

Психологические основания здоровьеформирующего образования

Науменко Ю. В.

кандидат педагогических наук, доцент, заведующий кафедрой коррекционной педагогики, социальной психологии и здоровьеформирующего образования Волгоградской государственной академии повышения квалификации и переподготовки работников образования (ВГАПК РО) nauменko@bk.ru

Сегодня школа сталкивается с серьезной проблемой: с одной стороны, трудности обучения, связанные с повышением уровня требований, сложностью образовательных программ, с другой стороны – постоянно ухудшающееся состояние здоровья учащихся, мешающее овладению научными знаниями. Традиционные медицинские профилактические подходы к сохранению и укреплению здоровья детей и подростков не дают желаемого результата. В статье дается оценка здоровьеформирующей деятельности школы, которую, по мнению автора, необходимо проводить в комплексе с учетом формальных и неформальных критериев. Формальные критерии должны помочь оценить степень системности и последовательности изменений традиционной системы образования с целью повышения ее здоровьесберегающей направленности. Неформальные критерии – эти характеристики качества и эффективности сложившейся образовательной системы с точки зрения ее здоровьеформирующей направленности: ориентация учащихся в повседневной жизнедеятельности на социокультурное содержание здоровья; сформированность у большинства школьников внутренней картины здоровья социально личностного уровня и обретение жизнеспособности как системного качества личности состояния «единое целое».

Ключевые слова: здоровьеформирующее образование, здоровый образ жизни, уровень личностного здоровья, жизнеспособность, социокультурный феномен.

Неоспорим тот факт, что разрешение назревших социально-экономических проблем, достижение опережающего развития общеобразовательной и профессиональной школы возможно лишь при сохранении и укреплении здоровья молодых людей. Поэтому тема охраны здоровья школьников уже не один год является предметом обсуждения врачей, педагогов, психологов. Сегодня школа сталкивается с серьезной проблемой: с одной стороны, трудности обучения, связанные с повышением уровня требований, сложностью образовательных программ, с другой стороны – постоянно ухудшающееся состояние здоровья учащихся, мешающее овладению научными знаниями. Практика показывает, что традиционные медицинские профилактические подходы к сохранению и укреплению здоровья детей и подростков в условиях общеобразовательной школы не дают желаемого результата. Наряду с ухудшением соматического здоровья отмечается и увеличение числа психических нарушений у школьников. Особое место в структуре заболеваний в последние годы заняли

социально-зависимые болезни. Таким образом, крайне низкий уровень физического и психического здоровья детей и подростков создает объективные препятствия на пути эффективной модернизации российского образования.

Поэтому понятие «здоровье» стало активно рассматриваться в самых разных исследованиях. Более того, появились новые направления (валеология и психология здоровья, здоровьесберегающая педагогика), претендующие на статус научных дисциплин. В то же время понятие «здоровье», несмотря на мнимую простоту его обыденного значения, сложно и многозначно. В нем отражаются фундаментальные аспекты биологического, социального, психического и духовного бытия человека. Только в теории медицины существует около 80 определений здоровья человека, сформулированных в разное время представителями различных научных школ. Этот перечень, конечно, является далеко не полным, но даже он поражает как многообразием трактовок, так и разнородностью признаков, используемых при дефиниции этого понятия. Проводя анализ сущностных признаков здоровья, выделенных разными авторами, понятие здоровье условно можно разделить на четыре группы в соответствии с концептуальной исследовательской моделью:

1) медицинская модель здоровья содержит лишь сугубо медицинские признаки и характеристики (здоровье рассматривается как отсутствие болезней и их симптомов);

2) биомедицинская модель здоровья рассматривает отсутствие у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья;

3) биосоциальная модель здоровья включает в себя как биологические, так и социальные признаки здоровья в их единстве и взаимообусловленности при приоритетном значении медико-биологических признаков;

4) ценностно-социальная модель рассматривает здоровье как одно из оснований жизнедеятельности, необходимую предпосылку для полноценной жизни человека, удовлетворения его материальных и духовных потребностей, участия в социальной жизни.

