

Н. В. ТРЕТЬЯКОВА

**ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ**

Российский государственный
профессионально-педагогический
университет, 2009

УДК 371.7

ББК Ч31.055

Т 66

Третьякова Н. В. Основы организации здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении [Текст] / Н. В. Третьякова. – Екатеринбург : Изд-во ГОУ ВПО «Рос. гос. проф.-пед. ун-т», 2009. 176 с.

ISBN 978-5-8050-0332-6

В монографии представлены результаты исследовательской работы по научному обоснованию как общих теоретико-методологических подходов, так и конкретных механизмов организации и управления здоровьесберегающей деятельностью в образовательном учреждении.

Книга предназначена для руководителей и педагогов образовательных учреждений, студентов педагогических вузов и колледжей.

Рецензенты: д-р пед. наук, проф. Н. К. Чапаев (ГОУ ВПО «Российский государственный профессионально-педагогический университет»); канд. пед. наук, доц. Л. П. Безуглова (ГОУ ВПО «Уральский государственный педагогический университет»).

ISBN 978-5-8050-0332-6

© ГОУ ВПО «Российский государственный
профессионально-педагогический
университет», 2009

© Третьякова Н.В., 2009

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность настоящей работы определяется объективной необходимостью решения задач охраны здоровья обучающихся и воспитанников учебных заведений. Так, по данным Научно исследовательского центра гигиены и охраны здоровья детей и подростков государственного учреждения «Научный центр здоровья детей» Российской академии медицинских наук около 90% детей имеют отклонения в физическом и психическом здоровье, при этом до 40% детско-подростковой патологии специалисты (М. В. Антропова, Г. Г. Онищенко, Н. К. Смирнов) связывают с факторами внутришкольной среды (гигиеническими, учебно-организационными, психолого-педагогическими и др.). В связи с этим, образовательные учреждения несут ответственность за состояние здоровья своих воспитанников и проводят значительную работу по формированию, сохранению и укреплению их здоровья.

Основным организационным направлением данной деятельности является валеологическая служба (служба здоровья или служба медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса), цель деятельности которой заключается в содействии администрации и педагогическому коллективу учебного заведения в создании условий, гарантирующих охрану и укрепление здоровья обучающихся и воспитанников. Создание данных структур позволяет обеспечить взаимодействие педагогов, психологов, медицинских и социальных работников учебного заведения в совместной здоровьесберегающей деятельности.

На сегодняшний день накоплен определенный практический опыт деятельности данных служб (Л. А. Башарина, Н. А. Голиков, Е. А. Демин и др.). Однако об их развитой инфраструктуре говорить не приходится. В учебные заведения данные службы внедряются достаточно сложно, их деятельность отличается по своим задачам, направлениям, составу участников (М. Ю. Кириллова, В. В. Колбанов, М. Г. Колесникова и др.). Основной причиной такого положе-

ния является ряд нерешенных проблем, касающихся основополагающих организационно-педагогических условий, обеспечивающих деятельность служб здоровья или служб медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса. Так, в ряде работ рассмотрена организация данных структур в условиях города (Н. Г. Блинова, Э. М. Казин и др.), районных образовательных комплексов (Г. А. Кураев, Н. П. Недоспасова и др.), но недостаточное внимание уделено их организации непосредственно в образовательных учреждениях (С. В. Ким, Л. А. Коротаева, Е. О. Школа и др.). Четко нераскрыта организационная деятельность, заключающаяся в распределении действий, предпринимаемых для достижения целей службы, между отдельными специалистами с одновременной фиксацией связей между ними.

С учетом стойкой тенденции к ухудшению состояния здоровья подрастающего поколения, социально-экономических условий, имеющегося опыта работы и нормативно-правовой базы (приказ Министерства образования РФ №1418 «О Центре содействия укреплению здоровья обучающихся, воспитанников образовательного учреждения» и др.) является целесообразным внедрение в учебные заведения таких организационных форм здоровьесбережения, как службы здоровья или службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса. Следует отметить, что в связи с разноплановостью и противоречивостью имеющихся моделей, отсутствием концептуальной разработанности организационной структуры возникает необходимость разработки универсальной, приемлемой для каждого образовательного учреждения структурно-функциональной модели данной службы.

Таким образом, нами выявлено противоречие между необходимостью эффективного осуществления здоровьесбережения в учебных заведениях и недостаточной разработанностью организационно-педагогических условий обеспечения данного процесса.

Соответственно целью нашего исследования стало выявление и уточнение организационно-педагогических условий здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении.

Задачи исследования:

1. Проанализировать предпосылки исследуемой проблемы в педагогической теории и практике.

2. Определить основные направления здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении.

3. Разработать концептуальные положения организации здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении, в соответствии с которыми:

разработать структурно-функциональную модель службы здоровья или службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса;

раскрыть условия обеспечения эффективного управления здоровьесберегающей деятельностью и организации эффективного взаимодействия основных ее субъектов.

4. Разработать содержание валеологического сопровождения учебно-воспитательного процесса в соответствии с основными направлениями здоровьесберегающей деятельности.

5. Выявить критерии оценки эффективности здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении.

6. В ходе опытно-поисковой работы проверить эффективность комплекса организационно-педагогических условий здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении.

В соответствии с этими задачами выстраивалась и структура работы.

Основная исследовательская работа проводилась в общеобразовательных школах. Однако основные идеи и принципиальные подходы к их реализации вполне могут найти применение и в других видах образовательных учреждений.

Глава 1. СОВРЕМЕННАЯ ШКОЛА И ЗДОРОВЬЕ УЧАЩИХСЯ

1.1. Общий обзор научных позиций в определении понятия здоровья и критериев его оценки

Современной наукой предлагается множество формулировок, определяющих понятие здоровья, что, несомненно, позволяет представить его как комплексное, разноуровневое и многоаспектное понятие, являющееся одновременно категорией нескольких наук. При этом заметим, что каждый специалист трактует его со своих позиций, исходя из сущности соответствующей науки. Так, гигиенисты под здоровьем понимают оптимальное взаимодействие организма с окружающей средой [84]; философы и социологи – состояние нормального функционирования организма, позволяющее ему выполнять свои видоспецифические социальные функции [160].

Здоровье изучается на нескольких уровнях:

Первый уровень – здоровье населения всего государства, региона, области, города, которое определяется совокупностью индивидуальных характеристик, выраженных в статистических и демографических показателях, т.е. общественное здоровье.

Второй уровень – усредненные показатели здоровья малых групп: социальных, этнических, классовых, школьных коллективов и т.п., т.е. групповое здоровье.

Третий уровень – здоровье отдельно взятого индивида, характеризующееся гармоничной совокупностью структурно-функциональных данных организма, адекватных окружающей среде и обеспечивающих его оптимальную жизнедеятельность, т.е. индивидуальное здоровье.

С недавнего времени предлагается ввести *космопланетарный* уровень изучения здоровья, поскольку человек является космобиопсихосоциальным существом [60, 126 и др.]. И философское учение XX века о человеке рассматривает его как единство духа, души и тела, как высшее создание природы, ко-

торое живет и развивается в четырехмерном пространстве: космос – природа – общество – культура.

Более подробно следует остановиться на индивидуальном здоровье как базисной составляющей общественного и группового здоровья. Раскрывая его сущность, рассмотрим представления ряда авторов об инфотоме здоровья [10].

Инфотом вообще – это структурированное представление исследуемой системы, пирамида информационных моделей, отражающая состояние по-слойной структурной организации исследуемой системы.

Инфотом здоровья представляет собой иерархически разветвленное дерево, включающее ряд уровней:

1-й уровень – интегральное здоровье;

2-й уровень – статусы физического, психического и социального здоровья;

3-й уровень – компоненты статусов здоровья;

4-й уровень – составляющие компонентов здоровья;

5-й уровень – отдельные показатели составляющих здоровья.

Каждый уровень, в свою очередь, содержит различное количество информационных моделей, отражающих его текущее состояние.

Рассматривание здоровья человека через инфотом позволяет более полно представить структуру индивидуального здоровья ребенка и дает возможность использовать представленные уровни для диагностических исследований в его оценке. Кроме того, говоря об инфотоме здоровья, мы показываем очевидность того, что здоровье предстает системным объектом исследования. И именно рассматривая его в таком качестве, В. Н. Ростовцев [133] выделяет следующие основания классификации аспектов его изучения: 1) аспект сущности здоровья: генетический, физический и психосоциальный; 2) аспекты оценки здоровья: оценка состояния на данный момент времени, в онтогенезе, в популяционной динамике; 3) аспект нормы: структурный, статистический.

Рассмотрим понятие здорового человека, предлагаемое К. С. Хруцким, это позволит нам определить основные составляющие здоровья. Автор раскры-

вает данное понятие через анализ организации человеческого бытия, взяв за основу созданную в XX веке отечественным нейрофизиологом П. В. Симоновым триадную структуру основных потребностей (мегапотребностей) человека [160]. Это витальные (биологические), социальные в узком и собственном смысле слова (поскольку социально опосредованы все побуждения человека) и идеальные потребности познания окружающего мира и своего места в нем. К. С. Хруцкий ведет речь о 3-х частности психофизиологической организации бытия человека в окружающем его мире, т.е. о существовании биологического (физиологического, вегетативного, физического), душевного (чувственного) и духовного (идеального) уровня (слоя) организации человека. Его позиция такова, что здоровый человек всегда предстает перед нами в гармоничной целостности всех трех порядков своего бытия: физического (биологической жизни), душевного (социальной адаптированности) и духовного (личностной удовлетворенности). На триединство составляющих здоровья человека указывается и в уставе Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ): здоровье есть состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Таким образом, на сегодняшний день основными составляющими (видами) здоровья человека являются: соматическое (телесное) здоровье – текущее состояние органов и систем органов человека; физическое здоровье – уровень развития и функциональных возможностей органов и систем организма; психическое здоровье – состояние психической сферы человека; нравственное здоровье – комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информационной основы жизнедеятельности человека.

Основу соматического здоровья составляет биологическая программа индивидуального развития человека, опосредованная базовыми потребностями, доминирующими у него на различных этапах развития.

Основу физического здоровья создают морфологические и функциональные резервы клеток, тканей, органов и систем органов, которые обеспечивают приспособление организма к воздействию факторов окружающей среды.

Основу психического здоровья составляет состояние общего душевного комфорта, обеспечивающего адекватную регуляцию поведения. Это состояние обуславливается потребностями и биологического, и социального характера, а также возможностями их удовлетворения. Правильное формирование и удовлетворение базовых потребностей составляет основу психического здоровья.

Основу нравственного компонента здоровья человека определяет система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в социальной среде.

Обратимся еще раз к определению ВОЗ, в котором здоровье рассматривается еще и как противопоставление болезни, понятия не менее сложного чем здоровье. Болезнь – это состояние и процесс взаимодействия структурно-функциональных нарушений и защитно-приспособительных реакций целостного организма, которые возникают под влиянием внешних и (или) внутренних факторов и, как правило, приводят к нарушению жизнедеятельности.

Здоровье и болезнь качественно различны, но при этом находятся в диалектическом единстве. Заметим, что в подавляющем большинстве работ подчеркивается, что абсолютное здоровье является абстракцией. В понимании здоровья как показателя противоположного болезни имеются недостатки: 1) в рассмотрении здоровья как не болезни изначально заложена логическая ошибка, так как определение понятия через отрицание не может считаться полным; 2) данный подход субъективен, поскольку в нем здоровье видится как отрицание всех известных болезней, при этом без внимания остаются все неизвестные болезни; 3) такое определение носит описательный и механистический характер, что не позволяет раскрыть сущность феномена индивидуального здоровья, его особенностей и динамики.

Давая определение здоровью, следует учитывать, что здоровье и болезнь не соотносятся между собой по принципу дихотомии: либо есть, либо нет; либо человек здоров, либо болен. Здоровье предстает в виде жизненного континуума от 0 до 1, на котором оно присутствует всегда, хотя и в разном количестве. Даже у тяжелобольного есть некое количество здоровья, хотя его очень мало. Абсолютно полное исчезновение здоровья равнозначно смерти.

