

ческая культура и т.д.): система мультимедиа позволяет преподавателю широко использовать обучающие и информационные программы для подготовки и проведения уроков по всем предметам естественно-научного, гуманитарного и общественно-политического циклов.

7. Изучение английского языка с использованием обучающих компьютерных программ: в стандартном учебном плане для школы слабослышащих и глухонемых детей не предусмотрено изучение английского языка, однако английский язык, как язык международного общения и «компьютерный», может (и должен) быть включен в программу индивидуальной образовательной траектории тем ученикам, которые будут специализироваться на получении профессии, связанной с использованием компьютерной техники. Обучающие CD-программы позволяют эффективно дать начальные знания английского.

8. Специализированные компьютерные программы для развития речи: компьютерное изучение звукового состава речи, «визуализация» звуков, специализированные программы для обучения «говорению» в режиме «диалога» с компьютером и т.д.

9. Специализация (в старших классах) с целью получения профессий, связанных с использованием персональных компьютеров:

- а) оператор персонального компьютера;
- б) оператор-программист;

в) младший специалист по компьютерной полиграфии;

г) секретарь-референт со знанием персонального компьютера и оргтехники;

д) навигатор INTERNET.

Кроме того, по дистантной форме обучения ученики выпускного класса могут «получить» специальный курс по своей индивидуальной программе непосредственно из любого учебного заведения, которые уже связаны в телекоммуникационную сеть.

10. Электронная почта (включение школы в сеть INTERNET, оперативная связь, обеспечение системы дистантного обучения) способствует решению деловых и организационных задач деятельности школы.

11. Малая издательская лаборатория: практика для специализирующихся учеников по компьютерной полиграфии, издательские услуги внутри школы, услуги сторонним заказчикам.

12. Использование материалов мировых библиотек.

Конечно, этот перечень далеко не исчерпывает возможности, открывающиеся перед учениками в школьном компьютерном классе, если он правильно организован, оптимально оборудован с расчетом на модернизацию и расширение.

Поступила в редакцию 18.12.2006

Литература

1. Басова А.Г. История обучения глухонемых / Под ред. Ф.А. Рау. М., 1940.
2. Граборов А.Н. Вспомогательная школа: (Школа для умственно отсталых детей). М.-Пг., 1923.
3. Дьячков А.И. Системы обучения глухих детей. М., 1961.
4. Замский Х.С. История олигофренопедагогики. 2-е изд. М., 1980.
5. Скребицкий А.И. Воспитание и образование слепых и их призрение на Западе. СПб., 1903.
6. Феоктистова В.А. Очерки истории зарубежной тифлопедагогики и практики обучения слепых и слабовидящих детей. Л., 1973.
7. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. М., 1973.
8. Лебединская К.С. Клинические варианты задержки психического развития // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1980. № 3.
9. Ульяновская У.В. Шестилетние дети с ЗПР. М., 1990.

УДК 796.01:61; 796.01:57

Г.Н. Попов, Е.В. Ширенкова, О.З. Серазетдинов

КРИТЕРИИ ЗДОРОВЬЯ: АДАПТАЦИЯ, СОЦИАЛИЗАЦИЯ, ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ

Томский государственный педагогический университет

Существуют медицинская, биомедицинская, биосоциальная и ценностно-социальная модели здоровья. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает следующее определение здоровья: «Здоровье – это состояние полного физического, духов-

ного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (1985), рассматривая здоровье как отсутствие болезни и отклонений в биологических структурах или процессах в организме. В.П. Казначеев трактует здоро-

вье как «процесс (динамическое состояние) сохранения и развития биологических, физиологических и психических функций оптимальной трудоспособности, социальной активности при максимальной продолжительности жизни» [1]. П.И. Калью (1988) предлагает следующие признаки здоровья [2]:

1. Нормальное функционирование организма на всех уровнях его организации: организма; органов; гистологических, клеточных и генетических структур; нормальное течение физиологических и биохимических процессов, способствующих индивидуальному выживанию и воспроизводству.

2. Динамическое равновесие организма и его функций с окружающей средой.

3. Способность к полноценному выполнению основных социальных функций, участие в социальной деятельности и общественно полезном труде.