Последняя модель впервые была представлена в работах известного отечественного теоретика медицины Ю. П. Лисицына. В своих рассуждениях он исходит из того, что здоровье как целостное состояние человека – это не только совокупность характеристик и признаков индивидуального соматического или психического здоровья, но и интеграция социально-экономических черт, делающих его жизненно необходимой частью того социального организма, каким является общество. По мнению Ю. П. Лисицына, основной недостаток большинства подходов к определению понятия «здоровый образ жизни» заключается в их односторонности и по существу сводится только к гигиенической программе существования человека. Эту ограниченность социально-медицинских представлений о здоровом образе жизни, условиях его формирования и развития, по его мнению, можно избежать, если в анализ понятия «здоровый образ жизни» включить социально-философский аспект.

Близкий по контексту, но более глубокий по содержанию методологический анализ проблемы здоровья изложен в социокультурной концепции здравоохранительной деятельности В. И. Гувакова. Он считает, что организованная здравоохранительная деятельность является одной из форм управления в обществе и нацелена на определение функций здоровья в проектировании социальной действительности. Отличительной особенностью традиционного направления здравоохранительной деятельности, по В. И. Гувакову, [1] является формирование концепций здоровья на основе взаимообусловленного сочетания медико-биологического знания и ориентацией на человека, как на объект здравоохранительной

деятельности. Социокультурные изменения в масштабе мировой цивилизации, произошедшие в середине XX в., потребовали изменения ориентации концепций здоровья на человека, как на субъекта здравоохранительной деятельности, что выявило недостаточность медико-биологических знаний и необходимость перехода к социально-психологическим воззрениям.

В то же время широкие и разнообразные трактовки здоровья порождают определенные трудности в работе с этим понятием. Его многочисленные определения зачастую несовместимы, а сам смысл здоровья становится изменчивым, текучим, многоликим и практически не фиксируется в каких-либо границах. Такое состояние теории не могло не сказаться на решении проблемы построения здоровьесберегающего образования. Анализ педагогической практики (С. В. Барканова, Л. В. Баль, М. М. Безруких, Н. В. Дубровинская, Н. К. Смирнов, Д. А. Фабер) показывает, что, несмотря на то, что задача укрепления и сохранения здоровья детей и подростков выделяется в качестве одной из ведущих в деятельности образовательных учреждений, в большинстве из них используются малодейственные формы по охране и укреплению здоровья как целостного медико-психолого-педагогического явления. Чаще всего в образовательных учреждениях акцент переносится на медицинскую диагностику, оздоровительные, физиотерапевтические и другие лечебные мероприятия. Особенно это характерно для инновационных школ различных типов и видов, в которых медицинские мероприятия нередко используются как вариант снижения отрицательных влияний нетрадиционно организованного учебного процесса. В большинстве регионов разработаны авторские программы, которые можно объединить в одну группу – «Образование и здоровье», с ярко выраженной информационно-профилактической направленностью, что предопределяет их малую эффективность.

Мы считаем, что сложившаяся ситуация стала возможной, прежде всего, из-за отсутствия целостного системного подхода к определению самого понятия «здоровье» и рассмотрению его становления в онтогенезе как ценностного основания для построения образовательного процесса. В данной статье мы попытаемся обосновать свое понимание здоровьесформирующего образования, построенного на основе интегральной модели формирования внутренней картины здоровья как динамической смысловой системы во взаимосвязи с жизнеспособностью человека.

Традиционно в отечественной и зарубежной психологии понятие «здоровье» является качественной динамической характеристикой процесса развития личности, интегративным показателем целостности и гармоничности личностной структуры человека (гармоничность как наличие у человека устойчивой способности находиться в единстве с миром, людьми и самим собой). Гармоничность проявляется в целостности структуры личности, в ее готовности к позитивному жизнепрживанию, активному и целенаправленному стремлению к достижению состояния физического, психического, душевного и социального благополучия. Отличительным признаком зрелой гармоничной личности является ее сознательное и ответственное отношение к своему физическому и психическому здоровью как источнику и необходимому условию оптимальной жизнедеятельности и долговременной активности во всех сферах бытия.

В то же время здоровье как личностное образование имеет сложное поуровневое строение (уровень личностного здоровья, уровень индивидуально-психологического здоровья, уровень психофизиологического здоровья), где каждый из уровней характеризуется определенными критериями и закономерностями протекания. В результате здоровье, будучи

многоуровневым образованием, может «страдать» на одних уровнях при относительной сохранности других. Вместе с тем уровень личностного здоровья является интегрирующим для двух других уровней и определяющим при оценке целостности развития личности. Качественным показателем сформированности здоровья как системы выступает жизнеспособность, которую мы определяем как системное качество личности, характеризующее органическое единство психофизиологических и социальных способностей человека к эффективному и позитивному самовыражению и самореализации в рамках конкретного культурно-исторического социума. В предлагаемой трактовке жизнеспособность как системное качество личности выполняет созидательную функцию – это то слагаемое жизнедеятельности индивидуума, благодаря которому происходит его саморазвитие как представителя общества, определяющего свободно и ответственно свою позицию среди других людей.

