

## ЗДОРОВЬЕ КАК ПРИРОДНЫЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ ФЕНОМЕН

**Н. А. Кожурина<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет  
им. Н. П. Огарева» (г. Саранск, Россия)*

В работе анализируется актуальная в настоящее время проблема здоровья, становления, развития, воспроизводства и ухода из жизни человека – личности. В научной литературе она представлена как социально-психологическая задача вхождения индивида в систему ценностей семьи, культуры, социальной среды, т. е. преимущественно как социализация. В социальной философии – как междисциплинарная комплексная проблема взаимосвязи человека и окружающего мира, человека и социума, в результате которой социальный субъект проходит стадии выживания, социализации, воспроизводства своего профессионального и социального статуса, места в системе общественных отношений. Кроме этого, в статье рассматривается проблема социальной адаптации человека в условиях модернизации всех сфер общественной жизни, нестабильности рыночных отношений, неустойчивой социальной ситуации. Новизна постановки проблемы и ее решения заключается в том, что социальная адаптация индивида прослеживается на всех этапах становления и развития личности: с момента рождения, социализации, где внимание обращено на природные и социальные факторы, до процесса трудовой деятельности как формирования профессиональных данных и социального статуса, где решающую роль играют культура, социальная инфраструктура и быт. Статья носит социально-философский характер: обоснование идей о том, что социальная адаптация имеет специфику не только у различных поколений, но и внутри поколений у ранних социальных и национальных групп, слоев, общностей, классов, предполагает необходимость конкретных социологических исследований для их определения. Актуальность и ценность работы усиливается оттого, что в ней не только исследуется специфика социальной адаптации на различных этапах (стадиях) становления личности, раскрываются механизмы ее функционирования (социальное общение, социализация, формирование мотивов, интериоризация и др.), но и предлагаются социальные методы регулирования адаптационных процессов, в том числе механизм социальной защиты материнства и детства.

**Ключевые слова:** здоровье, феномен, норма, болезнь, адаптация.

## HEALTH AS A NATURAL AND SOCIAL PHENOMENON

**N. A. Kozhurina<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>*Ogarev Mordovia State University (Saransk, Russia)*

The work analyzes the problem of health, which is topical nowadays, regarding upbringing, development, reproduction and death of a person. Philosophical approach to this problem differs in integrity, comprehensiveness and discrepancy of analysis of the process of social adaptation of an individual from the moment of birth till the end of labor and biological life itself. It appears in scientific literature as a social and psychological task – consideration of the process of entrance of an individual into the system of values of a family, culture, the social environment, i.e. often called “socialization”. Social philosophy investigates it as an interdisciplinary complex problem of interrelation of

a person and world around them; as a result the social subject passes stages of a survival, socialization, reproduction of a professional and social status, a place in the system of public relations.

The problem of social adaptation of a person under the conditions of modernization in all spheres of public life, instability of market relations, prices, social situation is considered. Novelty of statement of a problem and its decision is that social adaptation of an individual is traced at all stages of formation and development of personality: from the moment of the birth, through socialization where the attention is paid to natural and social factors, influences of health, family, family relations, mechanisms of formation of personality, then formation of professional data and social status in the course of work, and the crucial role here is played by culture, social infrastructure and living conditions. The current article is social and philosophical: justification of ideas of social adaptation specifics in early social and national groups, layers, communities, classes, country and urban populations, pushes on need of specific sociological researches for determination of these features and distinctions.

Relevance and value of work is amplified since it reveals not only specifics of social adaptation at various stages of formation of an individual, but also mechanisms of functioning (social communication, socialization, formation of motives, interiorization, etc.). Besides, authors propose social methods of regulation of adaptation processes, which includes usage of mechanisms of social protection of motherhood and childhood.

**Keywords:** health, phenomenon, norm, illness, adaptation.

Важнейшим вопросом в системе проблем социальной адаптации является характеристика состояния здоровья населения. Наиболее ярким воплощением целостности, многоуровневости и комплексности исследуемого процесса является здоровье больших групп населения – общественное здоровье. В нем объединяются, как и в здоровье индивидов, биологические и социальные элементы. Вместе с тем общественное здоровье нельзя определить через сумму его индивидуальных проявлений, поскольку оно существует как качественно новое образование, отражающее взаимопроникновение и наложение социобиологических состояний индивидов, а также демографических, экономических, социокультурных, гигиенических и санитарно-эпидемиологических процессов в обществе. Можно сказать, что *общественное здоровье* – это комплексный показатель экономического и культурного развития общества, качественного состояния социальных институтов, который интегрирует биологические, демографические, социальные процессы.