4. Способность организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде и поддерживать постоянство внутренней среды организма, обеспечивая нормальную и разностороннюю жизнедеятельность.

5. Отсутствие болезни, болезненных состояний, болезненных изменений.

6. Полное физическое, духовное, умственное и социальное благополучие, гармоничное развитие физических и духовных сил.

Выделяют несколько видов здоровья: физическое, психоэмоциональное, интеллектуальное, социальное, личностное и духовное. Под *физическим* компонентом понимается состояние всех органов и систем организма, уровень его резервных возможностей и наличие (отсутствие) хронических заболеваний и генетических болезней. Под *психоэмоциональным* компонентом понимается состояние психики человека, наличие или отсутствие нервно-психических отклонений, а также умение человека выражать и контролировать свои эмоции. *Интеллектуальный* компонент отвечает за способность усваивать и эффективно использовать нужную информацию. *Социальный* компонент характеризует отношения человека с социумом. *Личностный* компонент подразумевает осознание себя как личности, способы самореализации. *Духовный* компонент отвечает за формирование основных жизненных целей, мотивов и систем ценностей человека, обеспечивая таким образом целостность личности, ее развитие, ее жизнь в обществе, являясь самым главным среди других аспектов.

Беккер (Becker, 1982, 1995) формулирует три главных компонента душевного здоровья: душевное и физическое хорошее самочувствие (первичные факторы: полнота чувств, альтруизм и отсутствие жалоб), самоактуализация (развитие, автономия) и уважение к себе и другим (чувство собствен-

ной ценности, способность любить). Ягода (Jahoda, 1958) выдвигает шесть критериев психического здоровья:

- 1) позитивная установка по отношению к собственной личности;
- 2) духовный рост и самореализация;
- 3) интегрированная личность;
- 4) автономия, самодостаточность;
- 5) адекватность восприятия реальности;
- 6) компетентность в преодолении требований окружающего мира.

Жизнь и здоровье человека во многом определяется уровнем его адаптивности – врожденной и приобретенной способности к адаптации, т.е. приспособлению ко всему многообразию жизни при любых условиях (гибкая психика). Процессы адаптации осуществляются на разных уровнях жизнедеятельности организма и чрезвычайно сложны.

Современная наука трактует понятие адаптации как совокупность приспособительных реакций организма, связанных с перестройкой работы внутренних органов и в целом всего организма, а также психики на уровне психических процессов и состояний в соответствии с изменившимися состояниями окружающей среды, позволяющей ему оптимально функционировать в ней. Кроме понятия адаптация в литературных источниках используется термин «приспособление» (англ. adjustment) – функциональное приспособление поведения, дающее возможность лучше приспособиться к непосредственному окружению и своему «я». По А.Е. Личко и Н.Я. Иванову (1998), это – приспособление поведения к требованиям окружения – часто путем модификации побуждений, эмоций и отношений [3].

Адаптация связана с различными биологическими (например содержание кислорода в крови, обеспечение питания мозга и др.), психологическими и социальными факторами. С возрастом биологические факторы уступают место социально-психологическим (например психотравмирующие ситуации в семье и на работе, социально-экономическая незащищенность личности и др.), которые оказывают существенное влияние на динамику протекания адаптации.

В работах отечественных и зарубежных авторов рассматриваются различные виды адаптации: физиологическая, биологическая, социальная и психологическая. Психологически адаптация определяется активностью личности и выражается как в усвоении правил среды, так и в способности ее преобразовывать через социальные нормы, способы их достижения и санкции за отклонения от этих норм. Среда воздействует на личность, которая избирательно воспринимает и перерабатывает эти воздействия в соответствии со своей внутренней природой, а личность в свою очередь воздействует на среду (адап-

тивная и одновременно адаптирующая активность личности). Таким образом, социально-психологическая адаптация проявляется в зависимости от того, в каких внешних условиях и на каком уровне осуществляется взаимодействие человека со средой.

Различают высоко-, средне- и низкоадаптированных людей. Врожденные основы адаптивности – это инстинкты, темперамент, конституция, эмоции, уровень врожденных сторон интеллекта, специальные способности, внешние данные и физическое состояние организма. Сформировавшиеся личностные особенности, ориентации, выбор, иерархия систем ценностей, целей и потребностей, притязания, уровень вербального (формируемого воспитанием, обучением и жизнью) интеллекта и культуры облегчают или затрудняют адаптацию человека в реальной жизни, также являясь факторами адаптивности.

