естественным итогом воздействия социальных норм и традиций.

Подтверждением этого служат изменения, произошедшие в последние десятилетия в разных странах в связи с усилением внимания к здоровью населения.

Например, запреты на курение в общественных местах, массовое увлечение оздоровительным бегом и т.п. оказывают на население большее воздействие, чем любая профилактическая программа, направленная на изменение индивидуального поведения.

Здоровье – социальный феномен, продукт общественного развития, связанный с определенным историческим периодом времени и его социальными и культурными условиями.

«Отношение к здоровью» как социологическое понятие

Отношение к здоровью (на уровне индивида) – сложившаяся на основе имеющихся у индивида знаний оценка собственного здоровья, осознание его значения, а также действия, направленные на изменение состояния здоровья.

Отношение к здоровью (на уровне общества) – система мнений и социальных норм, существующих в обществе по поводу здоровья и выраженных в действиях на различных уровнях управления.

Структура понятия «отношение к здоровью»

1. Оценка состояния здоровья
2. Отношение к здоровью как к одной из жизненных ценностей
3. Деятельность по сохранению здоровья.
 - 3.1. Сохранение здоровья (предупреждение и лечение болезней)
 - 3.2. Совершенствование здоровья (развитие биологических и психологических характеристик, обеспечивающих высокую адаптацию к меняющейся внешней среде). Решает два типа задач:
 - 3.2.1. Поиск резервов здоровья, повышение устойчивости природных задатков человека.
 - 3.2.2. Изменение психофизиологических возможностей человека, в том числе с привлечением достижений науки.

Классификация понятия «отношение к здоровью»

По субъектам: отношение общества к здоровью, отношение группы к здоровью, отношение индивида к здоровью.

По степени активности: активное и пассивное отношение к здоровью.

По формам проявления: - позитивное, нейтральное, негативное.

По степени адекватности принципам ЗОЖ: самосохранительное (адекватное) и саморазрушительное (неадекватное).

Показатели

«отношения к здоровью»

Отношение к здоровью индивида	Отношение к здоровью на уровне общества	Отношение к здоровью на уровне группы (семьи, трудового или учебного коллектива)
1. Самооценка индивидом собственного состояния здоровья	1. Оценка состояния здоровья населения и тенденций его изменений	1. Оценка состояния здоровья группы и отдельных её членов
2. Отношение к здоровью как к жизненной ценности, 3. Удовлетворенность состоянием своего здоровья.	2. Система социальных норм в отношении общественной ценности здоровья	2. Сложившиеся социальные нормы отношения к здоровью
4. Деятельность по сохранению здоровья	3. Социальная политика в сфере общественного здоровья	3. Реальные действия по улучшению состояния здоровья членов группы.

Показатели

«отношения к здоровью»

Негативные показатели	Позитивные показатели
Заболеваемость, инвалидность, смертность и т.д.	Поступки индивида, ведущего здоровый образ жизни; доля в популяции здоровых лиц, государственные меры по развитию физической культуры, введение в школьную программу предмета «Здоровье» и т.п.

Объективные	Субъективные
Объективная оценка здоровья индивида (группы, населения через показатели заболеваемости, морфофункциональные, психофизиологические показатели и т.д.	Структура мотивов деятельности в сфере здоровья: ориентация на хорошее здоровье как самоцель (фундаментальная ценность), на здоровье как средство успешной работы, карьеры, достижения какой-либо цели (инструментальная ценность). Структура мотивации в сфере здоровья складывается в течение всей жизни человека и отражает особенности его социализации. Именно особенности структуры мотивационной сферы являются основным определителем (предиктором) адекватного или неадекватного отношения человека к здоровью.