Качественная сущность здоровья как социального феномена проявляется прежде всего в его характеристике: *здоровье* – это следствие человеческого развития, которое выражается в уровне жизни, росте культуры населения, его общеобра-

зовательного уровня, в прогрессе науки, сокращении социального неравенства. В концепциях функционирования и развития человечества, принятых под эгидой ООН, подчеркивается всесторонний характер социального прогресса. Здоровье не является результатом одного только экономического роста, поскольку интегрирует в себе сбалансированное развитие общества – всех его сфер и социальных институтов.

Совершенствование человечества во всем его многообразии обеспечивает благоприятные условия для общественного здоровья. Необходимыми и главными детерминантами его показателей являются качество и структура питания, качество питьевой воды, образовательный и культурный уровень людей, валеологическое просвещение, положение женщин в обществе, материальная обеспеченность населения (особенно разница между уровнем жизни богатых и бедных). В современных условиях большинство стран не может обеспечить такой уровень перечисленных детерминант, при котором они оказывали бы позитивное влияние на здоровье населения. Вследствие этого народы мира подошли к XXI в. с большой тревогой, разочарованиями и нерешенными проблемами.



Вирусные заболевания, несмотря на большие затраты, связанные с их профилактикой, поражали огромные массы населения земного шара в последней четверти XX в. Ежегодным мировым бедствием стали эпидемии гриппа. Основные факторы возникновения и развития современных патологий у большинства людей тесно связаны с изменением условий жизни. Психические и эмоциональные стрессы, снижение физической активности, загрязнение окружающей среды, нерациональное питание, вредные привычки в совокупности составляют современные причины ухудшения общественного здоровья.

Провозглашенное социальное право на здоровье и его реализация остаются часто несомкнутыми: в развивающихся странах это происходит по причине чрезвычайной бедности, низкого уровня жизни населения, недостатка врачебных кадров, отсутствия нелечебных методов поддержания здоровья; в промышленно развитых странах – из-за различий в уровнях жизни разных социальных слоев населения, трудностей оплаты постоянно дорожающих лечения, отдыха, образования.

Образ жизни как объект социологического наблюдения объединяет несколько характеристик – уровень, качество, уклад и стиль жизни. Между здоровьем населения и характеристиками образа жизни существуют неоднородные зависимости. Рост уровня жизни, например, не всегда оказывает положительное воздействие на здоровье: более комфортные условия, калорийное питание на фоне сокращения физических нагрузок и подвижности ухудшают здоровье населения [11, с. 138]. Уточнение связей между показателями образа жизни и здоровья требует активизации исследований, включения в объект социологических наблюдений различных социально-демографических групп. Особое внимание должно быть уделено изучению групп риска – детей и молодежи, образ жизни которых (привычки, режим, ценности) находятся в стадии формирования. «Давно известно, что коррекция

взрослых в чрезвычайной степени затруднительна и также поразительно редко бывает успешной» [17, с. 43]. Проводя определенные профилактические мероприятия с детьми, легче предотвратить возникновение вредных привычек.

Такие процессы как получение образования в молодости, дальнейшее его совершенствование, поддержание способности к эффективному труду, улучшение общественного и личного благополучия зависят от уровня исходного и текущего здоровья. Обеспечение в обществе гарантий прав граждан на охрану их здоровья (начиная с детского возраста) является базой для реализации других прав и свобод: политического и экономического выбора, свободы передвижения, создания семьи, осуществления творческих и созидательных возможностей, уважения окружающих и самоуважения. Нездоровье индивида превращает его существование в пытку, ведет к ущемлению его основного права – права на жизнь. Следствием нездоровья нации и ее поколений является снижение качества «человеческого потенциала» – важнейшего источника экономического роста и социальной стабильности.

Здоровье как социальный феномен является предпосылкой и составляющей частью «человеческого капитала», в значительной мере определяет ту совокупность сил, которыми общество может реально распоряжаться в процессе достижения своих целей. Международное сообщество в лице ООН настаивает на признании человеческого капитала основным богатством каждой страны. «Национальное богатство может расширить возможности выбора людей. Определяющим здесь является не само по себе богатство, а то, как его используют разные страны. И до тех пор, пока общество не осознает, что основное его богатство – это люди, излишняя озабоченность производством материальных благ будет заслонять конечные цели жизни людей» [17, с. 190].

Использование показателя здоровья в качестве важнейшей характеристики человеческого капитала конкретных

стран и регионов позволяет вывести на новый уровень сравнительный анализ их социально-экономического развития. Но это затруднено неразработанностью системы классификации показателей здоровья. На официальном уровне признается, что «многие проблемы изучения и измерения здоровья еще далеки от своего решения. Уровень смертности сам по себе не может служить характеристикой здоровья нации. Иначе получится, что самый низкий уровень здоровья – у солдат воюющей армии» [6, с. 26]. Проблема измерения уровня здоровья и его оценки остро стоит как в глобальных исследованиях, так и в практике изучения текущего физического, психического и духовного потенциала нации и ее устойчивых групп.