Адаптивность – уровень способности к приспособлению, адаптированность – уровень фактического приспособления индивида, уровень его социального статуса и самоощущения – удовлетворенность или неудовлетворенность собой и своей жизнью. Уровень адаптивности повышается или понижается под воздействием воспитания, обучения, условий и образа жизни, в том числе переживания болезни и инвалидности [4, 5].

У каждого человека существует некий барьер психической адаптации. Этот барьер как бы вбирает в себя все особенности психического склада и возможности реагирования человека. Он базируется на двух основах – биологической и социальной и, по существу, является их единым интегрированным функционально-динамическим выражением. Следовательно, пока поведенческие реакции человека находятся в допустимых пределах и не выходят за пределы барьера психической адаптации, человек успешно адаптируется, но в случае «прорыва» или «разрушения» этого барьера происходит психический срыв, который может привести к развитию болезни. Таким образом, степень здоровья организма определяется запасом прочности, стойкости в отношении патологических влияний, т.е. тем, насколько легко и надежно защитные силы гасят, компенсируют эти влияния, не допуская искажения условий работы психики.

Болезнь и инвалидность приводят к ломке сложившегося динамического стереотипа деятельности и поведения человека и сопровождаются возникновением отрицательных эмоций, снижая уровень жизнедеятельности личности в целом. Вероятный исход преодоления болезни определяется сложными взаимосвязями между ситуативным поведением и всем ходом самореализации личности. Один процесс находится под влиянием другого. Большое значение в преодолении болезни имеет акцент на внешней активности (экстраактивности) или адап-

тивности. Направление всей энергии на экстраактивность делает человека уязвимым для воздействий среды, неизбежно ослабляет адаптивные механизмы. Чрезмерный акцент на адаптации также неблагоприятен, поскольку делает человека излишне зависимым от среды. В том и другом случае психологическая устойчивость снижается. Поддержание устойчивости предполагает сбалансированное сочетание экстраактивности и адаптации.

Понятие «адаптация» также тесно связано с понятием «социализация», которую рассматривают как тройственный процесс адаптации. Ведущие направления социализации соответствуют ключевым сферам жизнедеятельности человека: поведенческой, эмоционально-чувственной, познавательной, бытийной, морально-нравственной, межличностной. В процессе социализации человек обучается тому, как себя вести, эмоционально реагировать на различные ситуации, проявлять и переживать различные чувства; каким образом познавать окружающий мир; как организовывать свой быт; каких морально-этических принципов придерживаться; как участвовать в межличностном общении и совместной деятельности. В результате человек усваивает стереотипы поведения, нормы и ценности социальной среды, в которой он функционирует.

Э. Гюан и А. Дюссер ввели в психологию понятие «болезни цивилизации», считая, что многие болезни обусловлены особенностями жизни человека в современном обществе, т.е. имеют социальную природу. Они выделили 4 категории таких заболеваний:

- «болезни загрязнения» как следствие техногенной деятельности индустриальных цивилизаций: отравление почвы, воды, атмосферы;
- «болезни истощения» как результат физического и нервно-психического переутомления человека;
- «болезни потребления», вызванные нарушением режима и структуры питания, употреблением веществ, вызывающих химическую зависимость;
- «болезни обратной инадаптации», вызванные рассогласованием биологических и социальных ритмов жизнедеятельности человека.

Переживание болезни и инвалидность могут становиться социальным фактом и влиять на восприятие симптомов болезни. Социальное влияние через окружение больного может быть как конструктивным (например уточнение диагноза), так и деструктивным (критика, препятствование поиску помощи в профессиональной системе). В то же время заболевание распознается другими людьми прежде всего потому, что меняется социальное поведение индивида, а социальное поведение других людей может влиять на возникновение у человека различных заболеваний.