Показатели отношения к здоровью индивида

1. Самооценка индивидом собственного состояния здоровья	Самооценка здоровья – ключевой показатель отношения к здоровью, регулирует поведение человека. Чем хуже самооценка здоровья, тем большее значение люди (особенно мужчины) придают фактору «условия жизни» и меньшее фактору «усилия человека». Когда здоровье мужчин становится плохим, тогда они вспоминают о роли собственных усилий.
2. Отношение к здоровью как к жизненной ценности,	Специфика ценности здоровья в её латентности – большинство людей осознают ценность здоровья только тогда, когда оно находится под угрозой. Для здорового человека здоровье – это возможность полноценной жизни (инструментальная ценность). Для пожилого, больного человека здоровье нередко становится главным в жизни (фундаментальная ценность). Если же такого рода ценность характерна для здорового человека, то это свидетельствует о гипертрофированном чувстве самосохранения, не имеющем позитивно-ценностного содержания. К концу 90-х годов «здоровье» заняло первое место в системе ценностей горожан (в 1991 г. уступало ценности «семья» и «дети»). Это обусловлено не ростом культуры здоровья, а новым пониманием значения здоровья в условиях адаптации к новым экономическим требованиям. В коммерческом секторе здоровье признается неотъемлемой характеристикой профессиональной ценности и перспективности личности на рынке труда.
3. Удовлетворенность состоянием своего здоровья.	За период 1991-1999 обнаружено резкое снижение доли лиц, удовлетворенных своей жизнью и здоровьем, в частности. В 1991 г. – 80%, в 1999 г. – 40%. В то же время увеличилась доля лиц, испытывающих чувство одиночества и подверженных стрессовым ситуациям. У них отмечается увеличение распространённости основных неинфекционных заболеваний.
4. Деятельность по сохранению здоровья	Самооценка и ценность здоровья обуславливают самосохранительное поведение индивида: правильное питание, своевременное обращение к врачу, избегание курения, физического переутомления, активный образ жизни, соблюдение режима труда, отдыха и сна. Понимая важность самосохранительного поведения, лишь 10% делают зарядку, 30% ходят в спортзал или бассейн, 32% уделяют внимание оздоровительным диетам, 52% стараются использовать активные формы досуга. Чем лучше здоровье, тем в большей степени среди причин заботы о здоровье важны факторы воспитания и влияния окружающих людей. Люди с хорошим здоровьем обладают им, главным образом, благодаря воспитанию, гигиенической грамотности и информированности. Две причины, препятствующие заботе о здоровье: не хватает силы воли (субъективная причина), нет соответствующих условий (объективная причина). – По этим направлениям следует вести здоровьеформирующую работу.

Показатели отношения к общественному здоровью

1. Оценка состояния здоровья населения и тенденций его изменений	Смертность. Заболеваемость. Продолжительность жизни. Физическое развитие. Комплексные показатели общественного здоровья: стоит задача разработки новых показателей здоровья. Здоровье пока не имеет собственного количественного показателя. Используются преимущественно косвенные показатели, отражающие не здоровье, а болезнь.
2. Система социальных норм в отношении общественной ценности здоровья	Социальные нормы как элемент культуры, передающийся из поколения в поколение, определяют поведение и деятельность индивидов, групп, общностей. Культура служит базой для формирования социальных норм, она же обеспечивает трансляцию этих образований через различные информационные каналы или социальные институты: систему обучения, СМИ, семью и т.д. На государственном уровне ценность здоровья пока низка.
3. Социальная политика в сфере общественного здоровья	До сих пор социальная политика рассматривала человека как объект своей деятельности и не требовала активного отношения к собственному здоровью. Изменившиеся социально-экономические условия поставили индивида и социальные группы перед необходимостью быть включенным в социальную политику в качестве равноправных акторов – партнеров государства. Основной проблемой социальной политики сегодня является фактическое невосприятие здоровья населения в качестве капитала, экономического и социального, хотя на вербальном уровне такое понимание декларируется. Тогда как, по мнению экономистов, именно человеческий капитал, обеспечиваемый за счет инвестиций в образование, воспитание, здравоохранение, является важным фактором экономического роста страны. Одной из самых сложных задач социальной политики в аспекте охраны и укрепления общественного здоровья является формирование потребностей и установок на заботу о здоровье у различных категорий населения. Эта задача предполагает разработку системы воспитания и обучения навыкам здоровья различных групп населения, начиная с первых лет жизни человека. Показано, что неблагоприятные показатели заболеваемости и смертности в России не поддаются корректировке с помощью лечебных мероприятий. Центральная идея – работа со здоровыми детьми с целью выработки у них ценности, знаний и привычек здорового образа жизни. Здоровьеформирующие образовательные воздействия включают в себя спланированное и последовательное обучение здоровому образу жизни учащихся каждой возрастной группы, начиная с детского сада и кончая 11-м классом. Она преподается учителями, подготовленными для преподавания данного предмета; объединяет усилия родителей, сотрудников органов здравоохранения, представителей общественности.