Здоровье в обыденном сознании выступает в качестве некой абстракции, к которой нужно стремиться. Такое представление о нем имеет ценностно-нормативный смысл и меняется вместе с обществом, а точнее – с эволюцией представлений о полноценности человека, принятых в конкретной культуре. С другой стороны, здоровье – это состояние (или процесс), которое реально ощутимо. Оно может ограничивать или расширять возможности человека в решении повседневных и перспективных задач, реализации намерений и планов. Между «абсолютным здоровьем» и «абсолютным нездоровьем» располагается целая гамма промежуточных состояний, близких то к здоровью, то к болезни, но не являющихся ни тем ни другим. Оба представления нуждаются в более точном выражении. Это необходимо, во-первых, для определения очертаний границ того «полного благополучия», к которому можно стремиться, во-вторых, для более точного отслеживания возрастных изменений и сопоставления их с выработанными стандартами различных компонентов здоровья. Наличие таких стандартов поможет объективно отразить то бедственное положение, в котором находится наше детство, и даст возможность муниципальным и республиканским органам власти, равно как

и общественным движениям, целенаправленно включиться в коррекцию существующей ситуации [10, с. 451]. В-третьих, наличие самых приближенных критериев здоровья необходимо для санитарно-гигиенического, валеологического просвещения населения, особенно тех категорий граждан, от которых зависит благополучие детей и подростков, т. е. родителей, педагогов, психологов. Для поддержания здоровья очень важно дать человеку верный стимул в нужное биологическое время. Само понятие о нормальном становлении индивида в эпоху «управляемой биосоциальной эволюции» обязательно включает наличие множества стимулирующих воздействий как для психофизиологического, так и для культурного развития. Непривитие вкуса к чтению, живописи и музыке, а также потребности в физической культуре и навыков самосохранительного поведения – значимые показатели отклонений в общей системе здоровья человека.

Учитывая, что общественное здоровье в реальной жизни существует в социально-распределенных формах (здоровье нации, общности, группы, индивида), все его показатели мы разделили на 3 группы:

1) макросостояния, соответствующие основным компонентам интегральной системы здоровья, – соматические, психические, духовные;

2) интегральные функции в рамках выделенных компонентов, соответствующие основным критериям здоровья (всего 9 критериев);

3) функциональные элементы организма и личности – собственно показатели, которые соотнесены с критериями и компонентами (всего 34 показателя).

Чем масштабнее носитель здоровья, тем выше обобщенность характеристик, требуемых для описания состояния и динамики его социобиологического благополучия.

Предлагаем качественный анализ структуры здоровья в форме систематизированной карты признаков и показателей (таблица). В качестве основных блоков системы выступают 3 компонента.

## Качественная классификация структуры здоровья (авторская концепция)

## Qualitative classification of health structure (author's concept)

| Компоненты интегральной структуры здоровья | Критерии   | Показатели  |
|--|--|---|
| Соматическое здоровье                      | 1. Физическая подготовленность (развитие)          | 1.1. Соответствие уровня развития возрасту<br>1.2. Весоростовые индексы<br>1.3. Физическая выносливость (адаптивность)  |
|  | 2. Функциональное состояние организма и его систем | 2.1. Пульс<br>2.2. Артериальное давление<br>2.3. Работа сердца (по формуле Ж.-П. Сартра)<br>2.4. Емкость легких<br>2.5. Состав биологических жидкостей<br>2.6. Состояние опорно-двигательного аппарата<br>2.7. Острота зрения |
|  | 3. Сопrotивляемость организма                      | 3.1. Наличие хронических или длительных заболеваний<br>3.2. Частота заболеваний<br>3.3. Длительность отклонений от благополучия<br>3.4. Характер отклонений   |
| Психическое здоровье                       | 1. Психическое развитие                            | 1.1. Соответствие уровня развития возрасту<br>1.2. Гармоничность психических процессов<br>1.3. Умственное развитие (интеллектуальный потенциал)   |
|  | 2. Функциональное состояние психики                | 2.1. Умственная работоспособность<br>2.2. Концентрация, объем внимания<br>2.3. Эмоциональное состояние<br>2.4. Двигательная активность  |
|  | 3. Устойчивость психической сферы                  | 3.1. Эмоциональные реакции<br>3.2. Наличие пограничных состояний<br>3.3. Наличие психогенных заболеваний  |
| Духовное здоровье                          | 1. Развитие самопознания                           | 1.1. Самооценка, самоуважение<br>1.2. Самоконтроль<br>1.3. Самоохранительное поведение  |
|  | 2. Морально-психологический настрой                | 2.1. Ценностно-смысловые ориентации<br>2.2. Морально-волевые качества<br>2.3. Осознание себя субъектом собственной жизни<br>2.4. Уверенность в завтрашнем дне   |
|  | 3. Социальная активность                           | 3.1. Коммуникабельность<br>3.2. Овладение этическими нормами<br>3.3. Доступные социальные роли, формы деятельности  |