С учетом многоуровневого строения здоровья мы выделяем два уровня жизнеспособности – психофизиологический и социально-личностный. Психофизиологическая жизнеспособность характеризует жизнедеятельность человека на уровне биологического организма и индивидуально-типических свойств: свойственная организму человека индивидуально достаточно высокая приспособляемость к изменениям в типичной для него природной и социальной среде, проявляющаяся в сохранности привычного позитивного самочувствия; постоянство и идентичность эмоциональных переживаний в однотипных ситуациях, соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям.

Социально-личностная жизнеспособность характеризует жизнедеятельность человека на уровне субъектности: осознание индивидом непрерывности, постоянства и идентичности своего физического, психического и личностного «Я»; наличие способности управлять своим поведением в соответствии с социальными нормами, правилами и законами; позитивная критичность к себе и собственной жизнедеятельности во всех ее формах и проявлениях, а также к ее результатам; наличие способности к позитивному планированию своей жизнедеятельности и реализации этого плана; умение изменять способ поведения и уточнять смысл своего существования в зависимости от смены жизненных обстоятельств.

В процессе развития человека структура его личности претерпевает различные изменения (особенно в онтогенезе), фиксирующие ее качественно новые состояния. Эти изменения могут приводить к временным проявлениям состояния нездоровья, как трудностям личностного роста. Мы считаем, что причиной нездоровья подрастающего поколения являются системные нарушения жизнеспособности, которые проявляются в неспособности к позитивному саморазвитию в условиях социальных перемен. Следовательно, образование, укрепляющее здоровье ребенка, заключается в формировании у детей в процессе их общения со сверстниками и педагогами в условиях целостного учебно-воспитательного процесса конструктивных способов разрешения трудных жизненных ситуаций как необходимого условия сохранения и укрепления их жизнеспособности (достижение состояния «оптимально целое» с характеристиками «устойчивое» и «стабильное в проявлении»).

Новое нетрадиционное понимание места и роли социокультурного феномена «здоровье» в структуре личности открывается в связи с фундаментальным исследованием Д. А. Леонтьева «Психология смысла». Д. А. Леонтьев в своем исследовании [2] исходит из того, что личность как регуляторная система индивидуума конституируется следующими функциями: выделения субъектом себя из окружающего мира; выделения, презентации и структурирования им своих отношений с миром и подчинения своей жизнедеятельности

устойчивой структуре этих отношений в противовес сиюминутным импульсам и внешним стимулам. Эту систему функций осуществляет главная, конституирующая подструктура личности – ее смысловая сфера, – особым образом организованная совокупность смысловых образований (динамических смысловых систем) и связей между ними, обеспечивающая смысловую регуляцию целостной жизнедеятельности субъекта во всех ее проявлениях.

Источником образования и развития смысловой сферы личности (образование динамических смысловых систем и установление между ними связей) является определенная культура как совокупность социокультурных инвариантов (значений), в которых закрепляется общий, совместный опыт. Основные формы культуры, в которых сохраняются и транслируются значения, – это артефакты (вещи), знаковые системы (семиосфера) и модели поведения. Д. А. Леонтьев отмечает, что усвоение значений, транслируемых через культуру, представляет собой сложный противоречивый процесс, который нельзя сводить к простому пониманию. Усвоение культурного значения предполагает вживание в него индивида, вращение в культурный мир. Превращение культурного значения в личностный смысл требует его бытийного, жизненного проживания, натурализации в повседневной жизнедеятельности человека.

