

*Е. И. ПРИСТУПА*

### **Здоровье ребенка как социальная ценность**

Здоровье — одно из важнейших общечеловеческих и индивидуальных ценностей. Сократ так говорил о здоровье: «Здоровье не все, но все без здоровья — ничто». Широкое международное признание получило определение здоровья, данное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и отраженное в своем Уставе в 1948 г.: «Здоровье — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»<sup>1</sup>. Понятие «ценности» стало вводиться в философские рассуждения в середине XIX века, когда человека начали рассматривать как активное существо, преобразующее действительность<sup>2</sup>. Здоровье человека является предметом изучения различных наук. Существует трехмерное понимание здоровья как качества жизни, предполагающего взаимодействие и взаимозависимость между физическим состоянием человека, его психическими проявлениями, эмоциональными реакциями и социальной средой, в которой он живет. Три компонента здоровья относятся,

с физической точки зрения, к структуре и нормальному функционированию организма, а с психической и социальной точки зрения — к модели поведения личности<sup>3</sup>.

Поскольку человеческая жизнь является высшей ценностью, то совокупность свойств, качеств, состояний человека есть ценность не только человека, но и общества. Именно это превращает здоровье каждого индивида в общественное богатство. Категория «здоровье» относится к социальным ценностям. Здоровый образ жизни — это мера цивилизованности и человечности, характеризующая как отдельного человека, так и общество в целом, физическое, нейропсихическое, личностное, социальное развитие является одним из основных критериев здоровья ребенка.

В настоящей статье мы больше внимания уделим социальному (нравственному) компоненту здоровья.

Социальное здоровье личности ребенка, по нашему мнению, — такое состояние человека, при котором его биопсихические воз-

возможности способствуют установлению равновесия с социальной средой путем адаптации и конструктивной активизации в ней, следуя нравственным социальным нормам. Антиподом социального здоровья является, по мнению И. В. Кузнецовой, состояние социальной запущенности, по мнению Г. С. Никифорова — социальное неблагополучие<sup>4</sup>, по нашему мнению, — социокультурная деформация личности.

И. В. Кузнецова определяет следующие критерии социального здоровья детей и подростков<sup>5</sup>: адаптация в референтных общностях (семья, группа детского сада), овладение ведущими и другими видами деятельности (игровая, учебная, учебно-профессиональная), овладение нормативным, правилосообразным поведением, выработка индивидуального стиля поведения (деятельности), наличие самоконтроля и саморегуляции поведения в зависимости от обстоятельств, общая средовая адаптация — интеграция в общество.

В ходе исследования мы определили следующие критерии социального здоровья: оптимальный уровень социальной адаптации, адаптивность, нормативность социального развития, социализированность, воспитанность, социальность поведения, нормативность личностного развития, здоровая психическая деятельность. Нарушение социального здоровья связано с социальной пассивностью ребенка либо с деструктивной активностью. Для профилактики социальной беспомощности ребенка следует включать его в тренинговые формы работы как в образовательных учреждениях, так и в психолого-педагогических медико-социальных центрах (ППМС-центрах). Социальное нездоровье личности, ребенка, как правило, проявляется в нарушении закона, формировании делинквентного поведения. Такая категория детей является объектом исследования социальной и пенитенциарной педагогики. Если нет тяжелых нарушений в психическом развитии ребенка, необходимо проводить профилактическую работу по формированию социального здоровья с де-

тями, входящими в группу риска: дети, воспитываемые в семье с одним родителем; дети из алкоголизованных/наркотизованных семей; одаренные; дети с проблемами в учебной деятельности; дети с ограниченными возможностями; дети, воспитываемые в семьях с низким (или, наоборот, с чрезмерно высоким) материально-экономическим достатком; дети, проживающие в экономически слабо развитых регионах, территориях; дети, требующие различного рода формы реабилитации; дети — социометрические звезды или социометрические отверженные; дети, не посещающие школу, занимающиеся бродяжничеством; дети с умеренными психическими нарушениями; дети, подвергшиеся насилию и др.).