Данное видение приводит к вопросу о норме здоровья, которое И. И. Брехман считает абстрактным, означающим состояние, предшествующее заболеванию [13]. Данное состояние может быть неодинаковым у разных людей, следовательно, не существует однозначного понятия нормы, применимого везде и всюду. Под нормальным состоянием целесообразно понимать не столько нахождение определенных показателей в заданных диапазонах значений, соответствующих среднестатистической норме, сколько сохранение способности так регулировать свои параметры, чтобы обеспечивать уравнивание со средой в различных ситуациях, в соответствии с эволюционно сложившимися адаптационными резервами [8, 58].

С позиции нормы представлены трактовки физического, психического и социального здоровья в исследованиях В. Белова, В. Гриценко, А. Котовой [10]. Так, физическое здоровье есть состояние, при котором интегральные показатели основных физиологических систем организма лежат в границах физиологической нормы и адекватно меняются при взаимодействии человека со средой, выполняя системную функцию – статико-динамический вещественно-энергетический гомеостаз организма человека в целом. Психическое здоровье представлено состоянием мозга, при котором его высшие отделы обеспечивают нормальное адекватное для данного общества интеллектуальное, эмоциональное и сознательно-волевое взаимодействие с социальным окружением, с функцией внутрисистемного информационного гомеостаза мозга. Социальное здоровье трактуется как состояние высших отделов мозга, структура информационных моделей которых обеспечивает адекватные для общества морально-этические проявления личности, выполняя функцию системно-средового информационного гомеостаза.

Таким образом, в общебиологическом плане здоровье можно определить как гармоническое единство всевозможных обменных процессов между организмом и окружающей средой. Результат данной гармонии – согласованное течение разнообразных обменных процессов внутри самого организма, проявляющееся в оптимальной жизнедеятельности органов и систем. Исходя из это-

го, следует, что здоровье должно отражать способность человека сохранять свой гомеостаз через совершенную адаптацию к меняющимся условиям среды, т.е. активно сопротивляясь таким изменениям с целью сохранения и продления жизни.

На сегодняшний день теории адаптивного реагирования подробно описаны. Основные положения данных теорий заключаются в следующем: 1) здоровье обеспечивается механизмами адаптации, т.е. приспособления к изменениям внешней и внутренней среды; 2) механизмы адаптации действуют благодаря наличию функциональных резервов в каждой из систем организма, взаимодействующих между собой на основе принципа неустойчивого равновесия (при воздействии на организм внешних и внутренних факторов происходят перестройки во взаимодействии его систем, в самих системах и в организме в целом – реализуется механизм адаптации); 3) сумма резервов всех систем организма создает запас «прочности», который называют потенциалом здоровья или уровнем здоровья; 4) потенциал здоровья может увеличиваться под воздействием специальных тренировок и при правильном образе жизни, а также может снижаться при неблагоприятных воздействиях и невозполнимых утратах резервов систем организма; 5) увеличение потенциала здоровья достижимо только собственными усилиями человека.

В зависимости от величины резервов адаптации, т.е. потенциала здоровья, выделяют четыре состояния организма человека:

1. Состояние с достаточными резервами адаптации - здоровье;
2. Состояния, при которых функции организма реализуются повышенным напряжением адаптационных механизмов;
3. Состояния со снижением резервов адаптации - предболезнь;
4. Состояние срыва адаптации – болезнь.

Объединяет все вышеизложенные положения понятие здоровья предложенное, В. В. Колбановым. Согласно его трактовке, есть континуум (сменяемость и протяженность во времени) естественных состояний жизнедеятельности, характеризующихся способностью организма к совершенной саморегуля-

ции, поддержанию гомеостаза, самосохранению и самосовершенствованию соматического и психического статуса при оптимальном взаимодействии органов и систем, адекватном приспособлении к изменяющейся окружающей среде (физической, биологической, социальной), использовании резервных и компенсаторных механизмов в соответствии с фенотипическими потребностями и возможностями выполнения биологических и социальных функций. Отсутствие какого-либо из перечисленных признаков означает частичную или полную утрату здоровья. Полная утрата здоровья несовместима с жизнью.

Таким образом, существует множество подходов к определению понятия здоровья. На наш взгляд, наиболее приемлемым для педагога (несмотря на отдельные его недостатки) является определение, данное ВОЗ. Именно данному определению присущ целостный антропологический подход, оптимально отражающий сочетание биологического и социального в человеке.

Рассмотри основные компоненты здоровья в трактовке ВОЗ.

Представление о сущности соматического компонента таково, что основу здоровья на физиологическом уровне составляет гомеостаз – способность организма обеспечивать постоянство своей внутренней среды вопреки внешним воздействиям. Согласно принципу гомеостаза, здоровье сохраняется если поддерживается постоянство внутренней среды. В этом случае здоровье (как внутреннее состояние) управляется с помощью системы обратных связей, обеспечивающих контроль за внутренней средой организма и поддерживающих ее постоянство, несмотря на изменения окружающих условий. Отсюда важный принцип – принцип сохранения здоровья, основу которого составляет гомеостаз. Но поскольку организм человека не находится в состоянии равновесия с окружающей средой, он постоянно к ней приспособливается, поэтому жизнедеятельность, а значит и здоровье человека, наряду с гомеостазом обеспечивается адаптацией. Отсюда следует вывод о необходимости поддержания в организме оптимального резерва адаптационных возможностей, т.е. принципа увеличения или укрепления резервов здоровья.

Психическое здоровье характеризуется следующими признаками: 1) отсутствие выраженных нервно-психических расстройств и отклонений, основной причиной которых являются психологические стрессы; 2) наличие резерва психических возможностей (резерва психической адаптации), позволяющих преодолеть стрессы. Получается, что в рамках психологического обеспечения здоровья важны принципы сохранения здоровья и повышения его резервов.

Социальное здоровье также принято рассматривать в аспекте адаптации как приспособление к условиям общественной жизни, где вышеуказанные принципы отражаются в соответствующих социальных механизмах.

Таким образом, обеспечение жизнедеятельности человека происходит на биологическом (физиологическом), психологическом и социальном уровнях посредством двух основополагающих механизмов: сохранения здоровья и повышения его резервов. Важно отметить, что здоровье детей и подростков в процессе их развития, созревания и взросления не только способно сохраняться или наращиваться, но определенным образом строиться и перестраиваться (Г.К. Зайцев, 2001), отсюда актуальной становится задача формирования здоровья. Соблюдение принципа формирования здоровья должно обеспечить формирование основных компонентов здоровья детей и подростков на протяжении всей их образовательной деятельности. Следовательно, данный принцип имеет общепедагогическое значение, его соблюдение должно обеспечить человеку совершенствование механизмов сохранения и повышения адаптационных резервов организма путем целенаправленного оздоровления собственного образа жизни.

Такое видение здоровья человека дает основание ввести его в состав педагогических категорий и применить педагогический подход к его трактовке[111]. Необходимость разработки такого подхода обусловлена также противоречием между неблагоприятным влиянием современной системы образования на здоровье учащихся и значимостью здоровья человека (причем в первую очередь человека растущего и развивающегося). Преодоление этого противоречия возможно в процессе организации здоровьесберегающего образования.

Специфическими чертами педагогического подхода являются:

1) *антропологичность* – обусловлена тем, что в рамках здоровьесберегающего образования ведется речь о здоровье только человека, что требует учета его психической, духовной и социальной составляющих;

2) *интегральность* – связана с тем, что здоровье и реализация процесса его сохранения осуществляются с учетом всех знаний о человеке, добытых науками, в которых он является предметом изучения, что обеспечивает сохранение целостности человека, способствует достижению здоровья в единстве всех его составляющих, определяет способ отбора из наук о человеке таких необходимых и достаточных знаний, которые позволяли бы эффективно сохранять, укреплять и наращивать его здоровье;

3) *личностно-ориентированная направленность процесса сохранения здоровья* – детерминирована тем, что индивид является одновременно и субъектом, и объектом своей деятельности по творению своего здоровья, в то время как практически во всех науках, изучающих человека, субъект и объект разведены во времени и пространстве;

4) *педагогическая направленность процесса здоровьесбережения* – в рамках целостного педагогического процесса проявляется в том, что педагоги и учащиеся учатся быть здоровыми, приобретая определенные знания о здоровье и соответствующие умения, овладевают культурой здоровья;

5) *гуманистичность* – обусловлена признанием здоровья главной ценностью человеческой жизни [111].

Рассмотрев различные точки зрения, проанализируем параметры, определяющие понятие «здоровье». Заметим, что не все трактовки здоровья конструктивны при разработке методов его оценки. Например, выбранное нами определение ВОЗ основано на понятии благополучия, но как количественно измерить благополучие неясно – в документах организации не раскрыто содержание критериев здоровья. Лечебная медицина, опираясь на клинические симптомы заболеваний, не может представить донозологические критерии здоровья, так как отсутствие заболевания – это только один из множества других аспектов здоро-

вья [36]. Определенную помощь в решении данной проблемы дает определение здоровья как онтогенетически обусловленной способности взаимодействующих систем организма обеспечивать развертывание и реализацию генетических программ, безусловно-рефлекторных, инстинктивных процессов, умственной деятельности и фенотипического поведения, направленных на социальную и культурную сферы жизни. Рассматривая здоровье в данном аспекте, исследователи предлагают производить оценку здоровья на уровне целостного организма, отдельных органов и систем, при этом должны оцениваться функциональные возможности тех систем организма, деятельность которых наиболее важна на соответствующих стадиях онтогенеза.

В 1982 г. Всесоюзным НИИ гигиены и профилактики заболеваний детей, подростков и молодежи предложены характеристики здоровья, включающие пять комплексных признаков: 1) соответствующий возрасту уровень жизнеобеспечивающих систем (нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, костно-мышечной и др.); 2) гармоничное физическое развитие (рост, масса тела, окружность груди, жизненная емкость легких, сила кистей) среднего или выше среднего уровня; 3) быстрое приспособление организма (адаптация) к новым условиям (занятия в школе, отдых в туристическом походе и т.д.); 4) высокая умственная и физическая работоспособность; 5) отсутствие болезней в течение года либо кратковременная болезнь (не более 5–7 дней) с полным выздоровлением.

Использование таких прямых признаков позволяет оценивать донозологические состояния, а также риски для здоровья. В настоящее время отобраны комплексы неинвазивных, информативных и чувствительных методов и критериев оценки неспецифической защиты организма: 1) физиологические (состояние сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной систем с применением специальных функциональных проб); 2) химические (показатели в биосредах); 3) иммунологические (определение нормальной микрофлоры кожи, pH поверхности кожи и т.д.); 4) антропометрические (физическое развитие, его гармонич-

ность, погодные прибавки); 5) психологические (мотивационно-эмоциональный профиль, тест САН и др.) [80].

На сегодняшний день состояние здоровья индивидуума может быть установлено на основании субъективных ощущений в совокупности с данными клинического обследования с учетом пола, возраста, а также социальных, географических и метеорологических условий, в которых живет или временно находится человек.

Медико-гигиенические критерии индивидуальной оценки здоровья детей и подростков предложены С. М. Громбахом [134]. Они включают следующие показатели: 1) наличие или отсутствие хронических заболеваний; 2) функциональное состояние органов и систем; 3) уровень достигнутого физического и нервно-психического развития; 4) неспецифическая резистентность (сопротивляемость) организма. Завершается оценка определением группы здоровья.

В соответствии с «Методическими рекомендациями по комплексной оценке состояния здоровья детей и подростков, при массовых врачебных осмотрах» (1982) выделяют следующие группы здоровья:

I группа – здоровые с нормальным развитием и нормальным уровнем функций.

II группа – здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям;

III группа - больные хроническими заболеваниями в стадии компенсации с сохраненными функциональными возможностями организма;

IV группа – больные хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации со сниженными функциональными возможностями;

V группа – больные хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма.

Индивидуальная комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка или подростка с отнесением его к одной из групп здоровья проводится с обя-

зательным учетом всех перечисленных критериев педиатрами или подростковыми врачами [114].

Оценка дается на момент обследования. Учитываются острые заболевания, прежние болезни, если только они не приобрели хроническую форму, возможность обострения, стадия выздоровления (вероятность возникновения заболевания, обусловленная наследственностью или условиями жизни, не учитывается). Наличие или отсутствие заболеваний определяется при врачебном осмотре с участием специалистов. Функциональное состояние органов и систем выявляется клиническими методами с использованием функциональных проб.