Возвращаясь к проблематике нашего исследования, мы можем констатировать следующее: здоровье как культуuroобразующий символ находит отражение в смысловой сфере личности в виде возникновения личностной динамической смысловой системы, которую мы предлагаем называть внутренней или индивидуальной картиной здоровья (в дальнейшем – ВКЗ). Вступая во взаимодействие с другими динамическими смысловыми системами, она регулирует протекание конкретной деятельности человека (его жизнеспособность). Следовательно, внутренняя картина здоровья как личностная динамическая смысловая система выполняет следующие функции:

информационную, реализующуюся в фиксации разнообразных знаний о ценности социокультурного символа здоровья во всех его проявлениях;

эмоционального подкрепления, отражающую эмоциональное восприятие знаний о ценности здоровья;

смысловую, определяющую поиск, осознание и принятие личностного смысла социокультурного содержания здоровья;

регулятивную, реализующуюся в соотношении субъектом собственного действия (жизнеспособности) с личностным смыслом здоровья.

В структуре внутренней картины здоровья как личностной динамической смысловой системы мы выделяем следующие компоненты: когнитивный, эмоционально-оценочный и поведенческий. Когнитивный компонент подразумевает фиксацию в сознании человека совокупности идей и понятий, связанных с социально-культурным содержанием здоровья, являющихся генетически производными от ценностей социальных групп и общностей разного масштаба.

Эмоционально-оценочный компонент внутренней картины здоровья связан с особенностями эмоционального восприятия знания о здоровье. Это эмоциональные переживания, связанные с ценностью здоровья, обусловленные различными аспектами эмоционального восприятия здоровья как ценности социальными группами и общностями разного масштаба.

Поведенческий компонент отражает регуляцию субъектом собственного действия. Важный момент любого действия – его осознанность, поэтому в содержание поведенческого компонента входят: оценка фактов, явлений, событий окружающей действительности на основе совокупности идей и понятий, связанных с социально-культурным содержанием здоровья; рефлексия, предполагающая осознанное отношение к собственному действию, его мысленный анализ и при необходимости соответствующая коррекция через поиск новых способов решения проблемы на основе совокупности идей и понятий, связанных с социально-культурным содержанием здоровья; построение временной перспективы собственной жизнедеятельности на основе совокупности идей и понятий, связанных с социально-культурным содержанием здоровья.

Учитывая, что селекция, присвоение и ассимиляция индивидом социальных ценностей опосредуется его социальной идентичностью и ценностями референтных для него групп, качество (степень сформированности) индивидуальной картины здоровья у разных индивидов может быть различным и, следовательно, степень влияния на другие динамические смысловые системы и на регуляцию деятельности в целом тоже может быть разнообразной. Это качественное состояние индивидуальной картины здоровья может быть описано в следующих показателях: теологичность – каузальность, общий уровень осмысленности, соотношение ценностной и потребительской составляющих, временная локализация. В соответствии с этими критериями мы выделяем четыре уровня внутренней картины здоровья индивида, которые с учетом содержательных особенностей мы назвали: информационно-пассивный, адаптивно-поддерживающий, ресурсно-прагматический и личностно ориентированный.

На первом уровне (информационно-пассивном) здоровье воспринимается как некоторая данность, не зависящая от человека. У индивидов с ВКЗ данного типа причины здоровья связываются с не зависящими от человека обстоятельствами: наследственностью, финансовым благополучием семьи, удачей в личных делах и на работе, состоянием окружающей среды. Деятельность по сохранению и укреплению своего здоровья (повышению эффективности жизнеспособности) выражается в локальных несистемных лечебно-профилактических мероприятиях в связи с возникновением состояния нездоровья. Смысловое восприятие здоровья на этом уровне может быть выражено следующей формулой: «Чтобы быть здоровым, им надо родиться. Здоровье, прежде всего, зависит от наследственности, а также от удачи. Когда есть хорошая квартира, высокая зарплата, удобный график работы, благоприятная экологическая обстановка, есть и здоровье. Быть здоровым – значит, жить, как тебе хочется, не заботясь о здоровье».

На втором уровне (адаптивно-поддерживающим) здоровье – это состояние благополучия, которого человек может достигнуть сам в результате систематических профилактических мероприятий и соблюдения здорового образа жизни в традиционном понимании. Деятельность по сохранению и укреплению своего здоровья на этом уровне носит системный целенаправленный характер, но ее содержанием остаются разнообразные лечебно-профилактические мероприятия с целью не допустить состояния нездоровья. Смысловое восприятие здоровья может быть выражено следующей формулой: «Быть здоровым – значит справляться с обычными проблемами, которые есть у каждого. Для этого надо быть внимательным к любым проявлениям своего тела, сразу реагировать на его потребности (вовремя есть, спать, отдыхать и др.), соблюдать правила гигиены».