Перейдем к анализу социального компонента здоровья. В исследовании приняло участие 1400 детей в возрасте от 2 до 18 лет, обучающихся в МОУ №36 г. Тольятти Самарской области, комплексе «Детский сад — школа «Росток» г. Тольятти Самарской области, состоящих на учете в инспекции по делам несовершеннолетних №6 г. Тольятти Самарской области, Лицее г. Истры Московской области<sup>6</sup>. Исследование проводилось в 2005/2006 учебном году. Цель исследования: провести констатирующий эксперимент, изучив социальное здоровье детей и подростков. Проведение формирующего эксперимента по воспитанию социально здоровой личности ребенка в своей сути затруднительно, так как педагогическому влиянию будут поддаваться лишь отдельные стороны воспитательного процесса либо процесса личностного, психосоциального, социального развития. Поскольку социальное здоровье является комплексной категорией, включающей процессы и результаты социально-психологической адаптации, социализации (которая может быть не только целенаправленной, но и стихийной), социального развития и социального воспитания, которые зависят от разных факторов (не только микросоциальных, но мезо- и макросоциальных), специальная организация психолого-педагогических и социально-педаго-

гических условий невозможна. Методами исследования явились: наблюдение, самонаблюдение, констатирующий эксперимент, метод экспертной оценки, изучение продуктов деятельности детей, опросы, методы математической обработки данных.

Так, например, определяя воспитанность, социализированность и уровень социального развития, была использована экспресс-диагностика комплексного изучения социально здоровой личности ребенка. Целью одной из таких методик («Теремок») было выяснение того, на кого ориентируется ребенок в трудной ситуации, на чью помощь рассчитывает. В итоге, из 50 учащихся 6–7-х классов большая часть (60%) описывали отрицательных героев: крейзи — злого драчуна, злую обезьяну, бабу-ягу (несколько выборов), подрывника, снайпера, крысу, кощера и других. Своих персонажей школьники характеризовали как злых, толстых, убивающих, страшных. Остальные испытуемые отмечали добрых сказочных героев из русских народных сказок (лягушку, зайца, медведей).

Целью методики «Письмо» было выяснить, что волнует ребенка, о чем он думает, чего хочет, кого считает своим другом, доверенным лицом. Детям предлагалось написать письмо любимому герою сказки, книги, фильма и рассказать о том, что они думают. В итоге, 90% детей обращались с просьбой о подарке к известным киногероям и публичным лицам (Б. Питу, А. Шварценеггеру, Ф. Бондарчуку и другим), 9% — к мультипликационным персонажам (Шреку, Сабрине — маленькой ведьме, цыпленку), 0,5% — к членам семьи (бабушке, но не родителям) и 0,5% не нашли своего адресата. Данные говорят о том, что дети, прежде всего, ориентированы на негативные модели поведения агрессивного характера, затрудняющие конструктивное взаимодействие со сверстниками и взрослыми. Эталонными качествами для ребенка выступают придуманные виртуальные свойства мульти- или киногероев, но не тех людей, которые непосредственно его окружают.

Методика «Золотая рыбка» выявляет круг желаний детей. 100% (!) детей выразили желание обладать какими-либо предметами, начиная «крутым сотовым телефоном», заканчивая четырехкомнатной квартирой в престижном квартале. 40% детей одним из первых желаний обозначали «чтобы не было войны», «чтобы быть здоровым», «хорошо учиться» и сразу же определяют в качестве дополнения наличие денег, магазинов, квартир, компьютеров, телефонов (по убыванию вариантов выбора). Результаты говорят о том, что ценностные ориентации испытуемых школьников носят вещно-предметный характер, ориентированный на прагматичное либо престижное использование. Все выбранные пожелания детей не принимают разрушающий характер и характеризуются конструктивностью.

Полученные данные помогут классным руководителям вовремя откорректировать возможные личностные деформации, процесс формирования асоциальных ценностных ориентаций.