1. *Соматическое здоровье* представляет собой уровень структурных и функциональных возможностей организма, его адаптивных резервов, позволяющих в каждый возрастной период адекватно реагировать и приспосабливаться к изменяющимся требованиям внешней среды. Оно, как и все остальные элементы общей системы «здоровье», является интегральным признаком, отражающим различные стороны соматогенеза, а значит, системой – открытой, целостной, взаимодействующей с другими системами и с внешней средой.

Основными критериями отслеживания телесного здоровья являются физическое развитие организма и его функциональные способности; среди значимых проблем выделяют получение комплексной оценки и акцентуацию возрастных изменений.

Особенности соматического благополучия человека зарождаются в раннем возрасте. Именно в этот период определяются развитие и дифференциация всех структур и функций организма, закладываются прочность и устойчивость телесного и общего здоровья. Изменение данного уровня в последующие за детством и отрочеством годы носит ограниченный характер.

Критерии соматического здоровья:

- 1) физическая подготовленность (развитие);
- 2) функциональное состояние органов и систем;
- 3) резистентность (сопротивляемость) организма.

В таблице указаны количественные и качественные показатели данных признаков.

2. *Психическое здоровье* – это состояние душевного благополучия, основанное на гармоничном развитии психических процессов, адекватном отражении окружающего мира и эффективном психологическом функционировании индивида.

Материальным субстратом психического здоровья являются мозг, система анализаторов и функциональные сис-

темы, опирающиеся на комплексы одновременно работающих мозговых зон. Психические функциональные системы формируются в онтогенезе и могут динамически перестраиваться или преобразовываться в новые системы в зависимости от конечной задачи. К основным психическим функциям относятся восприятие, память, речь и мышление. При выполнении каждой из них реализуется еще одна функция – внимание.

Критерии психического здоровья:

- 1) психическое развитие;
- 2) функциональное состояние психики;
- 3) устойчивость психической сферы.

Показатели, раскрывающие перечисленные признаки, также приведены в таблице.

3. *Духовное здоровье* отражает социальное самочувствие человека, уровень саморегуляции и самореализации, достигнутый благодаря семантическому опосредованию жизни. Этот компонент наиболее ярко характеризует социальную дееспособность личности, а также направленность социальной энергии нации. Он относительно самостоятелен, но опирается на физическое и психическое здоровье.

Материального субстрата духовного благополучия не существует, и в этом состоит основное своеобразие характеристик данного компонента интегральной системы здоровья. Единственной единицей при изучении самочувствия личности может быть только личность, «взятая в абстрактной форме как “живое противоречие”, фиксирующее наиболее существенные свойства этого объекта исследования» [5, с.15–16]. Составные части «живого противоречия», которое разрешается личностью по мере становления и развития, на наш взгляд, и являются критериями ее духовного здоровья. К ним относятся противоречия между элементарными и высшими потребностями в рамках самопознания и самоутверждения; стремлением к унификации и сохранением самобытности в рамках самовыражения; стремлени-

ем к закрытости (замкнутости на себе) и желанием быть понятым другими в рамках социальных контактов.

Критерии духовного здоровья:

- 1) развитие самопознания;
- 2) морально-психологический настрой;
- 3) социальная активность.

Показатели, вытекающие из качественной классификации «образа» духовного (социального) здоровья и соответствующие перечисленным признакам, приведены в таблице.

На наш взгляд, соединение количественных и качественных показателей с целью получения наиболее полной информации об объекте исследования возможно только на основе междисциплинарных контактов. Методом обеспечения таких контактов и создания режима «интерфейса» между науками могут быть программы комплексных социологических исследований. Соблюдение принципа научности при выведении интегральной характеристики здоровья возможно при условии предъявления жестких требований не только к количественным результатам, но и к оценке качественных признаков. Кроме перечисленных ранее 3 обязательных свойств – доступность, надежность и информативность – показатели «неметрического шкалирования» должны обладать валидностью. Последнее требование связано со спецификой методов сбора, обработки и интерпретации качественной информации. Измерение считается валидным, если действительно измеряется то, что должно измеряться. «Понятно, что этот метод измерения не может быть применен первым встречным, – предупреждал А. Бине, – он требует такта, искусства, умения избегать погрешностей. <...> Более того, в нем нет ничего автоматического; его нельзя сравнивать со станционными весами, на которые достаточно встать, чтобы механизм выбросил карточку с напечатанной на ней цифрой» [3, с. 137].