На третьем уровне (ресурсно-прагматическом) здоровье воспринимается как ресурс, который необходим индивиду, чтобы приспособиться к внешним социальным и природным условиям для достижения состояния успешности. Поэтому здоровье необходимо поддерживать и улучшать, чтобы этот ресурс не был преждевременно израсходован. На этом уровне деятельность по сохранению и укреплению здоровья также носит системный и целенаправленный характер, но ее содержание определяется психофизиологическими особенностями человека и его личностными притязаниями. Смысловое восприятие здоровья на данном уровне может быть выражено следующей формулой: «Здоровье – это когда у тебя все получается, все в порядке, все хорошо. Когда человек здоров, он хорошо учится и работает, а если у человека все получается, то он не будет волноваться и болеть. Поэтому здоровье зависит от нас самих, и оно необходимо, чтобы быть успешным и счастливым».

На четвертом уровне (лично ориентированном) здоровье воспринимается как проявление способности человека к гармоничному (физическому, социальному и духовному) развитию и достижению состояния благополучия. Здоровье ассоциируется с состоянием человека как уникальной самобытной личности, реализующей себя в творческой деятельности. Поэтому деятельность по сохранению и укреплению своего здоровья воспринимается как необходимая и естественная для саморазвития и самосовершенствования. Смысловое восприятие здоровья на данном уровне может быть выражено следующей формулой: «Быть здоровым – значит быть со всеми в гуще событий, уметь приспособливаться к разным условиям и быть готовым к самореализации. Человек здоров, если он духовно и физически совершенствует себя, все время стремится к лучшему».

Мы считаем, что превращение здоровья в смысл жизни конкретного человека возможно только при лично ориентированной внутренней картине здоровья, когда индивидуальная картина здоровья станет стержневой и обобщенной динамической смысловой системой личности, ответственной за общую направленность жизни как целого. Следовательно, понятие «здоровый образ жизни» как целостная характеристика соответствует жизнедеятельности человека, для которого смысл жизни определяется социально-культурным содержанием здоровья. Во всех остальных случаях здоровый образ жизни не является целостной характеристикой жизнедеятельности человека, и поэтому речь может идти лишь о проявлении его отдельных качеств (сторон).

Сопоставляя между собой жизнеспособность и внутреннюю картину здоровья, мы отмечаем, что эти характеристики относятся к разным уровням личностной структуры человека: жизнеспособность принадлежит уровню интраиндивидуальности человека, внутренняя картина здоровья – уровню метаиндивидуальности. Следовательно, внутренняя картина здоровья как проявление метаиндивидуальности является более устойчивой, а жизнеспособность как проявление интраиндивидуальности более пластичной и динамичной. В то же время нельзя игнорировать взаимосвязь между личностной динамической смысловой системой и жизнеспособностью как системным качеством личности.

Действительно, внутренняя картина здоровья, выполняя в общей структуре личности ценностно-регулятивную функцию, влияет на формирование системы знаний личности об окружающем мире и о самой себе, определяет место здоровья в ценностях личности и в результате побуждает ее к определенной активности в повседневной жизнедеятельности, чем стимулирует изменение (оптимизацию) жизнеспособности личности. С другой стороны, качественные изменения жизнеспособности служат источником для процесса трансформации смысловых образований личности, т. е. для уточнения внутренней картины здоровья. Вме-

сте с тем содержательные особенности взаимосвязи внутренней картины здоровья и жизнеспособности человека на разных этапах развития обуславливаются особенностями становления его личности. Поэтому в основу предлагаемой нами интегральной модели формирования внутренней картины здоровья во взаимосвязи с жизнеспособностью человека мы положили периодизацию развития субъектности человека в онтогенезе [4], которую приводим ниже.

В дошкольном возрасте на первых двух этапах развития субъектности (оживление и одушевление) происходит подлинное рождение человеческого тела, его «оживление» в сенсорных, двигательных, общительных и действенных измерениях, когда ребенок осваивает собственную телесную и психосоматическую индивидуальность, вписывая себя руками взрослого в пространственно-временную организацию общей жизни семьи. Затем в результате овладения культурными навыками и способностями ребенок впервые открывает в себе свою собственную самость, осознает себя субъектом собственных хотений и умений. В результате происходит формирование психофизиологической жизнеспособности ребенка и ситуативное проявление некоторых качеств социально-личностной жизнеспособности. Жизнеспособность как системное качество личности на данном этапе характеризуется как «нецелое». Мы убеждены, что параллельно идет последовательное формирование внутренней картины здоровья ребенка первого и второго уровней, которые с учетом содержательных особенностей мы назвали информационно-пассивным и адаптивно-поддерживающим. Основным психологическим механизмом формирования внутренней картины здоровья выступает смыслообразование – расширение смысловых систем на новые объекты и порождение новых производных смысловых структур.