Отметим, что в школах сохраняется тенденция воспитания трудных подростков, состоящих на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. Согласно данным, полученным при изучении экспертных оценок специалистов, 80% трудновоспитуемых составляют мальчики и юноши, из десяти судимых — две девочки (20%), 100% подопечных воспитываются в неблагополучных неполных семьях, 90% правонарушений, совершенных подростками, являются уголовно наказуемыми, 10% — административными. Несмотря на то, что дети находятся на учете в инспекциях по делам несовершеннолетних, не у всех воспитанников отмечаются социокультурные личностные деформации, но они входят в «группу риска» с предсказуемыми ожиданиями.

Мониторинг социального здоровья детей и подростков проводился с психически здоровыми испытуемыми с нормативным личностным развитием (в медицинских картах ни у кого не было поставлено медицинского диагноза по психическим нарушениям здоро-

вья). Это означает, что у детей присутствует осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я», критичность к себе, своей деятельности, ее результатам, адекватность психических реакций силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям, способность к самоуправлению поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами, способность изменить способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

В результате мониторинга социального здоровья ребенка получены следующие данные (табл. 1).

На основе полученных данных можно сделать вывод, что трудности социально-психологической адаптации начинают наблюдаться с младшего школьного возраста (1,3%), 16,7% детей имеют наибольшие трудности адаптации в подростковом возрасте, это количество снижается в старшем школьном возрасте (5%). Уровень адаптированности детей дошкольного возраста абсолютно удовлетворителен. Средний и низкий уровень адаптированности характеризуется следующими особенностями: конформизм в отношении норм коллективной жизни, неустойчивые отношения с окружающими, противоречивое отношение к педагогическим воздействиям,

периодическое участие в жизни детского коллектива, неполная удовлетворенность своим статусом и отношениями, неприятие и невыполнение норм коллективной жизни, конфликтные отношения с окружающими, неуправляемое поведение и т. д. Диагностика уровня социально-психологической адаптированности проводилась с помощью педагогического наблюдения, экспертной оценки, анкетирования детей и педагогов.

По результатам диагностики нормативности социального развития составлена табл. 2 (с. 180).

Данные таблицы свидетельствуют о том, что у детей раннего и дошкольного возраста уровень социального развития сформирован на высоком уровне, в подростковом возрасте появляется риск нарушения социального развития у шести испытуемых (1,4%), в старшем школьном возрасте отклонения в социальном развитии незначительны (0,5%).

Высокий уровень социального развития характеризуется тем, что ребенок старается понять свое место в жизни, занять определенное социальное положение в детском коллективе, выполняет наложенные на него социальные роли, следует социальным нормативам поведения, которые соответствуют его половой идентификации. Адаптивный ресурс личности максимально проявляется в социометрическом статусе, самооценке себя

Таблица 1

## РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

Всего детей (с указанием возраста)	Уровень социально-психологической адаптации					
	высокий		средний		низкий	
	чел.	%	чел.	%	чел.	%
От 2 до 3 лет (50 чел.)	50	100	—	—	—	—
От 3 до 7 лет (50 чел.)	50	100	—	—	—	—
От 7 до 11 лет (450 чел.)	444	98,7	5	1	1	0,3
От 11/12 до 15 лет (450 чел.)	377	83,7	50	11,1	23	5,2
От 15 до 17/18 лет (400 чел.)	380	95	20	5	—	—

Таблица 2

## РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ НОРМАТИВНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Всего детей (с указанием возраста)	Уровень социального развития					
	высокий		средний		низкий	
	чел.	%	чел.	%	чел.	%
От 2 до 3 лет (50 чел.)	50	100	—	—	—	—
От 3 до 7 лет (50 чел.)	50	100	—	—	—	—
От 7 до 11 лет (450 чел.)	448	99,6	2	0,4	—	—
От 11/12 до 15 лет (450 чел.)	434	96,4	10	2,2	6	1,4
От 15 до 17/18 лет (400 чел.)	398	99,5	2	0,5	—	—

как личности, активности или пассивности, ориентации на изучение и выполнение будущих профессиональных действий (в старшем школьном возрасте).