Степень сопротивляемости организма выявляется по подверженности заболеваниям. О ней судят по количеству острых заболеваний, в том числе и обострений хронических, за предыдущий год.

Уровень и степень гармоничности физического развития определяются антропометрическими исследованиями с использованием региональных стандартов физического развития.

Уровень достигнутого психического развития обычно устанавливается детским психоневрологом, принимающим участие в осмотре.

В условиях образовательного учреждения имеется возможность присоединить к вышеперечисленным показателям здоровья ряд дополнительных (физическая подготовленность, психологический статус, уровень социализации и др.), определение которых входит в функциональные обязанности специалистов учебного заведения и позволяет дать более информативную оценку индивидуальному здоровью [135]. Важным стимулом для активизации данной работы служит постановление Правительства РФ № 916 «Об общероссийской системе мониторинга физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи» (2001).

Здоровье каждого человека определяется соотношением внешних и внутренних факторов, влияющих на его организм и возможностями самого организма противостоять нежелательным воздействиям. Степень успешности этой деятельности определяет направления усилий по сохранению и укреплению

здоровья. В связи с этим представляется важным рассмотреть факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на организм человека, в аспекте охраны здоровья учащихся.

1.2. Характеристика факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на здоровье учащихся

Факторы риска заболеваемости, инвалидности, дезадаптации и смертности изучаются не одно десятилетие, поскольку диапазон их влияния на ребенка весьма широк. Не являясь непосредственной причиной заболевания, они обуславливают функциональные отклонения роста и развития, возникновение болезней и их летальные исходы. Выделяют две основные группы факторов, влияющих на здоровье человека: 1) «факторы здоровья», укрепляющие здоровье; 2) «факторы риска», ухудшающие здоровье.

Факторы риска определяются как сочетание условий, агентов, как определенное физиологическое состояние, образ жизни, значительно увеличивающих подверженность той или иной болезни, повышающих вероятность утраты здоровья, возникновения и рецидивирования болезней. В целом механизм их влияния на организм заключается в снижении резистентности, нарушении развития, облегчении возникновения болезней под воздействием причинных агентов.

Факторы риска разделяются на биологические и социальные [3, 48, 85 и др.]. К числу социальных факторов медицина относит жилищные условия, уровень материального обеспечения, образования, состав семьи и т.д. Среди биологических факторов выделяются возраст родителей, особенности протекания беременности и родов, физические характеристики ребенка при рождении и др. Кроме того, рассматриваются психологические факторы как результат действия биологических и социальных – «психологические загрязнения» (эмоциональные переживания).

В эпидемиологических исследованиях широкое распространение получила концепция о факторах риска, согласно которой действие факторов риска явля-

ется сугубо индивидуальным и вероятность развития того или иного заболевания зависит от адаптационных возможностей организма [85, 165 и др.]. На действие определенных факторов риска каждый индивидуум реагирует по-своему, изменяя функциональное состояние. Единым для всех является развитие неспецифической адаптационной реакции с формированием определенных донозологических состояний. Следовательно, все факторы окружающей среды, вызывающие неспецифические адаптационные реакции организма и ведущие к снижению его адаптационных возможностей могут рассматриваться как факторы риска дезадаптации.

Факторы риска развития дезадаптации одновременно являются и факторами риска заболеваний, поскольку последние представляют собой следствие нарушения гомеостаза и срыва адаптационных механизмов. Заболевания возникают путем перехода донозологических состояний в преморбидные, а затем – в нозологические. Такой переход происходит в результате длительного воздействия факторов риска как необходимого условия развития неспецифических адаптационных реакций. Связь между факторами риска и заболеванием осуществляется через функциональные состояния, отражая напряжения и перенапряжения регуляторных механизмов с последующим нарушением гомеостаза и компенсации.

Главной особенностью применения концепции о факторах риска в донозологической диагностике является то, что интенсивность любого фактора окружающей среды может быть исследована по отношению к различным функциональным состояниям организма. Отсюда следует, что при массовых обследованиях одновременно со структурой здоровья можно определять основные факторы риска для каждого из функциональных состояний и, таким образом, эффективно воздействовать на структуру здоровья путем борьбы с соответствующими факторами.

Согласно данной концепции, факторы риска можно разделить на две группы: первая группа – факторы, имеющие прямую причинную связь с теми или иными состояниями; вторая группа – факторы, участвующие в формировании

отдельных функциональных состояний и соответственно являющиеся одним из условий их развития.

По мере накопления данных о факторах риска, медициной предлагались разные подходы к распределению их по группам. Исследователями учитывались особенности самого фактора риска, длительность, тяжесть его воздействия и т.п. В настоящее время наиболее часто выделяют четыре группы факторов риска: биологические, условия жизнедеятельности, медико-социальные и медико-организационные (табл. 1) [165].

Таблица 1

Факторы риска заболеваемости

Биологические	Условия жизнедеятельности	Медико-социальные	Медико-организационные
<ul style="list-style-type: none"> • Состояние здоровья матери, осложненное течение беременности и родов (заболеваемость, перинатальная патология, младенческая и детская смертность, нарушения роста и развития) • Генетические (самопроизвольные аборты и рождение незрелого плода, мертворождаемость, бесплодие, детская заболеваемость, смертность, наследственные болезни) 	<ul style="list-style-type: none"> • Экопатологические и геохимические факторы окружающей среды • Условия воспитания и обучения на фоне неадекватной реформы школы • Качество питания • Гиподинамия • Стресс в повседневной жизни • Раннее начало трудовой деятельности 	<ul style="list-style-type: none"> • Бедные семьи (64% детей до 16 лет) • Дети без попечения родителей (597 тыс.) • Неполные семьи (500 тыс. детей) • Дети-инвалиды с детства (160 тыс.) • Безнадзорные («дети улицы») (2-4 млн.) • Социопатические семьи • Дети матерей-подростков 	<ul style="list-style-type: none"> • Уменьшение профилактической направленности медицинского обеспечения • Недостатки в системе медицинской помощи подросткам • Ослабленное внимание к формированию потребности в здоровом образе жизни • Отсутствие популяционного мониторинга здоровья детско-подростковой популяции

Г. А. Апанасенко предлагает различать группы факторов, определяющих воспроизводство, формирование, функционирование, потребление и восстановление здоровья, которые характеризуют его как процесс и как состояние [4]. Так, к факторам (показателям) воспроизводства здоровья им отнесены: состояние генофонда; состояние репродуктивной функции родителей, ее реализация; здоровье родителей; наличие правовых актов, охраняющих генофонд и т.д.

Факторам формирования здоровья являются: образ жизни, к которому относятся уровень производства и производительности труда; степень удовлетворения материальных и культурных потребностей; общеобразовательный и культурный уровни; особенности питания, двигательной активности, межличностных отношений; вредные привычки и т.д. В качестве факторов потребления здоровья рассматриваются культура и характер производства; социальная активность индивида; состояние нравственной среды и т.д.

Внешним факторам, обуславливающим здоровье, уделяет большое внимание В. В. Колбанов. Он разделяет их на глобальные и локальные. К глобальным им отнесены: уровень развития науки, производства; политическое устройство государства, отношения в семье и социальной среде; система правовых гарантий и их реализация; уровень общественного сознания; состояние биосферы как результат деятельности людей. Локальные факторы, имеющие более узкий круг влияния на образ жизни и здоровье: образование; трудовой статус; тип населенного пункта; тип семьи; тип жилища; экономическое положение; природно-географические условия; медицинское обеспечение.

Среди прочих детерминант (биологические факторы, физическая среда, индивидуальные факторы риска и забота о собственном здоровье) В. В. Колбанов выделяет следующие факторы социальной среды, наиболее существенно влияющие на формирование здоровья в детстве: разновозрастная и разнополая человеческая среда, в которой растут дети; индивидуальные шансы получения образования и успешного поиска работы; обретение «капитала здоровья» посредством полноценного питания и оптимальных условий жизни в раннем детстве и др. [69].

Таким образом, здоровье человека зависит от многих факторов: наследственных, социально-экономических, экологических. Особое место среди них занимает образ жизни, который можно охарактеризовать как индивидуальную систему поведения человека в процессе его жизнедеятельности, позволяющую ему реализовать или не реализовать свои духовные и физические качества в реальной окружающей среде (природной, техногенной и социальной).

Исследования, основанные на отборе наиболее значимых для оценки показателей здоровья факторов, показали, что образ жизни как субъективный фактор общества может являться ведущим фактором обусловленности здоровья в современных условиях [85]. Он составляет 50-55% всех факторов, а главное, в отличие от социальных и природных условий, он действует непосредственно на здоровье (социальные и природные условия и факторы действуют опосредованно через образ жизни) (табл. 2) [85].

Таблица 2

Влияние неблагоприятных факторов образа и условий жизни
на здоровье населения

Сфера влияния факторов на здоровье	Группы обуславливающих факторов	Доля факторов, %
Образ и условия жизни	Курение, употребление алкоголя Несбалансированное питание Психоэмоциональный стресс Вредные условия труда Гиподинамия Низкая медицинская активность Низкий культурный и образовательный уровень Непрочность семейных связей, одиночество и др.	49-53
Генетические и биологические факторы	Предрасположенность к наследственным болезням (хромосомным, генетическим и др.) Предрасположенность к хроническим заболеваниям (генетический риск)	18-22
Внешняя (экологическая) среда	Загрязнение воздуха, воды, почвы химическими, физическими, биологическими вредными для здоровья веществами, канцерогенами Резкая смена атмосферных явлений Повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и другие излучения	17-20
Здравоохранение	Неэффективность профилактических мер Низкое качество медицинской помощи Несвоевременность медицинской помощи и др.	8-10

После образа жизни по силе (статистическому «весу») выявлено воздействие многообразных природных и социальных, техногенных и прочих факторов окружающей среды, оценка влияния на здоровье которых составляет 20–25%, а также генетических, наследственных факторов, удельный вес которых колеб-

лется в пределах 15–20%. На долю здравоохранения (систем, служб, учреждений) приходится 8–10%.

В научной литературе описывается система образования как один из весомых социальных факторов, влияющих на показатели здоровья детей и подростков [14, 17, 40, 67 и др.]. Приоритетным направлением образования и воспитания считаются знания, при этом известно, что знания сами по себе еще не гарантируют душевных и духовных качеств человеку и часто идут вразрез с нравственным, психическим и физическим здоровьем ребенка.

С негативным влиянием именно факторов внутришкольной среды специалисты связывают до 40% детско-подростковой патологии [3, 108, 138 и др.]. Условно их можно разделить на три большие группы:

1. *Гигиенические факторы:*

- несоблюдение гигиенических требований к проектированию и строительству учебных заведений (отсутствие спортивной зоны и зоны отдыха; отсутствие полного набора основных помещений, отвечающих гигиеническим требованиям в отношении размеров, оборудования, освещения; несоответствующее экологическое состояние территории и т.д.);

- отсутствие условий для полноценного питания (несоблюдение требований сбалансированного питания, правил пищевой санитарии; низкое качество питьевой воды и т.д.);

- несоблюдение гигиенических основ физического воспитания (необорудованный спортзал; отсутствие комнат для переодевания, душевых; отсутствие медицинского контроля и т.д.);

- неполноценное санитарно-техническое оборудование, в результате чего нарушаются воздушно-тепловой и световой режимы;

- отсутствие соответствующего оборудования кабинетов, лабораторий, мастерских, раздевалок;

- большая учебная нагрузка и связанные с ней нарушения режима дня;

- нарушения санитарно-гигиенического режима (освещенность, шум, воздушная среда; размер помещений, кубатура; размеры и размещение мебели и т.д.) и ряд других [3, 27, 28, 29, 30, 108, 138, 165 и др.].