На этапе персонализации, который охватывает младший школьный и подростковый возраст, партнером растущего человека становится общественный взрослый, воплощенный в системе социальных ролей и частично персонифицированный в таких культурных позициях как «учитель», «мастер», «наставник» и т. д., вместе с которым ребенок осваивает правила, понятия, принципы деятельности во всех сферах социально-культурного бытия. Именно на этой ступени, по мнению В. И. Слободчикова и Е. И. Исаева, человек впервые осознает себя потенциальным автором собственной биографии, принимает персональную ответственность за свое будущее, уточняет границы самоидентичности внутри совместного бытия с другими людьми. Кульминационный момент личностного развития на этом этапе – появление способности к саморазвитию, которая пока еще ограничена отсутствием осознанной внутренней свободы. Поэтому мы считаем, что на этом этапе возможно формирование внутренней картины здоровья ресурсно-прагматического уровня. С одной стороны, при данном типе индивид сознательно относится к своему здоровью и может прилагать значительные усилия для его совершенствования, с другой – здоровье не является само по себе ценностью, а необходимо только для решения конкретных задач личностного развития (например, как способ самоутверждения). В результате происходит совершенствование психофизиологической жизнеспособности в новой социальной ситуации и формирование социально-личностной жизнеспособности. Жизнеспособность как системное качество личности переходит в состояние «целое». Основным психологическим механизмом формирования внутренней картины здоровья выступает смылоосознание – восстановление контекстов и смысловых связей, позволяющих решать задачу на понимание смысла нового объекта, явления или действия.

В ранней юности партнером молодого человека становится (в пределе) человечество, с которым он вступает в деятельностные отношения, опосредованные системой обществен-

ных ценностей и идеалов. В. И. Слободчиков и Е. И. Исаев отмечают, что «общественными» эти идеалы и ценности являются лишь по материалу, из которого они созданы. На этом этапе происходит процесс индивидуализации общественных ценностей и идеалов с учетом личностной позиции человека. В идеале, обособляясь от оценок окружающих, преодолевая профессионально-позиционное или конфессионально-политические детерминации своего поколения, человек в своем личностном развитии становится ответственным за собственную самость. В качестве формулы субъектности на этой ступени развития В. И. Слободчиков и Е. И. Исаев предлагают рассматривать известные слова Мартина Лютера: «На том стою и не могу иначе». Мы считаем, что именно личности, достигшей состояния субъектности, характерна личностно ориентированная внутренняя картина здоровья, когда индивидуальное прочтение здоровья полностью соответствует его социокультурному содержанию, а само здоровье становится смыслом жизни этой личности. В результате жизнеспособность перерастает в целостную систему с иерархизированной подчиненностью психофизиологической жизнеспособности и достигает состояния «единое целое» (оптимально связанное). Основным психологическим механизмом формирования внутренней картины здоровья на этом этапе является смыслотворчество – содержательная перестройка жизненных отношений и смысловых структур.

Мы осознаем, что представленная интегральная модель формирования внутренней картины здоровья во взаимосвязи с жизнеспособностью человека в соответствии с концепцией развития его субъектности является идеальной, т. е. в реальной жизненной практике существуют многочисленные несовпадения с предложенной схемой. Эти возможные несовпадения с общей схемой мы попытались обобщить в законах формирования индивидуальной картины здоровья во взаимосвязи с жизнеспособностью.

Закон преемственности. Индивидуальные сроки формирования определенной внутренней картины здоровья и соответствующей жизнеспособности могут не совпадать с предложенной моделью, но последовательность их формирования остается неизменной. В частности, вначале последовательно формируются информационно-пассивный и адаптивно-поддерживающий уровни внутренней картины здоровья с преобладающим развитием психофизиологической жизнеспособности ребенка и возможным ситуативным проявлением некоторых качеств социально-личностной жизнеспособности. Затем формируется ВКЗ ресурсно-прагматического уровня и развивается социально-личностная жизнеспособность. Жизнеспособность как системное качество личности переходит в состояние «целое». Лишь после этого возможно формирование личностно ориентированного уровня внутренней картины здоровья, когда жизнеспособность как системное качество личности перерастает в целостную систему с иерархизированной подчиненностью психофизиологической жизнеспособности – состояние «единое целое» (оптимально связанное).