Институциональные субъекты формирования отношений к здоровью

- Формирование отношения к здоровью – сложный социально-психологический процесс, результат взаимодействия значительного числа факторов. Он важен для всех возрастных групп населения, но наибольшую значимость имеет всё же для детей и подростков – перспективной группы населения, открытой, в силу возрастных особенностей, для воспитательного воздействия.
- Состояние здоровья населения и отношение к здоровью формируются под воздействием 5 основных социальных институтов: семьи, школы, здравоохранения, средств массовой информации и государства.

Институты формирования отношений к здоровью: семья

- Семья как непосредственная среда жизни человека обуславливает:
 - 1) наследование индивидом здоровья своих родителей (косвенно – родственников других поколений);
 - 2) изменение здоровья под влиянием материальных условий семьи (жилье, питание, величина дохода и т.д.);
 - 3) формирование здоровья (поддержание определенных традиций, сохранение элементов санитарно-гигиенической культуры, обучение соответствующим навыкам);
 - 4) психологическую защиту от неизбежного стресса, переутомления, перегрузки, сложностей адаптации, то есть сохранение здоровья.
- Наиболее благоприятные условия для здорового самочувствия создает семья, состоящая из родителей и двух детей.
- При хорошем здоровье матери и отца 75-80% и более детей имеют хорошее здоровье и лишь – 1-1,5% - серьезные отклонения в здоровье.
- Наличие у родителей хронических заболеваний провоцирует более небрежное отношение к здоровью детей, снижается медицинская активность родителей.
- Функции семьи в формировании отношения к здоровью очень важны: привить навыки заботы о здоровье, правильно организовать режим труда и отдыха, обеспечить качественным питанием, своевременно обратиться к врачу в случае болезни, позаботиться о гармоничном физическом и психическом развитии ребенка, передать ему определенный набор сведений о своём организме, о вредных для здоровья привычках, о перенесенных заболеваниях, сведения об элементах гигиенической культуры, привить навыки оказания первой помощи и самолечения, то есть обеспечить определенный уровень грамотности в вопросах здоровья.
- В условиях низкой санитарно-гигиенической культуры населения дети в семьях не получают необходимых навыков по заботе о здоровье, родители не формируют у детей чувство ответственности за своё здоровье, не ведут профилактику травматизма, несчастных случаев (первая причина смертности среди подростков), не обучают закалывающим процедурам т.п.
- Значительная часть родителей не осознает важности собственного оздоровительного поведения как образца для подражания.
- Психологический климат в семье. В семьях, где родители оценивают взаимоотношения как хорошие, 74% детей имеют хорошее здоровье, а в семье с конфликтными отношениями супругов – 53%.
- Дефицит общения родителей с детьми. Каждый пятый подросток испытывает чувство одиночества. Зачастую родители не только не могут уделить подростку внимание, но они, подпрессингом проблем с зарабатыванием денег, срывают на детях своё психоэмоциональное напряжение, «разгружаются на детях», освобождаются от стресса, фактически перекладывая его на детей.
- Семья и репродуктивное здоровье подростков. Только 10% подростков отвечают, что первую информацию по вопросам пола они получили от родителей.
- В качестве мер по «спасению» семьи и усилению её роли в формировании здоровья ученые предлагают:
 1. во-первых, повышение образовательного уровня реальных и потенциальных родителей
 2. Во-вторых, проведение широкой просветительской работы, ориентированной на здоровье семьи, посредством СМИ,
 3. в-третьих, изучение и предупреждение наследственных заболеваний путем составления генеалогического древа семьи в его генетическом аспекте;
 4. В-четвертых, создание банка данных о здоровье каждой семьи.