Стрессовые негативные жизненные события и хронические негативные социальные влияния (например травматические переживания и патогенные социальные отношения в семье, культурные условия) могут либо способствовать развитию различных заболеваний, либо смягчать их выраженность. Доход, возможности, знания и источники информации – это тоже ресурсы, которые оказывают важное влияние на сохранение здоровья. Повышенную подверженность болезням, частое возникновение болезней или неблагоприятное их течение в низших социальных слоях можно связать с разным (специфическим для данного слоя) распределением социальных стрессоров, социальных и личных ресурсов и поведения, связанного с риском. Например, лица с низким социально-экономическим статусом более подвержены социальным стрессорам (хронические нагрузки, такие как неуверенность в сохранении рабочего места или безработица) и располагают меньшими социальными ресурсами (помощь и поддержка со стороны социальной сети). Представителям низших слоев общества в связи с определенными личностными ресурсами чаще свойственны непродуктивные стратегии совладания с критическими событиями.

В «моделях» социализации, используемых для изучения возникновения и развития болезней, социальные влияния учитываются как возможные элементы нарушения процесса развития. Это означает, что источниками изменений являются влияния, оказываемые другими лицами или институтами, представляющие собой частное множество внешних влияний, в число которых входят также материальные факторы влияния (например стесненные жилищные условия). В стандартных случаях болезнь обусловлена взаимодействием социальных и других факторов. Например, нарушение развития может привести к уязвимости индивида, что в совокупности с факторами перегрузки может вызвать болезнь.

Психоаналитический подход и теория привязанности рассматривают социальные условия возникновения болезней в перспективе развития и сводятся к проблемам адаптации. Эти проблемы могут быть двоякого рода: во-первых, при значительном нарушении психического равновесия биологическими либо культурно обусловленными дестабилизаторами возникает необходимость в новой адаптации; во-вторых, благодаря стойким неблагоприятным условиям социализации может постепенно наступить дезадаптация. В обоих случаях развитие временно нарушается. Если человек не располагает достаточными внутренними и внешними ресурсами для совладания, то это неполное совладание может привести к возникновению болезней.

С концепцией задач развития в какой-то мере пересекается концепция «критических жизненных событий», т.е. событий, которые, изменяя жизнь че-

ловека, требуют продолжительной новой социальной адаптации, благодаря чему в высокой мере задействуются психические ресурсы индивида. Задачи развития и критические жизненные события как «стадии относительного неравновесия» и как события «эмоционально небезразличные» проходят через всю жизнь. При длительно отягощающих процессах возникает длительное психическое неравновесие, что приводит к периодам особой подверженности к развитию нарушений. Недостаточное совладание приводит либо к непосредственному ущербу для развития, либо повышению уязвимости, т.е. общей или дифференцированной подверженности расстройству, и уже в сочетании с новыми требованиями этот фактор, сразу или в более поздние фазы жизни, может привести к расстройству. Стимулирующую или тормозящую роль в совладании с трудностями играют внутренние и внешние ресурсы.

Индивидуальность, под которой понимают неповторимое сочетание психологических особенностей человека, составляет наиболее характерную черту личности. Индивидуальность в значительной степени обусловлена особенностями темперамента, поскольку это качество личности весьма устойчиво и присуще человеку от рождения. Нет двух людей с одинаковым сочетанием перечисленных психологических особенностей – личность человека неповторима в своей индивидуальности. Индивидуальные различия, как врожденные, так и приобретенные в ходе научения, делают разных людей в разной степени подверженными и восприимчивыми к патогенным влияниям.

Личность – человек как общественный индивидум, субъект познания и активного преобразования мира, разумное существо, обладающее речью и способностью к трудовой деятельности. Наибольшую устойчивость, надежность черты сформировавшейся личности человек приобретает в период зрелости. Затем структура личности подвергается ряду изменений в нисходящем направлении. В целом же личность на всем протяжении жизни может подвергаться временным или стойким изменениям при различных заболеваниях. «Чем более гармонично, – писал С.С. Корсаков, – соединены все существенные свойства, составляющие личность, тем она более устойчива, уравновешена и способна противодействовать влияниям, стремящимся нарушить ее цельность» [6].

Таким образом, социально-психологические процессы в значительной мере влияют на развитие, поддержание, а также позитивное или негативное течение заболеваний. В свою очередь социально-психологические факторы действуют в сочетании с другими факторами, смягчая или поддерживая болезнь.