Закон перекрытия стадий. Последовательные стадии формирования индивидуальной картины здоровья во взаимосвязи с жизнеспособностью, описанные выше, могут «перекрывать» друг друга, когда нарушается предложенное соответствие определенного уровня внутренней картины здоровья и состояния целостности жизнеспособности как системного качества личности. В результате одно из этих качеств по уровню сформированности может соответствовать следующему этапу личностного развития, а другое «остановиться» в своем развитии на предыдущем. Эта деформация взаимосвязи формирования индивидуальной картины здоровья и жизнеспособности является основной причиной возникновения нездоровья.

Закон ведущего механизма функционирования смысловых процессов. На каждом этапе возможно одновременное функционирование всех трех типов смысловых процессов (смыслообразование, смыслоосознание и смысловое творчество). Процессы смыслостроительства могут порождаться тремя классами ситуаций: критическими жизненными ситуациями, обогащающими рассогласование жизненных отношений и смысловых структур личности; личностными вкладами значимых других и столкновение с яркими примерами реальности, активизирующими смысловые процессы. Поэтому на каждом этапе возможны как революционные, так и эволюционные преобразования смысловой сферы личности (в частности, внутренней картины здоровья), которые обусловлены действием определенных механизмов порождения смыслов. Но на каждом этапе можно выделить механизм смыслообразования, который является актуальным (ведущим) для конкретного индивидуума. Появление ведущего механизма смыслообразования обусловлено внешними и внутренними факторами (социально-культурная среда и индивидуально-типические особенности человека), где определяющим будет степень готовности личности к смыслообразованию и достигнутый уровень целостности и обобщенности существующей личностной смысловой динамической системы (в частности, сформированный уровень внутренней картины здоровья).

Таким образом, мы считаем, что существует объективная необходимость рассматривать здоровьесберегающую деятельность образовательного учреждения как здоровьесформирующее образование в широком и узком понимании.

Здоровьесформирующее образование в широком смысле можно определить как комплекс системных изменений традиционной системы образования с целью повышения эффективности целостного учебно-воспитательного процесса по сохранению и укреплению жизнеспособности учащихся во взаимосвязи с коррекцией их внутренней картины здоровья. Основные направления этих изменений:

создание здоровьесберегающей инфраструктуры образовательного учреждения;

рациональная организация жизнедеятельности всех учащихся с целью обеспечения оптимального индивидуального уровня адаптации ребенка к требованиям учебно-воспитательного процесса и одновременно подбор форм и методов обучения и воспитания с целью адаптации образовательного процесса к индивидуальным психофизиологическим, психологическим и личностным особенностям ребенка;

организация системной физкультурно-оздоровительной и коррекционно-развивающей работы;

системная просветительско-воспитательная работа с учащимися на уроке и во внеурочное время с целью формирования ценности здоровья и здорового образа жизни;

организация системы просветительской и методической работы с педагогами и родителями по вопросам сохранения и укрепления здоровья учащихся.

Оценку здоровьесформирующей деятельности школы, по нашему мнению, необходимо проводить в комплексе с учетом формальных и неформальных критериев. Формальные критерии должны помочь оценить степень системности и последовательности изменений традиционной системы образования с целью повышения ее здоровьесберегающей направленности. Неформальные критерии – это характеристики качества и эффективности сложившейся образовательной системы с точки зрения ее здоровьесформирующей направленности: ориентация учащихся в повседневной жизнедеятельности на социокультурное содержание здоровья; сформированность у большинства школьников внутренней картины

здоровья социально личностного уровня и обретение жизнеспособности как системного качества личности состояния «единое целое» (оптимально связанное).

Здоровьеформирующее образование в узком смысле – это педагогический процесс по формированию у подростков готовности к оптимизации своей жизнеспособности в условиях системных социальных изменений как основного условия профилактики социально-психологического нездоровья. Мы предполагаем, что готовность к оптимизации своей жизнеспособности является динамической смысловой системой, которая помогает подростку выстраивать оптимальную индивидуально-эффективную стратегию поведения внутри конкретной социокультурной группы.