Каким бы ни было измерение характеристик здоровья, строго математическим или квалитетическим, оно является только средством описания

явления и предшествует качественному анализу полученных результатов, в ходе которого осуществляется их сравнение с определенными нормативами. Поиск и установление нормы функционирования живой, динамичной системы здоровья нации – серьезная проблема, созвучная философской проблеме поиска меры. Поскольку представления о полноценности человека меняются с изменением ценностей в обществе, то и норма этой полноценности не может быть постоянной. Поиски выражения данной категории привели на сегодняшний момент к широкому разбросу мнений. Одной из крайних оценок является определение нормы здоровья как «абстрактного понятия; потому что оно означает состояние, предшествующее заболеванию, которое может быть весьма неодинаковым у разных людей» [4, с. 29]. Другая крайняя позиция фактически ставит знак равенства между «нормой» и «здоровьем» [1, с. 120]. Неправомыслие такого отождествления доказывает развитие теоретических представлений о здоровье в русле оптимального сочетания в нем благополучных и неблагополучных элементов. Практическим опровержением высказанного мнения являются уже приводившиеся примеры «парадокса должителей», у которых нормальное здоровье (считавшееся даже очень хорошим) содержало в своей структуре элементы множественной патологии.

Выбирая срединную позицию, мы разделяем точку зрения ученых, считающих нормой здоровья «оптимальное состояние живой системы, при котором обеспечивается максимальная адаптивность», а наиболее общей мерой этого явления – «диапазон адаптационных возможностей» [9, с. 8]. Однако следует внести существенную, на наш взгляд, поправку: адаптационные возможности и социальная адаптивность не организма, а человека в целом. Из этого следует расширение представлений о слагаемых адаптивности, а значит, и нормы здоровья. *Норма* – это оптимальное сочетание адаптив-

ных резервов психофизиологических и духовных состояний, обеспечивающее социальную дееспособность личности (общности, нации).

Норма для носителей здоровья является неким оптимумом самочувствия. Одновременно исследователи проблем здоровья воспринимают ее как соотносительный критерий. Выделяют социальную, возрастную и индивидуальную соотносительные нормы. Каждая из них имеет свои резервы и уровни выражения.

Процесс установления нормы связан с нахождением среднестатистической величины показателей здоровья при обработке больших массивов эмпирического материала. Такая переработка позволяет уйти от жесткого установления нормы, предложив при этом «мягкий» («плавающий») подход. Его суть состоит в существовании нескольких уровней выражения нормы: минимального, оптимального, идеального и специального. Признание данного подхода имеет принципиальное значение для утверждения ее динамического существования.

Точные границы нормы сложно определить даже в характеристиках телесного здоровья, измеряемых количественными методами. Ведущие физиологи утверждают, что «должную величину» следует устанавливать с учетом возраста, пола, площади поверхности тела, массы и роста. При дифференциации нормы необходимо также принять во внимание экологическую среду и природную зону. Жизнедеятельность в особых условиях приводит к выработке специальных адаптивных изменений в организме и создает основы для функционирования особой «адаптивной нормы». Меняется не столько сама статистическая норма, сколько ее границы. Общепринятый диапазон колебаний составляет одно квадратичное отклонение от средней величины в обе стороны:  $M \pm 5$ . Однако в реальных условиях разные биометрические показатели обладают различной степенью естественной изменчивости, в зависимости от нее нормой может быть  $M \pm 0,55$  или  $M \pm 25$ . Условием сохране-

ния «нормального состояния» является отсутствие в его пределах качественных патологических изменений организма при осуществляющихся количественных сдвигах.

Парадокс современных исследований здоровья нации и здоровья «растущего населения», проживающего в городской и сельской местности, в средней полосе и северных широтах, в экологически благоприятных и неблагоприятных районах, состоит в том, что биологи и медики, признавая адаптивные изменения в организме, сравнивают результаты исследования только с социальными и возрастными нормами, оставляя «в тени» вопрос о наличии (или отсутствии) особо адаптивных границ данного региона [14, с. 5–13]. В этом случае исследования служат скорее решению социально-экономических проблем, чем вопросов нормализации здоровья.