Институты формирования отношений к здоровью: школа

Наиболее существенные для здоровья компоненты школьной жизни:

1. организация учебного процесса;
2. Организация питания,
3. Физическое воспитание;
4. Формирование отношения к здоровью;
5. Психологическая помощь подросткам;
6. Борьба с девиантными формами поведения

Сочетание избыточной умственной и недостаточной физической нагрузки причиняет значительный ущерб здоровью школьников.

Основные проблемы физического воспитания в школе:

- Слабая материальная база для развития физической культуры в школах
- Дефицит учителей физкультуры, который связан с оплатой его труда
- Организация уроков физкультуры и внеклассной работы по физвоспитанию. Отношение к этому предмету в каждой конкретной школе зависит прежде всего от директора, осознания им важности физкультуры для здоровья детей и практических усилий по обеспечению этой работы.
- Незаинтересованность государства в физическом воспитании школьников. Формально государство проявляет заботу о физическом воспитании населения. Всё упирается в средства.
- Формирование отношения к здоровью и тем самым к образу жизни вообще – процесс сложный и трудоемкий. Помимо суммы знаний школьнику необходим положительный пример учителя, который не курит, занимается спортом и реализует в собственной жизни хотя бы часть из того, чему учит. Нужны специальные формы обучения (ролевые игры, тесты, тренинги, дискуссии, специальные упражнения), которые позволили бы построить преподавание науки здоровья на совершенно иных принципах активного соучастия школьника в создании собственного здоровья, в формировании мотивации заботы о здоровье. Только введение здоровьесформирующего образования в качестве обязательного в масштабах общеобразовательной школы способно кардинально изменить ситуацию со здоровьем школьников и отношением к нему.

Институты формирования отношений к здоровью: школа

- Борьба с девиантным поведением – курение, употребление алкоголя, наркотиков и ранний секс. Риск для здоровья, связанный с курением, представляет для подростков лишь потенциальную и весьма отдаленную опасность, которая не осознается сегодня и не сравнима с «положительными», с точки зрения подростков, моментами курения: самоутверждение, снятие напряжения, одобрение сверстников, облегчение общения и т.п. Среди источников информации о вреде курения учителя занимают одно из последних мест (10% ответов). Сисмптоматичен ещё один ответ: не желают знать о вреде и последствиях курения 76% школьников – это результат неудачной пропаганды и неумелого санитарного просвещения.
- Профилактическая работа должна строиться, исходя из концепции курения как процесса общения и адаптации подростков, учитывая, что категорический запрет бесполезен.
- Алкоголизм и наркомания среди детей подростков – это прежде всего социальные проблемы, обусловленные возросшей социальной напряженностью, потерей нравственных ориентиров, усилением в обществе чувства агрессии, конкуренции, зависти, страха. Возникающий психологический дискомфорт, желание уйти от проблем зачастую толкают подростка к девиантному поведению. Подростки не воспринимают угрозы, связанные с наркотиками. Для них гораздо важнее одобрение сверстников, которые говорят, что через «это надо пройти». Появление наркотиков в жизни ребенка – это сигнал о неудавшейся адаптации к требованиям общества, к социально одобряемым ожиданиям окружающих. Задача специалиста разобраться в конкретных причинах и ликвидировать проблемную ситуацию в жизни подростка.
- Профилактическая работа должна быть направлена на укрепление защитных факторов личности: то есть развитие положительной самооценки у подростка, терпимости к взглядам других людей, тренировку умения воспротивится насилию, попросить о помощи и т.д. Альтернативой употреблению наркотиков среди подростков является их занятость интересным делом или работой (досуговая сфера и службы занятости).
- Проблема раннего секса связана с половым воспитанием. Пока школы не занимаются половым просвещением, предоставив подросткам возможность удовлетворять их естественный повышенный интерес к сексуальным вопросам путем знакомства с сомнительной суррогатной литературой, эротическими передачами и фильмами, общения со свертниками.
- Центральной фигурой в школе является учитель. В настоящее время его роль в формировании здоровья школьников невелика. Среди опрошенных педагогов 41% указали свою роль в оздоровлении детей по сравнению с 16,4% родителей, разделяющих подобное мнение и всего 3,2% школьников. Учителя сами признают факт недостаточного внимания, уделяемого ими как зщдоровью подростков, так и собственному.