На основе результатов диагностики социализированности ребенка была составлена табл. 3.

Полученные данные позволяют сделать следующий вывод: начиная с младшего школьного возраста социализированность, связанная с социально-психологической адаптированностью, имеет некоторые отклонения у 5–7% школьников по показателям социальной активности, социальной и психологи-

Таблица 3

## РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ СОЦИАЛИЗИРОВАННОСТИ РЕБЕНКА

Всего детей (с указанием возраста)	Критерии социализированности (в %)							
	социальная интегративность личности	социальная активность	социальная адаптированность	психологическая адаптированность	социальная пластичность	социальная автономность	социальная эффективность	социальная удовлетворенность
От 2 до 3 лет (50 чел.)	100	100	100	100	100	100	100	100
От 3 до 7 лет (50 чел.)	100	100	100	100	100	100	100	100
От 7 до 11 лет (450 чел.)	100	93	95	95	95	95	100	95
От 11/12 до 15 лет (450 чел.)	100	93,7	93,7	93,7	93,7	93,7	93,7	93,7
От 15 до 17/18 лет (400 чел.)	100	100	95	95	95	95	95	95

ческой адаптированности, социальной пластичности, автономности и удовлетворенности. Наибольший процент нарушений процесса социализации (6,3%) наблюдается у детей подросткового возраста. Причем эти аномии

отмечаются у одних и тех же детей. Во всех случаях дети воспитываются в неблагоприятной семейной обстановке.

По результатам изучения уровня воспитанности составлена табл. 4.

Таблица 4

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ ВОСПИТАННОСТИ И СОЦИАЛЬНОСТИ  
ПОВЕДЕНИЯ РЕБЕНКА

Показатели воспитанности	Всего детей (с указанием возраста в %)				
	От 2 до 3 лет (50 чел.)	От 3 до 7 лет (50 чел.)	От 7 до 11 лет (450 чел.)	От 11/12 до 15 лет (450 чел.)	От 15 до 17/18 лет (400 чел.)
1. Широкий запас нравственных знаний об отношении к труду, к обществу, к другому человеку, к самому себе	В соответствии с возрастом 100	В соответствии с возрастом 100	В соответствии с возрастом 100	93,7	95
2. Нравственные знания принимает осознанно, свободно рассуждает в их рамках	В соответствии с возрастом 100	В соответствии с возрастом 100	99,6	99,4	99,4
3. Использует нравственные знания при анализе жизненных ситуаций	В соответствии с возрастом 100	В соответствии с возрастом 100	99,6	99,4	99,4
4. Использует нравственные знания как основу своих личных ценностей, ориентации, мотивов	В соответствии с возрастом 100	В соответствии с возрастом 100	99,6	99,4	95
5. Умеет сопоставлять и осознавать разные мотивы и в соответствии с этим принимать решения	—	—	100	95,6	97,5
6. Отстаивает свои позиции и убеждения	В соответствии с возрастом 100	В соответствии с возрастом 100	95,6	95,6	99,4
7. Активно включается в ситуации нравственного выбора. Имеет свои убеждения и точку зрения, может принять ответственность за свое решение	—	60	95,6	95,6	99,4