2. *Учебно-организационные факторы*, зависящие в большей степени от деятельности администрации учебного заведения:

- отсутствие единой мировоззренческой концепции предлагаемых учащимся знаний, калейдоскопичность учебного материала, что не соответствует законам восприятия;

- учебные перегрузки, связанные с интенсификацией обучения и использованием методических приемов, не учитывающих индивидуальные возможности и возрастные психофизиологические особенности учащихся;

- морально-этические проблемы обучения: авторитарность, принуждение, взаимная агрессия педагогов, учащихся и их родителей;

- исчезновение у учащихся мотивации к обучению;

- недостаточная физическая активность;

- несоблюдение гигиенических требований к организации педагогического процесса (плотность, чередование видов учебной деятельности, проведение физкультминуток, упражнений для зрения и т.п.);

- недостаточная подготовленность педагогов и массовая безграмотность родителей в вопросах сохранения здоровья;

- неразвитость службы медицинского контроля и психологического обеспечения учебных заведений;

- несоответствие стиля управления администрации (характер отношений «по вертикали») и психологического климата педагогического коллектива (характер отношений «по горизонтали»);

- отсутствие системы работы по формированию культуры здоровья и здорового образа жизни у учащихся;

- слабая позиция и уровень компетентности руководства в вопросах сохранения и укрепления здоровья учащихся и ряд других [7, 40, 138 и др.].

3. *Психолого-педагогические факторы*, зависящие в большей степени непосредственно от педагогов, работающих с детьми. Исследователи указывают на необходимость учета основных из них:

- психологического климата в классах, наличия эмоциональных разрядок;
- стиля педагогического общения учителя с учащимися;
- характера проведения опросов и экзаменов, проблемы оценок;
- степени реализации учителем индивидуального подхода к ученикам (особенно «группы риск»);
- особенностей работы с «трудными подростками» в классе;
- соответствия используемых методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям школьников;
- степени ограничений в свободе естественных телесных, эмоциональных и мыслительных проявлений учащихся на уроках (и вообще во время пребывания в школе);
- личностных, психологических особенностей учителя, его характера, эмоциональных проявлений;
- состояния здоровья учителя, его образа жизни и отношения к своему здоровью;
- степени педагогической автономии и возможности инновационной деятельности учителя;
- профессиональной подготовленности учителя в вопросах применения здоровьесберегающих технологий [33, 138 и др.].

Таким образом, факторы риска в педагогике отражают условия обучения, учебную нагрузку и особенности взаимоотношений в педагогическом коллективе. Первый из этих факторов обобщает все реальные условия учебного процесса, все то, что подлежит гигиеническому нормированию. Второй фактор отражает всю информационную сторону учебного процесса и организацию обучения. Третий фактор обобщает стиль взаимоотношений педагога и учащегося, включая оценку результатов его учебной деятельности. В конечном счете, к факторам риска относится любое несоответствие условий, требований, взаимо-

отношений индивидуальным возможностям и особенностям учащихся в ходе учебного процесса.

Выделенные факторы риска можно рассматривать как направления деятельности, работая по которым, можно переломить тенденцию к снижению уровня здоровья учащихся, превратив здоровьеразрушающую систему образования в здоровьесформирующую, здоровьесберегающую.

Теории о факторах риска позволяют выдвинуть и приступить к реализации концепции конструирования, создания здоровья, состоящей из двух фаз: фазы преодоления, уменьшения действия факторов риска и фазы создания здоровья, его формирования. Вторую фазу реализовать гораздо труднее, так как она подлинно профилактическая, основанная на недопущении факторов риска и непосредственных причин заболеваний – это фаза развития, укрепления здоровья здоровых [85].

Имея представление о факторах риска и неся ответственность за состояние здоровья своих воспитанников и обучающихся, образовательные учреждения должны проводить работу по формированию, сохранению и укреплению их здоровья. Однако в соответствии с данными статистики детской заболеваемости уровень здоровья детского населения страны непрерывно снижается.

1.3. Статистика и тенденции состояния здоровья учащихся общеобразовательной школы

На протяжении вот уже более чем пятнадцатилетнего периода наблюдается тенденция увеличения заболеваемости детей и подростков, обучающихся в общеобразовательных учреждениях, что подтверждается данными заболеваемости по обращаемости (показателями официальной статистики), результатами углубленных профилактических медицинских осмотров Научно-исследовательского центра гигиены и охраны здоровья детей и подростков государственного учреждения «Научный центр здоровья детей» Российской академии медицинских наук (НИИ ГиОЗДиП ГУ НЦЗД РАМН), а также данными исследований.

Известно, что состояние здоровья детей и подростков является важнейшей предпосылкой успешной реализации функций на всех этапах школьного онтогенеза, при этом оно во многом зависит от условий жизнедеятельности учащихся. Поэтому, изучение динамики показателей состояния здоровья в процессе роста и развития детского организма в период обучения и воспитания в общеобразовательном учреждении дает возможность получить наиболее важную интегральную характеристику успешности адаптации к условиям образовательной среды. Отметим также, что уровень здоровья учащихся на момент исследования не только отражает результат протекания адаптационных процессов на предшествующих этапах обучения, но и является основой приспособления организма к возрастающим требованиям последующих этапов образовательного процесса.

Характеризуют состояние здоровья учащихся показатели заболеваемости и физического развития. Комплексная оценка состояния здоровья проводится на основании определения у каждого ребенка группы здоровья и последующего анализа процентного распределения учащихся на группы здоровья.

Рассмотрим данные статистики заболеваемости школьников.

Уровень общей заболеваемости подростков 15-17 лет в Российской Федерации на начало 2005 г. составил около 172493,9 на 100 тыс. соответствующего населения. В динамике за 5 предшествующих лет отмечен прирост общей заболеваемости среди подростков на 14,7%.

В современных условиях отмечается постоянная интенсификация учебного процесса, которая выражается в увеличении объема учебного материала и количества уроков. Следствием этого является большая утомительность школьных занятий и большая физиологическая стоимость школьных нагрузок, которая приводит к снижению числа абсолютно здоровых детей в динамике обучения с 1-го класса к 3-му с 4,3 до 1,0% (табл. 3). Одновременно возрастает процент детей с хроническими заболеваниями с 51,3 до 60,2%. По сравнению с предыдущим пятилетием на 10% увеличилась III группа здоровья (т.е. группа учащихся с хроническими заболеваниями). Распространенность функциональ-

ных отклонений увеличилась в среднем на 47, а хронических заболеваний – на 54%.

Таблица 3

Распределение учащихся первых, вторых и третьих классов, обследованных в 2005–2006 гг., на группы здоровья (%)

Группы здоровья	Первые классы	Вторые классы	Третьи классы
I группа	4,3	1,5	1,0
II группа	44,4	43,9	38,8
III группа	51,3	54,6	60,2
Всего	100,0	100,0	100,0

Существенно возросла распространенность нервно-психических и сердечно-сосудистых функциональных расстройств, нарушений органов пищеварения и зрения у современных учащихся младшей школы по сравнению с их сверстниками конца XX в. Частота встречаемости функциональных расстройств нервной системы и психической сферы увеличилась на 63%, функциональных отклонений системы кровообращения – на 102, расстройств пищеварительной системы – на 62, нарушений зрения – на 42%. Необходимо подчеркнуть, что в 4,5 раза возросла распространенность хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата у учащихся. Таким образом, можно сделать вывод о росте распространенности именно школьно-обусловленных функциональных отклонений и хронических заболеваний у учащихся младших классов.

Анализ популяционных данных о заболеваемости подростков-школьников 15-17 лет также позволяет выявить отчетливую негативную тенденцию ухудшения состояния здоровья учащихся за период с 1989 г. до начала 2005 г. За этот период в целом распространенность функциональных отклонений среди юношей увеличилась на 89%, среди девушек – на 52%, частота встречаемости хронических болезней среди юношей возросла на 34%, но среди девушек колеблется в незначительных пределах.

При последовательном рассмотрении заболеваемости учащихся 9, 10 и 11-х классов на популяционном уровне выявлены следующие тенденции:

- распространенность функциональных расстройств среди девушек увеличивается более значительно, чем среди юношей (34 против 13%);

- распространенность хронической патологии среди учащихся в 10-х классах резко снижается за счет того, что в эти классы не попадают наиболее слабые по успеваемости учащиеся, большинство из которых страдают хроническими заболеваниями. Эта группа составляет около 30% бывших девятиклассников;

- в течение 10-х и 11-х классов распространенность хронических заболеваний среди юношей увеличивается на 10,5%, а среди девушек практически остается на прежнем уровне;

- среди подростков, покинувших школу после 9-го класса, на 39-41% выше уровень хронической заболеваемости по сравнению с оставшимися, причем среди ушедших из школ первое ранговое место занимают нервно-психические расстройства.

Оценка показателей состояния здоровья подростков, наблюдавшихся динамически с 9-го по 11-й класс, свидетельствует о том, что адаптация школьников к учебным нагрузкам и успешность обучения в 10–11-х классах происходит за счет чрезмерного напряжения функциональных систем организма, что приводит к формированию функциональных расстройств, их тяжелому течению, развитию хронических заболеваний. В результате этих процессов увеличивается распространенность как функциональных нарушений, так и хронических болезней.

В связи с ростом хронических заболеваний среди старшеклассников изменилось распределение наблюдаемых подростков на группы здоровья: если в 9-м классе 4,1% школьников относились к I группе здоровья и 53,5% - к III группе, то среди учащихся 11-х классов абсолютно здоровых не было, III группа здоровья увеличилась до 57,6% и появилась немногочисленная IV группа, составляющая 1,4%.

При динамическом наблюдении за всеми учащимися (при клинико-эпидемиологических исследованиях) выявлено отчетливое увеличение распро-

страненности функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта, зрения и нервно-психических расстройств; кроме того, в группе динамического нарушения возросла частота нарушений опорно-двигательного аппарата.

Установлены возрастные особенности заболеваемости подростков, обучающихся в одних и тех же классах. (Рис. 1).



Рис. 1. Показатели распространенности основных функциональных отклонений среди одиннадцатиклассников:

- ▨ – старшая возрастная группа (17-18 лет);
- ▤ – младшая возрастная группа (16 лет)

Так, сравнительный анализ распространенности функциональных расстройств и хронических заболеваний среди одиннадцатиклассников младшей возрастной группы и старшей возрастной группы показал, что успешность обучения в 11-х классах у 16-летних подростков имеет более высокую физиологическую стоимость, чем у более старших одноклассников. В младшей возрастной группе чаще выявляются нарушения зрения, функциональные расстройства пищеварения и опорно-двигательного аппарата, нервно-психические расстройства, дефицит массы тела.

В структуре функциональных отклонений у старшеклассников ведущие места занимают расстройства сердечно-сосудистой системы, нервно-психические и костно-мышечные нарушения, близорукость слабой степени, эндокринно-обменные нарушения, в основном дефицит и избыток массы тела.

Следует отметить, что в 10–11-х классах функциональным психическим расстройствам, преимущественно невротического круга, принадлежит первое ранговое место в структуре функциональных нарушений.

В структуре хронической патологии больше всего было зафиксировано болезней органов пищеварения, опорно-двигательного аппарата, синдромально очерченных психических расстройств (неврозы, неврастении, неврозоподобный и церебрастенический синдромы и др.), болезней ротоносоглотки, миопия средней и высокой степени. К концу 11-го класса среди юношей и девушек увеличивается количество хронических заболеваний органов пищеварения, зрения, нервно-психических расстройств (рис. 2 и 3).



Рис. 2. Увеличение уровней заболеваемости школьников наиболее распространенными болезнями и функциональными отклонениями.

Рис. 3.

Оценка степени выраженности клинических изменений при патологических процессах на уровне качественных показателей «улучшение», «ухудшение», «без динамики» позволила установить, что как в группах юношей, так и в группах девушек в 40-60% случаев ухудшилось течение функциональных нарушений и хронических болезней опорно-двигательного аппарата и желудочно-кишечного тракта, нервно-психических расстройств, нарушений зрения.

В настоящее время уделяется большое внимание созданию в общеобразовательных учреждениях профильных классов, в которых обучение начинается с 10-го класса. Исследователями был проведен сопоставительный анализ заболе-

ваемости учащихся, перешедших из общеобразовательных 9-х классов в профильные, в сравнении с заболеваемостью учащихся 10–11-х классов, обучающихся в гимназиях с 1-го по 5-й класс. При переходе на профильное обучение в 10-х классах среди учащихся школ быстрее, чем среди гимназистов, возросло количество функциональных расстройств. Однако в гимназиях сохраняется более высокая частота встречаемости хронических заболеваний, сформировавшихся на этапах обучения в начальных и средних классах.