Институты формирования отношений к здоровью: система здравоохранения

Школьник взаимодействует с системой здравоохранения в 3-х ситуациях: 1) в кабинете школьного врача, 2) во время посещения поликлиник, 3) в период оздоровительного отдыха.

Школьная медицина. Функция формирования мотивации к заботе о здоровье у школьной медицины практически отсутствует.

В поликлинике – диспансеризация. Проходит в сжатые сроки и, как правило, формально. Только в 25% случаев родители реагируют на заключение диспансеризации и идут с ребенком на прием к специалисту.

Оздоровление. За период 1990 – 2003 увеличивается число оборонно-спортивных, профильных лагерей и лагерей с дневным пребыванием детей. Число загородных и лагерей труда и отдыха уменьшилось в 2 раза.

Появилась подпрограмма «Здоровый ребенок». В рамках этой программы ребенок рассматривается как объект изучения, воздействия, влияния, а не субъект, формирующий собственное здоровье и отвечающий за его состояние.

Институты формирования отношений к здоровью: средства массовой информации

Важной проблемой в сфере здоровья является отсутствие государственной идеологии здоровья. В формировании этой идеологии важная роль принадлежит СМИ.

Анализ публикаций в СМИ показал, что более половины публикаций имеют критическую и отрицательную направленность, треть – позитивную, остальные содержат нейтральную информацию.

Наибольшее количество публикаций посвящено наркомании. С точки зрения права, организации борьбы с наркоторговцами, создания соответствующих медицинских учреждений для детей и подростков, реабилитационных центров.

Социальная политика государства в области общественного здоровья – вторая по значимости тема. В основном критического характера: принятые за последние годы более 100 законодательных актов в области материнства, детства и здоровья не работают, и за это никто не отвечает.

Состояние здоровья школьников – третья по популярности тема. Отмечается, что 50% школьников страдают хроническими заболеваниями различной этиологии. Школа разрушает здоровье детей, прежде всего, психическое, чрезмерными учебными нагрузками и порочной системой оценки успехов учеников.

Негативная информация с телеэкрана, отсутствие мудрых воспитателей дома и в школе способствуют утрате молодежью нравственных ориентиров и ухудшению психического здоровья молодежи.

В публикациях преимущественно представлена отрицательная роль семьи, отсутствие духовного контакта с родителями, что приводит к раннему сексу, наркотикам, побегу из дома.

Роль школы в формировании здоровья видится также преимущественно отрицательно.

Роль здравоохранения в его профилактическом аспекте оценивается негативно. В России не работают программы по профилактике детской заболеваемости, детей только лечат.

Положительная роль здравоохранения проявляется в создании многочисленных наркологических кабинетов, центров, антинаркотических программ.

Роль государства в сфере здоровья проявляется трояко: а) подготовкой и изданием различных правовых документов; 2) финансированием той или иной отрасли, программы, проекта; 3) осуществлением (или неосуществлением) практических мероприятий.

Роль индивида, в частности подростка, формируется в соответствии с системой ценностей референтной группы, которая декларирует: «Наркотики – это «круто», а здоровый образ жизни – несовременно и скучно. Ни школа, ни родители, ни врачи, ни СМИ всерьез не работают над изменением данной установки у подростка.

Институты формирования отношений к здоровью: государство

Важным критерием отношения государства к здоровью населения являются финансовые затраты на здравоохранение. Характерной тенденцией изменения этого показателя является то, что в последние годы государство все в большей степени перекладывает расходы по данной статье бюджета на плечи населения.