Продолжение таблицы 4

Показатели воспитанности	Всего детей (с указанием возраста в %)				
	От 2 до 3 лет (50 чел.)	От 3 до 7 лет (50 чел.)	От 7 до 11 лет (450 чел.)	От 11/12 до 15 лет (450 чел.)	От 15 до 17/18 лет (400 чел.)
8. Умеет ставить реалистичные цели, достигать их в ситуации помех, затруднений	—	—	71,1	77,8	93,25
9. Способен в кризисных ситуациях пересмотреть свои цели, выстроить новые ценности и смыслы	—	—	71,1	77,8	93,25
10. Преобладают положительные эмоции, устойчивые проявления характера	—	В соответствии с возрастом 100	89,3	88,9	97,5
11. Поступки и поведение соответствуют нравственным знаниям	В соответствии с возрастом 100	В соответствии с возрастом 100	95,6	95,6	99,4
12. Поведение соответствует личным убеждениям	—	В соответствии с возрастом 100	98,9	93,3	99,4
13. Активность и инициативность ребенка в совместных видах деятельности детского коллектива	В соответствии с возрастом 100	В соответствии с возрастом 100	100	93,3	87,5
14. Адаптивное поведение	В соответствии с возрастом 100	В соответствии с возрастом 100	100	95,6	99,4
15. Соблюдение режима дня	100	100	97,8	96,7	99,4
16. Отсутствие вредных привычек	—	—	100	77,8	75
17. Наличие хобби	—	—	66,7	73,3	87,5
18. Посещение школы	—	—	99,6	96	99,5
19. Низкая конфликтность	—	—	89,3	88,9	97,5
20. Следование моральным нормам поведения	В соответствии с возрастом 100	В соответствии с возрастом 100	98,9	96	97,5

Показатели воспитанности	Всего детей (с указанием возраста в %)				
	От 2 до 3 лет (50 чел.)	От 3 до 7 лет (50 чел.)	От 7 до 11 лет (450 чел.)	От 11/12 до 15 лет (450 чел.)	От 15 до 17/18 лет (400 чел.)
21. Доброе отношение к животным	—	—	100	100	100
22. Ведение ЗОЖ	В соответствии с возрастом 100	В соответствии с возрастом 100	96,7	77,8	75

На основе полученных данных можно сделать следующее заключение. Большая часть всех детей имеет нормативный уровень воспитанности по показателям пунктов, кроме №8–10, 17, 19. Наибольшую тревогу вызывает наличие вредных привычек у подростков, отсутствие желания вести здоровый образ жизни (ЗОЖ), конформность поведения (см. пункты 11, 13). Наибольший процент детей с небольшими значениями по показателям воспитанности приходится на подростковый возраст.

Полученные данные свидетельствуют, что нарушения социального здоровья наиболее ярко проявляются, начиная со школьного возраста, а именно с младшего школьного возраста. Это явление связано, прежде всего, с несколькими основаниями: изменение социального статуса ребенка, содержание новой социальной роли школьника, большее влияние процесса стихийной социализации со стороны дворового детского сообщества, изменение процесса социально-психологической адаптации в связи с возрастным кризисом семи лет. Социокультурные личностные деформации наиболее ярко проявляются в подростковом возрасте у детей с неблагоприятной семейной обстановкой. Данная категория подростков совершает административные и уголовные правонарушения. Воспитанники нуждаются в особом внутришкольном контроле либо кон-

троле со стороны пенитенциарных учреждений. Коррекция процесса социального, личностного развития, воспитания, социализации, адаптации возможна при оказании социально-педагогической помощи со стороны специалистов междисциплинарной команды: социального педагога (социального работника в сфере образования), школьного (клинического) психолога, классного руководителя, врача (педиатра, невропатолога, психиатра), заместителя директора по воспитательной работе, работников социальной службы, инспектора по делам несовершеннолетних.

<sup>1</sup> Артюнина Г. П., Игнаткова С. А. Основы медицинских знаний: здоровье, болезнь и образ жизни : учеб. пособие для высшей школы. М., 2005. С. 8.

<sup>2</sup> См.: Каган М. С. Философская теория ценности. СПб., 1997.

<sup>3</sup> См.: Казначеев В. П. Здоровье нации. Просвещение. Образование. М., 1996. С. 43.

<sup>4</sup> См.: Психология здоровья : учебник для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. СПб., 2003.

<sup>5</sup> См.: Овчарова Р. В. Справочная книга социального педагога. М., 2001. С. 183.

<sup>6</sup> Данные констатирующего эксперимента в Лицее г. Истры Московской области были получены при сотрудничестве с заместителем директора по воспитательной работе Лидией Алексеевной Максимовой.