Еще большие трудности возникают при установлении нормы психического здоровья. Значительное количество показателей этой сферы не подлежит точному математическому измерению. Но учитывая то, что измерение – это процедура, с помощью которой измеряемый объект сравнивается с некоторым эталоном и получает точное или условное числовое выражение, исследователи душевного благополучия человека определили протяженность основных показателей – тревожности, коммуникативности, умственной работоспособности, адаптивности. Выделение на каждом континууме отрезков, соответствующих степеням проявления «измеряемого» свойства, позволило экспериментальным путем получить отрезок, условно соответствующий норме – оптимальному состоянию. В данном случае числовое выражение нормы (в условных баллах) ничего не стоит без словесного комментария, качественного определения. Как правило, если такие определения имеются, в них реализуется принцип динамического состояния нормальной реакции: дается характеристика минимальной (сниженной) нормы и оптимальной (обычной). Так,



изучение проблем здоровья ребенка в период адаптации к школе часто базируется на выведении интегральной оценки его поведения и соединении ее с уровнем психологической адаптации к новым условиям. Группа детей, соответствующих оптимальной норме, имеет следующую характеристику. «Учебная активность у них носит постоянно выраженный характер, они добросовестно выполняют все требования учителя, доброжелательны, быстро приобретают друзей. Хорошее настроение, спокойное эмоциональное состояние отмечается у них на протяжении всего периода наблюдения» [12, с. 36]. Первоклассники, отнесенные к сниженной (минимальной) норме, отличаются более длительным периодом адаптации, неустойчивостью познавательного интереса, наличием сложностей в общении с другим детьми и учителем.

Приведенные примеры наглядно демонстрируют не только содержание нормы, но и характер требований, предъявляемых к ней социальными институтами. Нормы психического и духовного здоровья значительно ближе, чем нормы соматического благополучия, стоят к социальным запросам и представлениям общества о «полноценном человеке».

Систематизация явлений, связанных с социальным самочувствием и духовным развитием индивидов, необходимость взвешенной оценки этих процессов и определения возможного уровня отклонений требуют обоснования норм духовного здоровья нации. Как правило, в качестве них выступают социальные нормы – общепризнанные правила, установки поведения. Утверждение устойчивых и повторяющихся образцов поведения в качестве «регулятивных и референтных (обязательных для соотнесения с ними) образований» не означает их абсолютного характера [13, с. 122]. Все социальные нормы относительны: они различны в разных обществах и этнических группах, разделенных в пространстве и во времени. Нормы духовного развития – неотъемлемый элемент культуры, представляющий собой систему социально

приобретенных и трансформируемых от поколения к поколению значимых символов, идей, ценностей, традиций. В разных странах сложилось разное отношение к потреблению алкоголя, проституции, азартным играм и т. д. В то же время существует большой арсенал универсальных общечеловеческих норм морали: уважение к старшим, нетерпимость к насилию, неприятие лжи, воровства. Масштаб действия социальной нормы определяется рамками функционирования признающей ее группы (общности), а также способом институционализации. Ведущие социальные нормы культивируются в деятельности институтов, занимающихся социализацией, но не всегда их образ понятен и близок индивиду. Нормы личностного развития, заложенные в концепции, и учебные программы российского института общего образования сегодня слабо обнаруживаются учащимися: они расплывчаты и абстрактны, их образ часто несовременен и не сопровождается выстроенными моделями поведения.

В отличие от норм телесного здоровья образцы духовного становления не имеют конкретных числовых выражений. Их ядром выступает успешная социализация, самодетерминация, социальная активность. Еще одно отличие состоит в том, что нормы духовного здоровья не могут быть средними величинами. Процесс социального совершенствования человека не имеет предела, не может быть уложен в конечную протяженность, а потому поиски некой средней величины беспочвенны. В роли средней нормы духовного развития выступают формализованные нормативы, которые содержат «дозволенные» и «одобряемые» обществом качества, ориентированные на всеобщие траектории жизненного пути. С одной стороны, следование нормативам способствует более успешной социализации, усилению интеграции общества; с другой – утрачивается уникальность, необобщаемость, оригинальность индивидов – все, что составляет основу творческого, инновационного потенциала социума и его отдельных частей.

«Чем более специфичен человек, тем менее он соответствует как средней, так и идеальной норме. Свою индивидуальность люди оплачивают отказом от нормальности, а случается – и отказом от идеальности. Однако значимость этой индивидуальности, смысл и ценность человеческой личности всегда связаны с обществом, в котором она существует» [16, с. 198–199]. Именно общество через свои институты должно обеспечить альтернативные возможности для самореализации индивидов с целью сохранения их уникальности.