Другим показателем финансовой обеспеченности сферы здоровья является степень развития материальной базы учреждений спорта, отдыха, досуга.

Наряду с официальной педагогикой и здравоохранением развивается наука о здоровье здорового человека – валеология.

«В практике современного российского образования в различных его звеньях появился новый предмет "валеология", который определяет себя в качестве науки о здоровье и здоровом образе жизни. Его введение, по мнению самих валеологов, обусловлено возникшей в настоящее время необходимостью защиты детей от влияния неблагоприятной экологической среды, информационных перегрузок и некоторых других факторов, ведущих к ухудшению физического и психического здоровья, к нервным стрессам и отрицательным эмоциям.

Учебные программы по валеологии содержат в достаточно большом объеме положения оккультного мистицизма, теософии, антропософии, Агни-Йоги, Крита-Йоги, дианетики.

По мнению религиоведов, наука валеология содержит положения оккультно-мистического антихристианского движения New Age (Нью Эйдж; Новый Век), которое объединяет различные секты, оккультные и псевдонаучные мистические течения^[9]. Авторы учебных программ по валеологии к традиционным для России религиозным конфессиям, особенно к Православию, относятся крайне враждебно, но при этом в больших объемах рекламируют различные оккультные практики.

В валеологических учебниках можно встретить и резкую критику, направленную в адрес учителей, которые не используют в своей практике методы нетрадиционных религий. К примеру, один из главных разработчиков программ по валеологии, Татарникова Л.Г., сетуя на то, что в школах не применяются программы дианетики Рона Хаббарда, обвиняет учителей в некомпетентности, утверждая, что "педагоги продолжают не понимать или не могут понять, что ставят под угрозу будущее страны, ее генофонд"^[13].

В "Открытом письме" 139 ведущих российских ученых министру образования Филиппову В.М. содержится заключение, что "валеология во многом представляет собой изложение идеологии "Нью Эйдж" ("New Age", "Новое время", "Эра водолея", "Новый век"), которое объединяет различные секты, оккультные и псевдонаучные мистические течения". Ученые указали также, что валеология является "неприкрытой духовной агрессией против нашей страны и несет в себе угрозу национальной безопасности государства"^[15].

Таким образом, валеология, активно внедряющаяся сегодня в систему российского образования,

Наука о здоровье - валеология

- Медицина и общество в целом приходят к пониманию того, что стратегия достижения здоровья человека через лечение не может решить возникших проблем и является «тупиковой».
- Всё увеличивающиеся возможности клинической медицины – спасти от смерти больных – не приводят к радикальным изменениям в здоровье населения. Оно неуклонно ухудшается на всем земном шаре. Придание приоритета этому пути развития здравоохранения бесперспективно.
- Человечество не в состоянии использовать современные достижения медицинской науки для всех нуждающихся из-за всё увеличивающейся дороговизны диагностических и лечебных методов, способных поглотить весь бюджет даже развитых стран.
- Во второй половине XX века, когда возникла и получила широкое распространение эпидемия хронических неинфекционных заболеваний, становится всё более очевидным, что для достижения здоровья населения всё большее предпочтение следует отдавать второй стратегии – охране здоровья практически здорового человека.
- Однако выяснилось, что гигиеническая наука, возглавившая эту стратегию, также не в состоянии решить эту проблему, так как в центре внимания гигиены оказался не сам человек и его здоровье, а те условия, в которых он существует.
- Создание здоровых условий существования, за научное обоснование которых несет ответственность гигиеническая наука – это пассивно-оборонительный путь профилактики.
- Активную позицию оздоровления невозможно обосновать без определения сущности индивидуального здоровья, которым следует управлять. Это и есть основная проблема учения о здоровье.