Мы считаем, что основными задачами здоровьеформирующего образования в узком смысле должны быть следующие:

- обучение подростков методам идентификации вызывающих стресс факторов, связанных с выполнением актуальной деятельности совместно с конкретной социокультурной группой, что помогло бы им своевременно обнаруживать эти факторы, предвидеть их воздействие и понимать их;

- обучение подростков стратегии решения проблем путем целенаправленного совершенствования своей жизнеспособности для достижения индивидуально значимого результата при выполнении актуальной деятельности совместно с конкретной социокультурной группой;

- обучение подростков конкретным мерам для защиты от воздействия вызывающих стресс факторов или приемам быстрого устранения неблагоприятных последствий такого воздействия при выполнении актуальной деятельности совместно с конкретной социокультурной группой;

- обучение подростков методам управлению своими эмоциями, осуществляемое путем оказания им помощи в идентификации и понимании своих эмоций (в словесном формулировании в соответствии с социокультурными установками общества), а также в их регулировании;

- обучение подростков методам эффективной коммуникации в условиях стресса или в ожидании воздействия вызывающих стресс факторов при выполнении актуальной деятельности совместно с конкретной социокультурной группой.

Мы убеждены, что предложенный нами подход к построению здоровьеформирующего образования позволяет говорить о здоровьесберегающей деятельности школы, как системной комплексной работы по сохранению и укреплению здоровья учащихся во всех его формах и проявлениях. Попытки построения здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения без учета предложенной интегральной модели, по нашему мнению, будут малоэффективны и на уровне отдельных школ могут привести к негативным явлениям, о которых предупреждает В. А. Сластенин [3]: «Между тем вызванные потребностями общества преобразования школы и образовательных учреждений, которые представляют собой педагогические системы, по-прежнему, хаотично локализируются на отдельных компонентах, что не только не приводит к ожидаемым положительным результатам, но и вводит ее в состояние диссонанса и может вызвать внутренние разрушения при видимом сохранении внешнего благополучия».

Литература

1. Гуваков В. И. Здоровоохранительная деятельность: социокультурные и методологические проблемы. Новосибирск, 1991.
2. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М., 2003.
3. Слостенин В. А. Избранные труды. М., 2000.
4. Слободчиков В. И., Исаев Е. И. Основы психологической антропологии. Психология человека: Введение в психологию субъективности. Учебное пособие для вузов. М., 1995.

Psychological Base of Health-Preservative Education

Yu.V. Naumenko

*PhD in Education, Associate Professor, Head of the Department of Correctional Pedagogy, Social Psychology and Health-Preservative Education, Volgograd State Academy of Training and Retraining of Educators (VGAPK RO)
naymenko@bk.ru*

The school faces today a serious problem: on the one hand, there are learning difficulties associated with increased requirements and sophistication of educational programs. On the other hand, there is a problem of constantly declining students' health state which hinders the mastering of scientific knowledge. The traditional preventive medical approaches to maintaining and strengthening the children's and adolescents' health do not give the desired results. The article presents assessment of school's health-preservative activities which should be carried out taking into account both formal and informal criteria. The formal criteria should help assess the degree of regularity and consistency of changes in the traditional education system in an effort to increase its health-preservative direction. The informal criteria are the characteristics of quality and efficiency of the existing educational system in terms of its health-preservative orientation. Such as: students' daily life orientation on the socio-cultural content of health; the development of an internal picture of health in the majority of pupils and gaining the vitality as a systemic quality of personality.

Keywords: health, forming education, healthy lifestyle, level of personal health, vitality, socio-cultural phenomenon.

References

1. Guvakov V. I. Zdravoohranitel'naja dejatel'nost': sociokul'turnye i metodologicheskie problemy. Novosibirsk, 1991.
2. Leont'ev D. A. Psihologija smysla: priroda, stroenie i dinamika smyslovoj real'nosti. M., 2003.
3. Slastenin V. A. Izbrannye trudy. M., 2000.
4. Slobodchikov V. I., Isaev E. I. Osnovy psihologicheskoy antropologii. Psihologija cheloveka: Vvedenie v psihologiju sub#ektivnosti. Uchebnoe posobie dlja vuzov. M., 1995.