На основании вышесказанного можно констатировать, что на резко возросшую нагрузку, обусловленную дополнительными уроками в профильных классах, организм подростков в первую очередь отвечает формированием и усилением функциональных нарушений со стороны нервной системы, органов кровообращения и зрения. При продолжающихся учебных перегрузках функциональные расстройства переходят в хронические заболевания – формируются выраженные неврозы и вегетативно-сосудистые расстройства, стабилизируются нарушения в уровнях артериального давления, прогрессирует близорукость, развивается психосоматическая патология.

Таким образом, за период с 1989 по 2005 гг. заболеваемость школьников увеличилась. В значительной степени возросла распространенность именно школьно-обусловленных болезней – нарушений центральной нервной системы, вегетативных отделов нервной системы, органов кровообращения и зрения, опорно-двигательного аппарата. Все это свидетельствует о чрезмерной учебной нагрузке, испытываемой учащимися в условиях гиподинамии и недостаточности сна и отдыха.

Представим характеристику психофизиологических параметров, обеспечивающих учебную деятельность детей и подростков. В основу работы положены материалы комплексных многоплановых исследований по оценке функционального состояния организма свыше 3000 учащихся 1–11-х классов общеобразовательных учреждений, которые были проведены в период с 2000 по 2006 гг. Для характеристики функционального состояния организма школьников изучалась умственная работоспособность, ее вегетативное обеспечение

(показатели функционирования сердечно-сосудистой системы, уровень невротизации детей, психоэмоциональное состояние).

В соответствии с ходом онтогенетического развития уровень умственной работоспособности повышается от класса к классу. Происходит увеличение скорости и улучшение точности выполнения дозированного задания. Это подтверждает и повышение значения интегрального показателя работоспособности всего классного коллектива, хотя его увеличение происходит неравномерно, имеет место снижение в 5, 7, 8 и 10-м классах, что связано с переходом на новую ступень школьного обучения (5-й и 10-й класс) и с неустойчивостью функционирования детского организма в период полового созревания (7 и 8-й классы) (рис. 4).

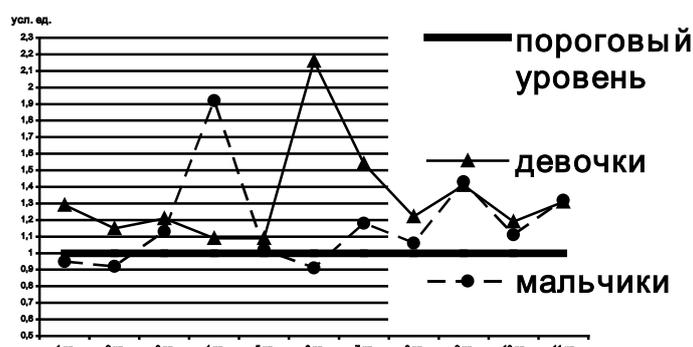


Рис. 4. Динамика интегрального показателя умственной работоспособности учащихся разного пола 1–11-х классов.

На протяжении всего периода обучения в школе для большинства учащихся (60,8–68,0%) характерен средний уровень работоспособности, высоким уровнем умственной работоспособности обладает пятая часть детей (20,4–23,5%) школьной популяции, а низким – 9,3–15,1% школьников. Такая неоднородность функциональных возможностей обучающихся обосновывает необходимость их учета в процессе организации обучения, использования таких технологий обучения, которые позволяют обеспечить личностноориентированный подход.

Изменения работоспособности, свидетельствующие о развитии сильного и выраженного утомления под влиянием учебных занятий, колебались от

41,3% в 1-ом классе до 27,3% в 11-м классе. Частота подобных неблагоприятных изменений работоспособности наиболее высока среди учащихся 1–3, 5 и 7–10-х классов, что говорит о неадекватности учебной нагрузки. Об этом же свидетельствует частота неблагоприятных реакций со стороны сердечно-сосудистой системы, которая особенно высока у учащихся 5, 7–8 и 10–11-х классов. Одновременно повышается и уровень невротизации учащихся (страх перед школой, плаксивость, раздражительность, трудность засыпания, головные боли и т.д.). Это особенно характерно для учащихся 1–2-х классов и 6–9-х классов, что в совокупности с дискомфортным эмоциональным состоянием (свыше четверти учащихся) отражает затрудненную адаптацию детей и подростков к требованиям школы.

Результаты изучения умственной работоспособности учащихся 1–11-х классов в динамике учебного дня показывают, что учебная нагрузка у учащихся 1–5-х классов вызывает значимое снижение уровня работоспособности (ухудшаются как качественные, так и количественные показатели), интегральный показатель работоспособности снижается в 1,5-2 раза по сравнению с исходными данными, его значения становятся ниже порогового уровня (1,0). У учащихся 6–11-х классов изменения работоспособности к концу учебного дня соответствуют «физиологическому» утомлению.

Недельная динамика работоспособности учащихся существенно зависит от того, насколько рационально с гигиенических позиций составлено расписание уроков, определено количество уроков в день, запланировано контрольных работ, сколько сдвоенных уроков в начальной школе.

Характер годовой динамики умственной работоспособности, как показывают многолетние наблюдения, определяется структурой учебного года. Традиционная организация учебного года, когда разные по продолжительности учебные четверти сменяются различными по продолжительности каникулами, вызывает у подавляющего большинства учащихся существенное снижение работоспособности к концу III четверти. С гигиенических позиций равномерное чередование периодов учебы и отдыха (5-6 недель учебы чередуются с недель-

ными каникулами) обеспечивает большую устойчивость работоспособности учащихся в течение года.

На основе вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. Наблюдается устойчивая тенденция увеличения заболеваемости детей и подростков.

2. Наиболее неблагоприятными периодами школьного онтогенеза, сопровождающимися значительным темпом прироста заболеваемости, являются период обучения в первом классе, в средних классах и в 10–11-м классах. Интенсивное обучение в средних классах совпадает с особенно сложным с физиологических позиций периодом полового созревания, что приводит к ускорению формирования функциональных расстройств, их тяжелому течению и развитию хронических заболеваний. Рост заболеваемости в 1, 5 и 10-м классах обусловлен периодом адаптации учащихся к новой ступени обучения. В эти же периоды наблюдается и снижение показателей умственной работоспособности учащихся.

3. Среди учащихся гимназий и лицеев распространенность нервно-психических и вегетативно-сосудистых расстройств, нарушений опорно-двигательного аппарата и зрения выше, чем среди учащихся массовых школ.

4. При переходе на профильное обучение в 10-м классе среди учащихся школ быстрее, чем среди гимназистов, возрастает распространенность функциональных расстройств, что обусловлено неблагоприятным воздействием резко возросшей учебной нагрузки. Однако в гимназии сохраняется более высокая частота встречаемости хронических заболеваний, сформировавшихся на этапах обучения в начальных и средних классах.

5. На возрастающую учебную нагрузку организм детей и подростков в первую очередь реагирует формированием и усилением функциональных нарушений со стороны нервной системы, органов кровообращения и зрения. При продолжающихся учебных перегрузках функциональные расстройства переходят в хронические заболевания – формируются выраженные неврозы и вегетативно-сосудистые расстройства, стабилизируются нарушения в уровнях арте-

риального давления, прогрессирует близорукость, развивается психосоматическая патология.

6. В соответствии с ходом онтогенетического развития детей количественные и качественные показатели учащихся улучшаются на протяжении всего периода школьного обучения. Равномерность прироста показателей умственной работоспособности нарушается при переходе учащихся на основную (5-й класс) и общую (10-й класс) ступени обучения, а также в 7–8-х классах, что совпадает с дисбалансом функциональных систем организма в пубертатном периоде.

7. Для большинства (60,8–68,0%) учащихся 1–11-х классов характерен средний уровень умственной работоспособности; высоким уровнем работоспособности обладает пятая часть детей (20,4–23,5%), а низким – 9,3–15,1% школьников. Утомительность учебной нагрузки для большинства учащихся особенно высока на этапе обучения в 1–3, 5 и 7–10-м классах; о трудности адаптации к требованиям школы в эти периоды свидетельствует возрастание неблагоприятных реакций со стороны функциональных систем, обеспечивающих учебную деятельность. На протяжении всего периода школьного обучения девочкам свойственны более высокие как качественные, так и количественные показатели умственной работоспособности.

8. Снижение работоспособности к концу учебного дня у большинства учащихся 6–11-х классов соответствует «физиологическому» утомлению, а у большинства учащихся 1–5-х классов уровень работоспособности снижается существенно. Устойчивость работоспособности в динамике учебной недели в значительной степени зависит от рационально составленного расписания уроков, числа контрольных работ и наличия сдвоенных уроков в начальной школе. При традиционной структуре учебного года наиболее выраженное утомление учащихся независимо от возраста регистрируется в конце III четверти.

Таким образом, на протяжении длительного периода (1986–2005) прослеживается отчетливая тенденция увеличения заболеваемости детей и подростков, причем особенно высокими темпами увеличивается распространенность

именно школьно-обусловленных нарушений здоровья: нервно-психических и вегетативно-сосудистых расстройств, нарушений опорно-двигательного аппарата, зрения, функциональных отклонений и хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Глава 2. ПРОБЛЕМА ОРГАНИЗАЦИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ

2.1. Нормативно-правовые основания обеспечения здоровья детей и подростков в учебном заведении

Образовательные учреждения проводят значительную работу по формированию, сохранению и укреплению здоровья учащихся. При этом каждая деятельность имеет под собой определенную правовую основу.

Обеспечение прав ребенка является глобальной проблемой современности, поскольку подрастающее поколение играет определяющую роль в гарантировании жизнеспособности общества и прогнозировании его будущего развития [143]. Однако свободное и гармоничное развитие человеческой личности невозможно без реализации одного из основных прав человека – права на охрану и укрепление здоровья¹. В связи с этим нами был изучен ряд нормативно-законодательных документов международного, федерального и регионального уровней на предмет установления права детей и подростков на охрану и укрепление здоровья, в том числе при обучении в общеобразовательном учреждении.

Право на охрану и укрепление здоровья ребенка в ряде нормативно-законодательных документов либо недостаточно четко и полно формулируется, либо не раскрывается в полной мере механизм его реализации. Чаще всего право на охрану здоровья тесно сплетается с общими правами ребенка. Так, в первом документе международного-правового характера в области охраны прав и интересов детей – Декларации прав ребенка (Женева, 1924) весьма косвенно раскрываются права на охрану здоровья: ребенку должна предоставляться возможность нормального развития, как материального, так и духовного (принцип 1); голодный ребенок должен быть накормлен, больному ребенку должен быть предоставлен уход (принцип 2). Однако в документе впервые подчеркивается, что забота о детях и их защита не являются больше исключительной обязанно-

¹ Охрана здоровья – совокупность мер, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его активной долголетней жизни.

стью семьи, общества или даже отдельной страны — все человечество должно заботиться о благополучии детей.

Необходимость разработки мер по охране прав ребенка, в силу его физической и умственной незрелости, потребовала выделения международной защиты прав детей в особое направление. С этой целью в ООН были созданы Социальная комиссия и Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) (1946). Кроме того, защитой прав детей в отдельных областях занимаются специализированные учреждения ООН: Международная организация труда (МОТ), Всемирная организация здравоохранения, Организация Объединенных Наций по вопросам науки, культуры и образования (ЮНЕСКО).

Отметим, что международная защита прав ребенка осуществляется по нескольким направлениям:

- разработка деклараций, резолюций, конвенций с целью подготовки международных стандартов в области прав;
- создание специального контрольного органа по защите прав;
- содействие приведению национального законодательства в соответствие международным обязательствам (имплементационная деятельность);
- оказание международной помощи через Детский фонд ООН.

Наиболее результативной является нормотворческая деятельность по защите прав ребенка, которая включает следующие:

- закрепление прав ребенка в общих декларациях и конвенциях по правам человека либо в международных соглашениях, регламентирующих права отдельных социальных групп, тесно связанных с ребенком (права женщин), или в определенной области отношений (в области семейного, трудового права, образования);
- разработка деклараций и конвенций, специально регулирующих права ребенка.