Наука о здоровье - валеология

Среди мер по развитию **политики формирования здорового образа жизни детей и подростков** предусматривается:

- распространение здоровьесберегающих технологий обучения (модель структуры урока, модульное обучение, развивающее обучение и др.), технологий «школа здоровья»,
- внедрение инновационных оздоровительных и физкультурно-спортивных технологий в работу образовательных учреждений и организаций,
- повышение эффективности мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С, туберкулеза среди школьников, молодежи.
- реализация программ гигиенического воспитания в целях предоставления детям возможности осуществлять информированный выбор в вопросах здорового образа жизни.
- активизация работы по психологическому тестированию обучающихся в образовательных учреждениях на предмет потребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ.
- организация просветительской работы с использованием специальных обучающих программ по формированию культуры здорового питания;
- другие меры.
- **(Указ Президента Российской Федерации «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы» № 761 от 1 июня 2012 года).**

Новые подходы в отношении к здоровью

Перспективы дальнейшего развития сферы здоровья:

1. Совершенствование образа жизни, системы образования и воспитания, формирование потребности в здоровье, физической активности, культуре питания, в том числе:
 - 1) Внедрение различных форм и методов обучения заботе о здоровье, особенно среди детей и подростков (рекомендовать пользоваться преимуществами здорового образа жизни, а не концентрироваться на опасностях болезней; использовать современные технологии получения информации – интернет-технологии; контролировать грамотность индивида и разработка технологий разделения с ним ответственности за конечный результат – текущее состояние его здоровья);
 - 2) Повышение информированности населения с целью профилактики инфекционных заболеваний, особенно таких, как ИППП, ВИЧ-инфекция, туберкулез;
 - 3) Усиление контроля над состоянием окружающей среды, условиями труда и профилактикой дорожно-транспортного травматизма;
 - 4) Выявление факторов риска (их 6): курение, злоупотребление алкоголем, неправильное питание, гиподинамия, нарушение сна, стресс;
2. Улучшение биологических свойств человека, управление иммунными процессами, увеличение продолжительности жизни;
3. Управление психологическими процессами памяти, эмоциями, интеллектуальными способностями;
4. Развитие технических средств и устройств для совершенствования органов зрения, слуха, памяти, биологических ритмов, создание искусственных органов.
5. Создание эффективной системы анализа и оценки состояния здоровья населения в соответствии с его половозрастной структурой и территориальным размещением.
6. Развитие различных практик ухода за телом, с использованием достижений диетологии, косметологии, фитнеса (пилатес, калланетик, бодифлекс) и т.п. Новые социальные нормы, формирующиеся в среде молодёжи, предписывают включение в понятие «хороший специалист», помимо диплома и профессионального опыта, хорошей физической формы, здоровья и соответствующей представительской внешности.

Занятия спортом становятся средством, а не целью, поскольку тот, кто достигает успехов в спорте, имеет характер и может добиться результатов в других областях жизни.

Внешность начинает выступать в роли «капитала», который необходимо приумножать, поскольку от этого зависит успешность в работе и жизни в целом, особенно для представителей публичных профессий.

Разочарование в официальной медицине привело к увлечению различными нетрадиционными формами диагностики, лечения, целительства, практиками восточной медицины.

Отношение к здоровью.

Выводы:

- 1) Формирование позитивного отношения к здоровью на уровне индивида обеспечивает соответствующее самосохранительное поведение, в котором заключен значительный резерв улучшения здоровья, что особенно актуально для мужчин (решение проблемы мужской сверхсмертности).
- 2) Достижение необходимого самосохранительного поведения возможно при условии адекватного отношения к здоровью на уровне общества, что должно выражаться в социальной политике, формирующей социальные нормы и фактически обеспечивающей то или иное состояние здоровья населения.
- 3) Идеология здоровья распространяется через различные социальные институты: семья, школа, здравоохранение, СМИ.
- 4) Только информированный человек, обладающий навыками заботы о здоровье, имеющий соответствующую потребность, живущий в обществе, где здоровье является самодостаточной ценностью, сможет обеспечить сохранение и приумножение своего здоровья, а также здоровья своих близких.
- 5) Улучшение здоровья и увеличение продолжительности жизни россиян – результат интеграции различных наук, в том числе науки «социология здоровья», изучающая закономерности отношения к здоровью и формирования самосохранительного поведения индивидов.

**Спасибо за
внимание!**

Габер И. В.
Сентябрь 2012 г.