Предложенные в последние годы в качестве характеристик духовного здоровья показатели воспитанности, любознательности, доброжелательности с описанием уровней и нормативов не выдерживают испытаний на надежность и валидность уже в первой стадии эмпирического исследования [2, с. 79–80]. Отказываясь от такого взгляда на духовное развитие личности, когда все можно измерить и скорректировать, нельзя не признать точку зрения, утверждающую, что «социального заказа на воспитание сейчас нет и быть не может», а значит, не может быть и норм духовного развития [7, с. 9]. Сторонники этой позиции утверждают: общество, находящееся на социально-экономическом переломе, движется стихийно-экспериментальным путем, а потому единственным достойным ориентиром для формирования духовного потенциала является познание себя, своих притязаний, возможностей для самоопределения и лучшей реализации.

Очевидно, что введение критериев здоровья человека по уровню его духовности вызывает множество трудностей в практической реализации. Учитывая неоднозначность и сложность процессов формирования духовного здоровья, можно говорить лишь о нижнем крае (или пороге) его шкалы, т. е. о минимальных нормах, отсутствие которых ведет к неспособности осуществле-

ния позитивных социальных функций, к противодействию их выполнению другими людьми, к различным формам отклоняющегося поведения. Полнос наибольших значений здесь не может быть зафиксирован, что предполагает правомерным для исследования показателем духовного здоровья использование шкал открытого типа.

Разрабатывая методологические подходы к социологическому исследованию здоровья нации и ее отдельных общностей, мы пришли к заключению: здоровье как целостную многомерную динамическую систему, имеющую сложную социально-биологическую природу, нельзя свести окончательно к понятиям меры и нормы, уровня и количества.

Это было бы таким же отражением редукционизма, как и сведение всего здоровья только к биологическим проявлениям. Строго формализованный анализ имеет свои пределы. «Искушение считать измерение критерием научности может завести нас только в тупик. Ведь если явления, которые мы стараемся уловить, не принадлежат к классу измеримых, следует улавливать их “качества” исходя из специфики “человека как объекта”<...>» [8, с. 54]. Достижение полноты измерения характеристик здоровья нации через соединение количественного и качественного анализа является частью проблемного поля данного измерения.

Комплексный анализ здоровья детей и подростков потребовал от нас создания «образа» изучаемого объекта и подбора поддающихся исследованию характеристик и свойств. Расчленение объекта на элементы осуществлялось прежде всего по линиям основных категориальных единиц. К их числу мы отнесли следующие: структура здоровья, носители здоровья, этапы возрастных изменений здоровья, типология состояний здоровья, факторы риска и антириска, стратегии поведения в сфере здоровья. Все эти категории отражают сущностные аспекты объекта исследования.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Адо, А. Д. Вопросы общей нозологии / А. Д. Адо. – Москва, 1985. – 120 с.
2. Анисимов, О. С. Менеджмент в управлении школой / О. С. Анисимов. – Москва, 1992. – С. 79–80.
3. Бине, А. Современные идеи о детях / А. Бине. – Москва, 1910. – 137 с.
4. Брехман, И. И. Валеология – наука о здоровье / И. И. Брехман. – Москва, 1990. – 29 с.
5. Брысина, Т. Н. Уникальность человека и проблема одиночества / Т. Н. Брысина // Человек в контексте выбора путей цивилизованного развития. – Ульяновск. – 1998. – С. 15–16.
6. Воронцов, И. М. К обоснованию некоторых общеметодологических и частных подходов для формирования валеологических концепций в педиатрии и методологии / И. М. Воронцов // Методология и социология педиатрии. – Санкт-Петербург. 1991. – С. 26.
7. Газман, О. С. Потери и приобретения после 10 лет перестройки / О. С. Газман // Воспитание и педагогическая поддержка детей в образовании. – Москва, 1996. – С. 9.
8. Гольжак, В. Клиническая социология / В. Гольжак // Социологические исследования. – 1994. – № 5. – С. 54.
9. Казначеев, В. П. Современные аспекты адаптации / В. П. Казначеев. – Новосибирск, 1980. – 8 с.
10. Капица, П. Л. Эксперимент, теория, практика / П. Л. Капица. – Москва, 1981. – 451 с.
11. Кащенко, В. П. Педагогическая коррекция / В. П. Кащенко. – Москва, 1992. – 138 с.
12. Некипелов, М. И. Школа и психическое здоровье учащихся / М. И. Некипелов. – Москва, 1988. – 36 с.
13. Орлова, Э. А. Введение в социальную и культурную антропологию / Э. А. Орлова. – Москва, 1994. – 122 с.
14. Солонин, Ю. Г. Физическое здоровье школьников Севера / Ю. Г. Солонин // Школа здоровья. – 1996. – № 1. – С. 5–13.
15. Степанова, М. А. Медицина и биология как социально-гуманитарные науки / М. А. Степанова // Социологические исследования – 1991. – № 1. – С. 67.
16. Франкл, В. Человек в поисках смысла / В. Франкл. – Москва, 1990. – 368 с.
17. Щепин, О. П. Общественное здоровье и здравоохранение / О. П. Щепин, В. А. Медик. – Москва, 2012. – 592 с.