Права ребенка на охрану здоровья закреплены в следующих международных документах:

1. Декларация прав ребенка (1959). Согласно одному из принципов (принцип 4), ребенку должно предоставляться право на надлежащее питание, жилище, развлечения и медицинское обслуживание.

2. Международные пакты о правах человека (1966). В пактах формулируется ряд положений, непосредственно касающихся интересов детей. Так, согласно Пакту об экономических, социальных и культурных правах, государства будут принимать меры по обеспечению сокращения мертворождаемости и детской смертности и здоровому развитию ребенка (ст.12).

3. Конвенция ООН о правах ребенка (1989). Конвенция определяет основные требования, которые должны обеспечить права детей: выживание, развитие, защита и обеспечение активного участия в жизни общества. Конвенция ставит ребенка на центральное место в доме, в общине и в обществе и исходит из того, что одно право не может быть изолировано от другого (право ребенка на здоровье подвергается опасности, если ребенку не обеспечен достаточный уровень жизни; право на образование невозможно осуществить, если ребенок болен) и ряд других документов.

Намечая новые стратегии и меры по защите прав детей, 27-й специальной сессией Генеральной Ассамблеи ООН от 10.05.2002 г. утверждаются декларация и план действий по правоохранительной работе «Мир, пригодный для жизни детей». В декларации ставятся задачи по содействию здоровому образу жизни детей: «...е) разработка и осуществление национальных стратегий и программ развития детей с целью обеспечить активное физическое, социальное, эмоциональное, духовное и интеллектуальное развитие; f) разработка и осуществление национальных стратегий и программ ... для подростков ... для содействия их физическому и психическому здоровью» (ст. 34, п. 1). Отдельным пунктом выделена необходимость эффективно пропагандировать здоровый образ жизни (ст. 34, п. 3). Здесь же подчеркивается необходимость укрепления системы здравоохранения, просвещения и активизации деятельности систем социального обеспечения в целях расширения доступа к комплексным и эффективным службам медицинской помощи, питания и ухода за детьми в шко-

лах (ст. 34, п. 15); содействия физическому, психическому и эмоциональному здоровью детей, включая подростков, посредством игр, спорта, досуга, художественного и культурного самовыражения (ст. 34, п. 19). Намечаются шаги по обеспечению качественного образования: «...d) улучшить все аспекты качества образования с тем, чтобы дети и молодые люди достигали признанного и поддающегося измерению уровня обучения, особенно счету, грамоте и основным жизненным навыкам; е) обеспечить, чтобы потребности всех молодых людей в образовании удовлетворялись с помощью обеспечения доступа к соответствующим программам обучения и приобретения жизненных навыков...» (ст. 39) [115].

Для достижения поставленных целей и задач в декларации определяются такие стратегии и меры, как обеспечение того, чтобы все основные учебные программы были доступными, открытыми и учитывали потребности детей (ст. 40, п. 4); создание совместно с детьми удобных для них условий обучения, а также обеспечение условий и возможности для отдыха и спорта в школах и общинах (ст. 40, п. 17); дальнейшая разработка и осуществление программ для детей и подростков, особенно в школах, по предотвращению и прекращению курения, употребления алкоголя, наркотических и психотропных средств (ст. 40, п. 11) [115].

Таким образом, мировое сообщество стремится к максимальной защите ребенка, рассматривая его и как объект, требующий специальной защиты, и как субъект права, которому предоставляется весь спектр прав человека, а охрана здоровья занимает одно из главенствующих положений.

Являясь государством-участником ООН, Российская Федерация строит свой правовой механизм с учетом вышеназванных документов. Конституцией РФ (1993) права и свободы человека провозглашаются высшей ценностью, и одновременно устанавливается, что признание, соблюдение и защита являются обязанностью государства.

В соответствии с Конституцией РФ, Верховный Совет РФ признал основополагающую роль охраны здоровья граждан и принял в 1993 г. «Основы за-

конодательства РФ об охране здоровья граждан». Одним из принципов охраны здоровья граждан становится приоритет профилактических мер. Согласно данному документу, несовершеннолетним предоставляется право на санитарно-гигиеническое образование, на обучение и труд в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов.

О праве на квалифицированную медицинскую помощь в государственной системе здравоохранения отмечается в «Декларации прав и свобод человека и гражданина».

О формировании системы мер, направленных на защиту здоровья каждого человека, усиление внимания охране здоровья детей, указывается в «Концепции национальной безопасности РФ» (2000).

Согласно Федеральному закону «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (1999), санитарно-эпидемиологическое благополучие обеспечивается посредством профилактики заболеваний, мер по гигиеническому воспитанию и обучению населения и пропаганде здорового образа жизни. Заметим, что настоящим документом обозначены требования к условиям воспитания и обучения учащихся и воспитанников в образовательном учреждении.

Основные гарантии прав и законных интересов ребенка, предусмотренные Конституцией РФ, установлены Федеральным законом «Об основных гарантиях прав ребенка² в РФ» (1998). Настоящим документом провозглашено содействие физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей; определены полномочия органов государственной власти РФ и органов государственной власти субъектов РФ на осуществление гарантий прав ребенка в РФ: «...выбор приоритетных направлений деятельности по обеспечению прав и законных интересов ребенка, охраны его здоровья и нравственности» (ст. 5) [115].

² Ребенок – лицо до достижения им возраста 18 лет.

С 01.07.1999 г. в дополнение к данному закону вступает в силу п. 3, ст. 7, согласно которому «педагогические, медицинские, социальные работники, психологи и другие специалисты несут ответственность за работу по воспитанию, образованию, охране здоровья, социальной защите и социальному обслуживанию ребенка...» [115]. Следом (01.01.2000 г.) принимается ст. 8 о государственных минимальных социальных стандартах основных показателей качества жизни детей, куда включен установленный минимальный объем социальных услуг по бесплатному медицинскому обслуживанию детей, обеспечению их питанием, в соответствии с минимальными нормами питания, по организации оздоровления и отдыха детей. В ст. 8 акцентируется внимание на оценке соответствия предоставляемых услуг учреждениями здравоохранения, образования, социального обслуживания и иных учреждений государственным минимальным социальным стандартам основных показателей качества жизни детей; указываются исполнители и порядок исполнения (ст. 8, п. 3). Согласно закону, в учреждениях здравоохранения осуществляются мероприятия по оказанию детям бесплатной медицинской помощи, предусматривающей профилактику заболеваний, медицинскую диагностику, лечебно-оздоровительную работу, а также мероприятия по обеспечению прав детей на отдых и оздоровление (ст. 12).

В «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ» (1997) рекомендуется проводить работу по расширению базы здравоохранения. Основными направлениями данной работы являются: привлечение внимания населения к вопросам охраны здоровья; сотрудничество со средствами массовой информации в популяризации здорового образа жизни. Большое социально-медицинское и общественное значение в документе отводится сохранению и укреплению здоровья школьников и студенческой молодежи.

На улучшение качества и структуры питания в свое время была направлена «Концепция государственной политики в области здорового питания населения РФ на период до 2005года» (1998).

«Концепция охраны здоровья населения РФ на период до 2005 года» (2000) также определяла приоритетность образовательных программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей, подростков и молодежи, формирование у каждого из них активной мотивации, заботы о собственном здоровье и здоровье окружающих; развитие системы социально-гигиенического мониторинга для определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья и воздействием факторов среды.

Следует отметить, что вопросы охраны здоровья решаются прежде всего учреждениями здравоохранения, однако представители ВОЗ и ЮНИСЕФ еще в 1978 г. на Алма-атинской международной конференции по первичной медико-санитарной помощи указывали на необходимость совместных усилий социальных и экономических секторов в дополнение к сектору здравоохранения [83]. Основным же сектором, несомненно, является образование.

Закон РФ «Об образовании» (1992) определяет принципы государственной политики в области образования, провозглашающие приоритет общечеловеческих ценностей жизни и здоровья человека, свободного развития личности и гуманистический характер образования (гл. 1, ст. 2). Заметим, что данные принципы в дальнейшем находят отражение и в Законе РФ «О физической культуре и спорте» (1999), где физическая культура и спорт рассматриваются как одно из мощнейших средств профилактики заболеваний, укрепления здоровья, поддержания высокой работоспособности человека.

Законом РФ «Об образовании» разграничены компетенция и ответственность федерации и образовательного учреждения в вопросах, связанных с охраной здоровья учащихся (гл. 3). Так, ведению РФ в области образования в лице ее федеральных органов государственной власти и органов управления образованием подлежит «установление... федеральных требований к образовательным учреждениям в части строительных норм и правил, санитарных норм, охраны здоровья обучающихся, воспитанников, защиты населения, территории от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, минимальной оснащенности учебного процесса и оборудования учебных помещений» (ст. 28,

п. 15), тем самым признается исключительное значение выполнения комплекса гигиенических требований к условиям обучения [116].

Важным документом, регламентирующим многие аспекты деятельности общеобразовательных учреждений, являются Санитарные правила и нормы 2.1.2.1188–03, направленные на предотвращение неблагоприятного воздействия на организм учащихся вредных факторов и условий, сопровождающих их учебную деятельность. Данным документом определяются санитарно-гигиенические требования к условиям и режимам образовательного процесса, их организационному и материально-техническому обеспечению.

Отметим, что Законом РФ «Об образовании» определен не только порядок установления соответствующих требований, но и порядок контроля за «соответствием условий осуществления образовательного процесса, предлагаемых образовательным учреждением, государственным и местным требованиям в части строительных норм и правил, санитарных и гигиенических норм, охраны здоровья обучающихся, ...оборудования учебных помещений, оснащенности учебного процесса, образовательного ценза педагогических работников и укомплектованности штатов» (ст. 33) [116]. Такой контроль проводится путем лицензирования на основании заключения экспертной комиссии.

«Образовательное учреждение несет ответственность за жизнь и здоровье обучающихся... во время образовательного процесса», к его компетенции относятся «создание необходимых условий для работы подразделений организации общественного питания и медицинских учреждений, контроль их работы в целях охраны и укрепления здоровья обучающихся» (ст. 32, п. 2–3). Данное положение дублируется в ст. 51 закона: «... образовательное учреждение создает условия, гарантирующие охрану и укрепление здоровья обучающихся... Ответственность за создание необходимых условий для учебы, труда и отдыха обучающихся несут должностные лица образовательных учреждений» [116].

В 1992 г. министерства здравоохранения и образования РФ подписали приказ № 186/272 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях», определивший более детальное, прак-

тическое решение поставленных перед образовательными учреждениями здоровьесберегающих задач. Согласно приложению к приказу, медицинское обеспечение детей предполагает контроль за состоянием их здоровья на основе правильной организации первичной профилактики и оздоровления, своевременной коррекции отклонений в состоянии здоровья, привитие гигиенических навыков и физической культуры. В документе указывается, что настоящие задачи должны реализовываться медицинскими работниками совместно с педагогическими коллективами как непосредственно в организационных коллективах, так и в лечебно-профилактических учреждениях.

Впервые настоящим документом ставится задача использования образовательным учреждением более «эффективных организационных форм медицинского обеспечения детей дошкольного и школьного возраста»; рекомендуется с учетом местных условий, имеющегося опыта работы внедрение новых организационных форм, наряду с существующими например, центра (отделения) охраны здоровья детей).

Как следствие постановки вышеперечисленных задач выходит приложение к приказу Министерства образования РФ от 15.05.2000 г. №1418 «Примерное положение о центре содействия укреплению здоровья обучающихся, воспитанников образовательного учреждения», в котором раскрываются общие положения, цели, задачи, основные направления и организация деятельности центра.

Стратегические цели образования в области охраны здоровья обучающихся и воспитанников также обозначены в ряде документов:

1. Национальной доктрине образования РФ (воспитание здорового образа жизни, развитие детского и юношеского спорта, всесторонняя забота о сохранении жизни, здоровья и физическом воспитании и развитии детей, учащихся и студентов).

2. Федеральной программе развития образования (общие направления развития системы образования, в том числе совершенствование организации учебного процесса в целях сохранения и укрепления здоровья обучающихся,

нормализации учебной нагрузки, создание специальных условий для получения образования лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья и особенности развития).

3. Концепции структуры и содержания общего среднего образования в двенадцатилетней школе (нормализация учебной нагрузки, гуманизация технологий обучения, увеличение числа занятий физкультурой).