Поступила в редакцию 18.12.2006

Литература

1. Казначеев В.П. Здоровье нации, просвещение, образование. М.; Кострома, 1996.
2. Современный словарь по психологии / Авт.-сост. В.В. Юрчук. Минск, 2000.
3. Нарзулаев С.Б., Пешков В.Ф., Попов Г.Н. и др. Адаптивное физическое воспитание. Томск, 2002.
4. Блинков Ю.А. и др. Основы формирования полноценной жизнедеятельности детей с ограниченными возможностями. М.; Курск, 1996.
5. Левченко И.Ю. Патопсихология: теория и практика. М., 2001.
6. Корсаков С.С. Курс психиатрии. М., 1901.

УДК 796.01:61; 796.01:57

И.И. Диамант, В.Ф. Околелов, И.А. Трифонова

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДНОСТИ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Томский государственный педагогический университет

Неблагоприятная эколого-гигиеническая обстановка в Томской области нашла отражение в динамике показателей заболеваемости и инвалидности за 1991–2003 гг. Уровень общей заболеваемости вырос на 31,8 %, число людей с хронической патологией увеличилось на 54,2 %. Диспансеризация 2002 г. выявила отклонения в состоянии здоровья детей в возрасте от 0 до 18 лет в 60,3 % случаев. Особые опасения внушает увеличение на 30 % среди них заболеваний туберкулезом. На начало 2004 г. в области был зарегистрирован 53 371 инвалид. Городские жители составили 62,3 %, сельские – 37,7 %. Увеличилось число инвалидов 1-й и 2-й групп, что свидетельствует об ухудшении здоровья населения. Основной причиной инвалидности является группа «общее заболевание». Первое место занимают сердечно-сосудистые заболевания, на втором – онкологические, на третьем – последствия травм, отравлений, на четвертом – заболевания костей и мышц, на пятом – туберкулез. Уровень детской инвалидности возрос на 24,6 %. В городе лидируют врожденные аномалии развития, на селе – психические расстройства у детей.

Изучение динамики медико-демографических процессов в Томской области за период 1991–2003 гг. позволило выявить крайне негативные тенденции развития. Острыми проблемами здоровья населения являлись низкий уровень рождаемости, высокая смертность, сокращающаяся средняя продолжительность жизни.

С начала 90-х гг. наблюдалось сокращение общей численности населения области, прирост жителей городов при убыли числа жителей сельской местности. Общие показатели воспроизводства населения территории отличались от российских и окружающих: рождаемость в 2001 г. превышала соответствующий коэффициент по Российской Федерации (9,6–9,1), но была ниже, чем в Сибирском федеральном округе (9,6–10,0). С 1999 г. наметилась тенденция к

росту рождаемости (в 2000 г. повышение коэффициента на 0,3, в 2001 – на 0,2, в 2002 – на 0,8, в 2003 – на 0,1). Естественная убыль населения Томской области по прогнозным расчетам Госкомстата России (2002 г.) будет сохраняться до 2016 г. [1].

При изучении изменения возрастного состава населения области отмечена тенденция к старению населения (к 2002 г. доля людей в возрасте 65 лет и старше превышала 10 % общей численности населения, за текущее десятилетие численность жителей пенсионного возраста увеличилась на 25,8 тыс. человек, или на 16,8 %).

Одним из экономических последствий старения населения стало значительное увеличение показателя демографической нагрузки или коэффициента иждивенчества. В целом по области на начало 2002 г. нагрузка на трудоспособное население складывалась ниже, чем в среднем по России (в РФ коэффициент демографической нагрузки, т.е. число лиц младше и старше трудоспособного возраста на 1000 человек трудоспособного населения 648 человек, в Томской области – 545, в городе Томске – 468 человек).

Среди экологических факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье населения в Томской области, выделяются следующие: резко континентальный климат с отрицательной средней температурой; наличие значительного спектра загрязняющих веществ в атмосфере воздуха с преобладающим распределением вредных выбросов в местах, где плотность населения наибольшая. Широкое развитие на территории области имеют предприятия нефтегазодобывающего комплекса, в непосредственной близости от областного центра располагается Сибирский химический комбинат, обуславливающий распространение на территории очагов радиоактивного загрязнения. Средняя часть области (справа и слева от бассейна реки Оби, где в основном болотистые местности)