*Поступила 17.04.2015 г.*

*Об авторе:*

**Кожурина Нина Александровна**, доцент кафедры философии Историко-социологического института ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва» (Россия, г. Саранск, ул. Большевикская, д. 68), кандидат философских наук, nina.machinskayakozhurina.81@mail.ru

*Для цитирования:* Кожурина, Н. А. Здоровье как природный социальный феномен / Н. А. Кожурина // Вестник Мордовского университета. – 2015. – Т. 25, № 3. – С. 19–30. DOI: 10.15507/VMU.025.201503.019

## REFERENCES

1. Ado A. D. Voprosy obshchey nozologii [Issues of general nosology]. Moscow, 1985. 120 p.
2. Anisimov O. P. Menedzhment v upravlenii shkoly [Management for school]. Moscow, 1992. P. 79–80.
3. Bine A. Sovremennye idei o detyakh [Modern ideas about children]. Moscow, 1910. 137 p.
4. Brekhman I. I. Valeologiya – nauka o zdorove [Valeology is the science of health]. Moscow, 1990. 29 p.
5. Brysina T. N. Unikalnost cheloveka i problema odinochestva [Uniqueness of a human and an issue of loneliness]. *Chelovek v kontekste vybora putey tsivilizovannogo razvitiya* [Human in the context of selection of ways of civilized development]. Ulyanovsk. 1998. P. 15–16.
6. Vorontsov I. M. K obosnovaniyu nekotorykh obshchemetodologicheskikh i chastnykh podkhodov dlya formirovaniya valeologicheskikh kontseptsiy v pediatrii i metodo-logii [On justification of some general metho-

dological and particular approaches to formation of concepts and methods in pediatrics and methodology]. *Metodologiya i sotsiologiya pediatrii* [Methodology and sociology of pediatrics]. Saint Petersburg, 1991. P. 26.

7. Gazman O. P. Poteri i priobreteniya posle 10 let perestroyki [Education and pedagogical support for children in education]. *Vospitaniye i pedagogicheskaya podderzhka detey v obrazovanii* [Gains and losses after 10 years of restructuring]. Moscow, 1996. P. 9.

8. Golzhak V. Klinicheskaya sotsiologiya [Clinical Sociology]. *Sotsiologicheskiye issledovaniya* [Sociological researches]. 1994, vol. 5. P. 54.

9. Kaznacheev V. P. Sovremennye aspekty adaptatsii [Modern aspects of adaptation]. Novosibirsk, 1980. 8 p.

10. Kapitsa P. L. Eksperiment, teoriya, praktika [Experiment, theory, practice]. Moscow, 1981. 451 p.

11. Kashchenko V. P. Pedagogicheskaya korrektsiya [Pedagogical correction]. Moscow, 1992. 138 p.

12. Nekipelov M. I. Shkola i psikhicheskoe zdorove uchashchikhsya [School and mental health of students]. Moscow, 1988. 36 p.

13. Orlova E. A. Vvedeniye v sotsialnyuyu i kulturnuyu antropologiyu [Introduction to Social and Cultural Anthropology]. Moscow, 1994. 122 p.

14. Solonin Yu. G. Fizicheskoe zdorove shkolnikov Severa [Physical health of schoolchildren of the North]. *Shkola zdorovya* [School of health]. 1996. no. 1. P. 5–13.

15. Stepanova M. A. Meditsina i biologiya kak sotsialno-gumanitarnye nauki [Medicine and biology as the social sciences and humanities]. *Sotsiologicheskiye issledovaniya* [Sociological research]. 1991. no. 1, P. 67.

16. Frankl V. Chelovek v poiskakh smysla [Human searching the meaning]. Moscow, 1990, 368 p.

17. Shchepin O. P. Obshchestvennoe zdorove i zdravookhranenie [Public health and health care]. Moscow, 2012. 592 c.

*Submitted 17.04.2015*

*About the author:*

**Kozhurina Nina Aleksandrovna**, associate professor of chair of Philosophy of Ogarev Mordovia State University (68, Bolshevistskaya str., Saransk, Russia), Ph. D. (Philosophy), [nina.machinskayakozhurina.81@mail.ru](mailto:nina.machinskayakozhurina.81@mail.ru)

*For citation:* Kozhurina N. A. Zdorovye kak prirodnyy i sotsialnyy fenomen [Health as a natural and social phenomenon]. *Vestnik Mordovskogo universiteta* [Mordovia university bulletin]. 2015, Vol. 25, no. 3, p. 19–30. DOI: 10.15507/VMU.025.201503.019