Значимым шагом со стороны государства стало введение социально-гигиенического мониторинга (1994), дающего возможность установить закономерности формирования здоровья детского населения и прогнозировать его изменения в связи с воздействием факторов окружающей среды и условиями жизни. Было принято постановление «Об общероссийской системе мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи» (2001).

Обратимся к региональной нормативно-правовой базе по охране здоровья детского населения. Государственная политика Свердловской области в сфере охраны здоровья отражена в Уставе (основном законе) Свердловской области (1994), где гарантируется право граждан на охрану здоровья и окружающей природной среды, социальную защиту.

Политика Свердловской области в сфере охраны здоровья строится на основе: обеспечения государственной поддержки системам медицинского и экологического образования и просвещения; обеспечения санитарной охраны; создания системы стимулирования здорового образа жизни населения, контроля за обеспечением безопасных условий труда, занятий физкультурой и спортом, сохранения благоприятной для жизни окружающей природной среды.

С целью закрепления гарантий правовой и социальной защиты детей в Свердловской области принят областной закон от 23.10.95 N 28–ОЗ «О защите прав ребенка», который наделяет ребенка и его представителей дополнительными к федеральному законодательству правами. Закон предусматривает создание благоприятных правовых, социальных, экономических и экологических условий жизни детей в Свердловской области, обеспечивающих им уровень

жизни, необходимый для гармоничного физического и духовного развития. Детям гарантируется право на обеспечение здорового образа жизни, экологическую защиту. В документе оговариваются условия содержания, обучения и воспитания детей, соответствующие Закону РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (1999), за нарушение требований которого руководители детских учреждений, родители (лица, их заменяющие), органы местного самоуправления несут предусмотренную законом ответственность.

Областным законом «О здравоохранении в Свердловской области» (1997) установлены организационно-правовые, экономические и социальные основы организации здравоохранения в Свердловской области. В документе закреплена профилактическое направление деятельности органов и организаций здравоохранения (ст. 2) [42].

Единство нормативов обучения граждан на территории Свердловской области, права личности на защиту социального, психического и физического здоровья обучающихся (воспитанников) раскрыты в Государственном образовательном стандарте (национально-региональный компонент) образования в период детства, основного общего и среднего (полного) общего образования Свердловской области (2000). В нем, наряду с функциями стандарта образования, осуществляемыми на федеральном уровне (критериально-оценочная, обеспечения прав учащихся на полноценное образование, сохранения единства образования, управления, повышения качества образования), выделены функции регионального уровня, позволяющие организовать процесс образования в соответствии с валеологическими критериями и нормами (нормы нагрузки, вариативность видов занятий, оптимальный технологический режим образовательного процесса, уровневый подход, возможность индивидуального выбора, приоритет культуры здоровья).

Таким образом, содействие физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей и подростков является одной из главных целей государственной политики РФ в интересах детей. В соот-

ветствующих нормативно-правовых и законодательных актах на образовательные учреждения возложена ответственность за формирование и сохранение здоровья учащихся; установлен порядок требований и контроля за соответствием условий осуществления образовательного процесса в учебных заведениях; акцентируется внимание на необходимости объединения усилий медицинских и образовательных ведомств; предлагается механизм реализации поставленных целей путем создания соответствующих структур.

2.2. Анализ существующих подходов к сохранению здоровья и формированию здорового образа жизни детей и подростков в учебном заведении

Исторический аспект охраны здоровья детей и подростков рассматривается большинством исследователей, занимающихся решением вопросов организации здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях [21, 64, 126 и др.].

В различные периоды своего развития обществом всегда решались оздоровительные задачи в отношении подрастающего поколения [11]. Так, элементарные правила гигиены, способствующие сохранению здоровья, встречаются в древних рукописях X–XI вв.: «Поучение Владимира Мономаха детям» (XI в.), «Домострой» (XV–XVI вв.), «Гражданство обычаев детских» Епифания Славянецкого (XVII в.), «Юности честное зерцало, или Показание к житейскому обхождению» (XVIII в.), «Регламент или устав духовной коллегии» Феофана Прокоповича (XVIII в.). В частности, в «Поучении Владимира Мономаха детям» говорится о необходимости закаливания и дневного сна, а в «Регламенте или уставе духовной коллегии» рекомендуется размещать школы за городом, чтобы иметь возможность дважды в день устраивать активные прогулки на свежем воздухе.

С середины XVIII в. из-за высокой детской смертности и заболеваемости вопросы здоровья детей занимают особое место в отечественной медицине и педагогике. Впервые на государственное значение охраны здоровья детей обра-

тил внимание М. В. Ломоносов. В регламентах московских академических гимназий важное значение отводится организации полноценного и правильного режима питания, распорядку дня и расписанию занятий, медицинской помощи учащимся.

В это же время вопросами охраны здоровья детей активно занимаются первые русские профессора-энциклопедисты (С. Ели, С. Г. Зыбелин, Н. М. Максимович-Амбродик, А. П. Протасов). В своих работах они заложили основы физического воспитания и закаливания, питания и гигиены детей.

Непосредственно в образовательных учреждениях развитие их идеи продолжили развивать такие общественные деятели, как И. И. Бецкой, Н. И. Новиков, А. Н. Радищев. Так, в 1823 г. в законодательном акте «Духовный регламент» были сформулированы основные положения о гигиене воспитания и обучения; впервые оговаривалось устройство и содержание учебных и жилых помещений для учащихся разного возраста; указывалось на необходимость обязательного чередования труда и отдыха.

В конце XVIII в. основоположник и руководитель закрытых детских учебных заведений И. И. Бецкой пишет и издает книги, в которых пропагандирует передовые для того периода правила гигиены и физического воспитания детей, дает советы по организации питания, сна, одежды, содержания жилища, закаливания и физического воспитания.

При всем этом школа того периода не содействует получению знаний, а наоборот, подавляет у учащихся интерес к учению, вызывает возникновение различных отклонений здоровья. Главной причиной всего этого И. И. Бецкой считает порочную систему обучения с нагрузками.

А. Н. Радищев в своем «Путешествии из Петербурга в Москву» так же обращает внимание не только на необходимость просвещения народа, но и на охрану здоровья подрастающего поколения. Он дает ценные советы по питанию детей, личной гигиене, физическому воспитанию, закаливанию, труду.

В конце XVIII – начале XIX в. большое значение имеет практическая деятельность врачей закрытых детских учреждений (К. И. Грум-Гржимайло, И.

Венциль, Е. Н. Смельский), которые занимаются не только лечением больных учащихся, но и проводят гигиенические мероприятия, следят за режимом дня, питанием, физическим воспитанием детей, условиями их обучения детей, осуществляют меры по борьбе с заразными болезнями, тем самым способствуя здоровому образу жизни.

К. И. Грум-Гржимайло в 1845 г. свой опыт работы в воспитательном доме обобщил в «Руководстве к воспитанию, образованию и сохранению здоровья детей» – первом практическом пособии для педагогов и родителей, в котором были даны рекомендации о том, как избежать чрезмерного утомления детей, а следовательно, и резкого снижения их работоспособности, ослабления защитных сил организма. Об этом же в свое время писал врач Артиллерийского училища Е. Н. Смельский в своей книге «Диетика юношества, или Наука сохранять здоровье детей при воспитании» (1829).

С середины XIX в. в полном объеме изучением состояния здоровья и динамикой физического развития подрастающего поколения начинают заниматься отечественные и зарубежные гигиенисты, педиатры, психологи: А. В. Беляев, И. И. Быстров, А. Гертель, А. Кей, В. Г. Нестеров и др. Ими выявлены различные отклонения в состоянии здоровья учащихся, обусловленные большой учебной нагрузкой. Охрана здоровья в этот период включает пропаганду знаний о здоровье и здоровом человеке, а также реализацию практических мер по организации здорового образа жизни в образовательных учреждениях.

Влияние учебной работы в классе на снижение работоспособности учащихся исследовали А. С. Вирениус, И. А. Сикорский, Ф. Ф. Эрисман. Была установлена зависимость уровня физического развития и состояния здоровья от условий труда, быта, профессии и социальной принадлежности. Ученые составили проекты постановлений об условиях труда и быта подростков. Проводя массовые антропометрические исследования, Ф. Ф. Эрисман выявил закономерности роста детей в зависимости от пола и условий воспитания.

Особое значение, несомненно, имеет работа П. Ф. Лесгафта «Руководство по физическому образованию детей школьного возраста» (1904), в которой из-

ложены теоретические основы физического образования, в последствии позволившие В. В. Гориневскому и В. Е. Игнатьеву создать свою систему физического воспитания. В этот же период В.В. Гориневский впервые разработал организационно-методические основы врачебного контроля за физическим воспитанием.

Гигиенические аспекты здорового образа жизни начинают завоевывать все более прочные позиции в системе отечественных воспитательных и образовательных учреждений в 40–50-х гг. XX столетия. Считая учителя главной фигурой в процессе обучения всех школьников «технике выполнения гигиенических навыков», И. И. Мильман в 1920-е гг. разрабатывает уроки здоровья. Ряд его учеников и последователей создают серию учебных пособий, разъясняющих роль личной и социальной гигиены в деле сохранения работоспособности и здоровья человека, предупреждения болезней и увеличения продолжительности жизни.

В этот период многие исследователи обращают внимание работников просвещения на необходимость создания оздоравливающей атмосферы в школах и других образовательно-воспитательных учреждениях: М. В. Антропова (1964, 1967), С. М. Громбах (1964), А. А. Гджанский (1965) и др. Однако следует заметить, что еще недостаточно четко определяются параметры гигиенически организованного учебного процесса, не разрабатывается научнообоснованный режим дня школьника, не указываются конкретные пути повышения уровня санитарной культуры учащихся в школе и дома, без чего невозможно создать предпосылки формирования здорового образа жизни детей. Более полные работы по охране здоровья школьников появляются позже, развивается сеть учреждений предназначенных для гигиенического воспитания учащейся молодежи, оцениваются и анализируются результаты санитарно-гигиенического просвещения и оздоровительных мероприятий [26, 27, 29, 103, 134, 142, 161 и др.].

В настоящее время задача охраны здоровья детского населения преимущественно решается посредством здоровьесберегающей деятельности средних

общеобразовательных учреждений. Это обусловлено тем, что большая часть детского населения – учащиеся, и основную часть времени они проводят в стенах школ, при этом установлена прямая зависимость уровня здоровья детей от состояния образовательной среды, в которой ребенок находится [135, 138 и др.]. Диапазон же здоровьесберегающей деятельности достаточно широк:

- проведение диагностики потребностно-мотивационной сферы учащихся и педагогов;
- создание условий жизнедеятельности учебного заведения, адекватных образовательному процессу и наиболее благоприятных для саморазвития, самосовершенствования личности, повышения уровня здоровья учащихся;
- целевое обучение педагогов основам валеологических знаний;
- внесение изменений в содержание образования (введение предмета «Валеология», межпредметная интеграция на валеологической основе);
- разработка программ непрерывного валеологического образования;
- обеспечение психоэмоциональной устойчивости и психологической защищенности ребенка, подростка в микросоциуме (в группе, классе, семье);
- формирование базы данных о состоянии здоровья, психофизиологических особенностях и возможностях детей и подростков; паспортизация здоровья;
- разработка инновационных моделей «школ здоровья», представленных валеологическими службами, службами и центрами здоровья;
- создание консультативной сети по проблемам валеологии для учащихся, родителей, учителей, воспитателей и ряд других.

Однако, какова качественная характеристика данной деятельности? С этой целью в 2003 г. проведена оценка качества здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений. Одним из методов исследования было анкетирование представителей администрации средних общеобразовательных школ Новоуральского административного округа (67% школ от общего числа по городу (всего 22). На некоторые вопросы респонденты (директора, замести-

тели директоров по учебной и учебно-воспитательной работе) дали более одного варианта ответа, поэтому сумма ответов по ряду вопросов превышала 100%.

Данные исследования показали, что системная здоровьесберегающая деятельность проводится только в 17% исследуемых школ и лишь в 33% из них имеется программа деятельности ее участников. Контроль же за исполнением программы (в тех школах, где таковая есть) и за сберегающей здоровье деятельностью осуществляется преимущественно заместителями директора по учебно-воспитательной работе (33%), директором (8%). Эффективность данной работы в основном оценена «удовлетворительно» (58%) и «хорошо» (42%), оценок «отлично» и «неудовлетворительно» не было.

Администрации приходится сталкиваться при осуществлении здоровьесберегающих мер в первую очередь с нехваткой квалифицированных кадров (75%). Заметим, что 75% участвовавших в исследовании учебных заведений не имеют специалистов, подготовленных в области валеологии. Кроме того, выявлена недостаточная взаимосвязь между сотрудниками, осуществляющими оздоровительную деятельность: учителями физкультуры, медицинскими работниками, психологами и др. (33%); отсутствуют системность, координация, отслеживание проводимых здоровьесберегающих мер (25%), не хватает знаний о валеологической работе в школе лицам, ответственными за организацию и проведение здоровьесберегающей деятельности (25%).

Все это, несомненно, является результатом отсутствия соответствующей методической базы, программы здоровьесбережения, слабости нормативной базы (67% образовательных учреждений не имеют разработанных функциональных обязанностей сотрудников, задействованных в здоровьесбережении), а также низким уровнем мотивации педагогических работников в проведении здоровьесберегающих мер (8%).

Респонденты указывали на необходимость информирования педагогических работников об уровне состояния здоровья учащихся (100%). Уровень достаточной информированности администрации о состоянии физической подготовленности детей и подростков составляет 58%; о заболеваемости – 33%; о

психологическом статусе – 25%. Отметим, что основными носителями информации о здоровье и ЗОЖ в учебных заведениях являются медицинские работники и учителя физической культуры. Но только в 25% случаев администрацию устраивает деятельность школьного медицинского работника, который относится к другому ведомству (здравоохранение) и, по мнению респондентов, не заинтересован в работе школы.

За деятельность по охране здоровья учащихся несут ответственность заместитель директора по учебно-воспитательной работе (75%), врачи, учителя биологии, физкультуры (25%), часть респондентов ответственных не указала (25%). Из них лишь 8% полагают, что справляются со своей работой.

Обращает на себя внимание то, что большинство опрошенных (100%) считают необходимым введение ставки организатора оздоровительной работы в учреждении и создание в школе соответствующей службы (например, службы здоровья) или структуры, которая будет целенаправленно заниматься здоровьесбережением (83%).

Таким образом, проведенное исследование выявило основные недостатки состояния деятельности по охране здоровья детей и подростков в городских средних общеобразовательных учреждениях:

- 1) отсутствие соответствующей методической базы, программы деятельности по охране здоровья детей и подростков;
- 2) неразработанность функциональных обязанностей сотрудников, участвующих в здоровьесбережении, и отсутствие системы взаимосвязи между ними;
- 3) недостаточную координацию проводимой работы.

Эффективность деятельности по охране здоровья характеризует основной ее показатель – уровень здоровья учащихся. Так, методом анализа статистических данных нами было проведено исследование уровня физического развития школьников, распределения их по группам здоровья, медицинским группам для занятия физическим воспитанием, уровня травматизма, заболеваемости за период 1998–2002 гг. в расчете на 100 учащихся [137].

За указанный период времени количество учащихся школ города, отнесенных к I группе здоровья, сократилось на 4,7% (с 13,1 случая на 100 чел. в 1998г. до 8,4 в 2002 г.). Сохраняется тенденция к незначительному увеличению числа школьников, имеющих II группу здоровья. Темп прироста³ к концу 2002 г. составил 3,6% по отношению к 1998 г. (57,2 и 60,8 соответственно). На одном уровне остается количество детей с III группой здоровья (в 1998 – 29,4, в 2002 – 29,5). Наблюдается рост детей с IV группой здоровья – темп прироста к 2002 г. составил 0,9%.

Число учащихся с нормальным физическим развитием сократилось на 5,0%, увеличилось количество школьников с избытком и дефицитом массы тела (на 1,5 и 3,2% соответственно).

Число учащихся, отнесенных к основной медицинской группе для занятий физическим воспитанием сократилось на 0,6% (с 73,1 в 1998 г. до 72,5 к 2002г.). В подготовительной группе для занятий физическим воспитанием количество детей осталось на том же уровне (1998 г. – 20,9; 1999 г. – 20,7; 2000 г. – 39,6; 2001 г. – 21,9; 2002 г. – 21,1). Темп прироста численности специальной А группы составил 0,6% (3,2 в 1998 г., 3,8 в 2002 г.). Не изменилось количество детей, освобожденных от занятий физическим воспитанием (2,8 в 1998г., 2,6 в 2002г.).

Уровень травматизма за 5 лет возрос на 10,2% (173,3 случая на 1000 чел. в 1998 г. и 177,3 в 2002 г.). Продолжает сохраняться тенденция к росту хронической патологии. По-прежнему, первое место занимает патология зрения, за 5 лет она выросла на 14,0%. Так, в 1998 г. было отмечено 127,2 случая на 1000 человек, а в 2002г. – 268,0. На втором месте – патология опорно-двигательного аппарата, которая к 2002 г. возросла на 16,8% (в 1998 г. 423,5 случая на 1000 чел., в 2002 г. – 592,0). Патология же желудочно-кишечного тракта увеличилась на 5,3% (в 1998г. 136,9 случаев на 1000 чел., в 2002 г. – 190,0), нервной системы

³ Темп прироста (может быть положительным или отрицательным) – это отношение абсолютного прироста к предыдущему уровню, принятому за 100. Свидетельствует о том, на сколько процентов произошло изменение по уровню с прошлым годом (или периодом) (И. С. Случанко).

– на 2,8% (в 1998 г. – 83,5, в 2002 г. – 112,0.), мочеполовой – на 1,7% (в 1998 г. – 56,3, в 2002 г. – 74,0).

Интересно отметить, что независимо от статуса учреждения (гимназия, образовательное учреждение с углубленным изучением предметов или традиционная общеобразовательная школа) и наличия в нем специализированной валеологической деятельности, учреждения по уровню состояния здоровья своих учащихся незначительно отличаются друг от друга. Так, например, в городской гимназии на протяжении трех и более лет процент учащихся с нормальным физическим развитием был ниже средних показателей по городу, много детей имели избыточную массу тела. Учащихся с I группой здоровья меньше, чем в среднем по городу, большое количество детей, освобожденных от занятий физическим воспитанием. Гимназия лидирует по уровню острой заболеваемости, по числу патологии опорно-двигательного аппарата и системы пищеварения. Однако фиксируется низкий уровень травматизма и заболеваний нервной системы.

В школе № 58, где имеется валеологическая служба, тоже много учащихся с избыточной массой тела, низкий уровень детей с I группой здоровья и детей, отнесенных к основной медицинской группе для занятий физическим воспитанием, повышенные показатели заболеваемости ОРВИ, гриппом, патологии костно-мышечной системы, зрения, пищеварения, высок уровень травматизма.

Проведенное исследование позволило выделить основные негативные стороны в динамике состояния здоровья учащихся городских школ:

- сокращение числа детей с нормальным физическим развитием;
- уменьшение количества школьников, относящихся к I группе здоровья и к основной медицинской группе для занятия физическим воспитанием;
- непрерывный рост хронической патологии зрения, пищеварения, заболеваний костно-мышечной и нервной систем, подъем уровня травматизма.

На основании этого можно утверждать, что проводимая образовательными учреждениями деятельность по охране здоровья детей и подростков не в полной мере решает поставленные перед ней задачи. Причем существующее

положение характерно для многих школ не только Свердловской области [59, 66, 144 и др.].

Таким образом, решение задач охраны здоровья детей и подростков в учебных заведениях предполагает непременно осуществление системы взаимодействия педагогов, психологов, медицинских и социальных работников учреждения в совместной здоровьесберегающей деятельности. Данное взаимодействие позволяет обеспечить организация соответствующей структуры (службы или центра здоровья, службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса и др.), которая будет упорядоченно осуществлять деятельность по охране здоровья детей и подростков.

2.3. Анализ организации здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении

Деятельность по формированию, сохранению и укреплению здоровья детей и подростков в образовательных учреждениях осуществляется на основе теоретического и практического опыта валеологии¹.

Выделяют два основных организационных направления здоровьесбережения: валеологические центры и валеологические службы.

Валеологические центры предоставляют человеку возможность оперативного получения информации о состоянии здоровья, о его динамике в связи с изменением образа жизни, применением корректирующих процедур [56, 70 и др.]. Это достаточно сложные комплексные структуры, создание которых возможно при крупных исследовательских центрах, какими являются университеты. В их задачу, наряду с решением проблем здоровья студентов вузов, также

¹ Валеология – наука о здоровье, механизмах сохранения и укрепления здоровья человека. Объединяет физиологию, генетику, психологию, педагогику. Изучает механизм формирования физиологического, психологического, социального развития и сохранения здоровья человека в условиях его жизнедеятельности, осуществляемой при значительных изменениях внешней и внутренней среды. Исследует резервы систем организма, возможности их компенсаторного взаимодействия для обеспечения устойчивой реализации и сохранения его генетических, физиологических, психологических и генеративных функций (Б. М. Бим-Бад, 2002).

входит работа с общеобразовательными учреждениями. Но эта совместная деятельность затруднена вследствие «отчужденности» данных структур [70].

Реализация второго направления – *валеологической службы*² (службы здоровья, службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса) является более перспективной, поскольку непосредственно связана с конкретным образовательным учреждением. Она не заменяет медицинскую службу и не является альтернативной ей. Исходя из понимания здоровья как единого феномена, содержащего психические, физические и нравственные компоненты, валеологическая служба консолидирует усилия специалистов разных профилей для педагогического, психологического, медицинского, социального, правового и любого другого содействия реализации прав каждого человека на созидание, охрану, укрепление и воспроизводство своего здоровья [66].

Основными направлениями деятельности служб являются:

- мониторинг здоровья и диагностический скрининг;
- прогнозирование динамики здоровья и прогностический скрининг;
- подбор валеологических и оздоровительных технологий;
- осуществление коррекции образа жизни, количества и качества здоровья.

Цель службы – всемерное содействие всем субъектам образовательного процесса в выборе путей, способов и средств индивидуальной здравотворческой деятельности, начиная с создания мотивации и условий для осуществления этой деятельности, поиска стимулов для утверждения ЗОЖ и кончая расширением круга лиц, вовлеченных в позитивный процесс созидания здоровья, развития личности и повышения эффективности образования в соответствии с психофизиологическими, конституциональными и половозрастными возможностями человека [66].

² Встречаются разные названия: центры, валеологические службы, службы здоровья, но суть одна – решение в учебных заведениях задач по сохранению и укреплению здоровья субъектов образовательного процесса.

Структура служб может быть различной в зависимости от типа, наполняемости и сменности учебного заведения или структуры муниципальной системы образования. Ее деятельность должна быть ориентирована преимущественно на учащихся, но при непереносимой валеологической активности педагогов и при соответствии их здоровья и образа жизни целям и задачам образовательного процесса [63, 64, 66 и др.].

Благодаря исследовательской работе кафедры валеологии Санкт-Петербургского университета педагогического мастерства на сегодняшний день накоплен определенный практический опыт деятельности подобных служб. Разработанный сотрудниками кафедры «Проект положения о школьной валеологической службе» лег в основу нормативных документов, регламентирующих работу служб здоровья в образовательных учреждениях Санкт-Петербурга. В дальнейшем были определены задачи и квалификационные характеристики участников службы, на основании практического опыта создавались модели служб здоровья [62, 64, 66, 70, 73, 163 и др.].

Однако службы здоровья в учебные заведения внедряются достаточно сложно, поскольку их деятельность отличается по своим целям, задачам, направлениям, составу участников [66, 70 и др.]. Так, рассмотрим более подробно постановку целей деятельности существующих служб.

Прежде чем рассмотреть практические примеры постановки целей служб здоровья в учебных заведениях, приведем для сопоставления формулировки, представленные в ряде документов:

1) «Примерное положение о валеологической службе образовательного учреждения» (Приложение к приказу Комитета по образованию мэрии Санкт-Петербурга № 401 от 03.10.1994г. «О внедрении валеологических аспектов в учебный процесс в школах Санкт-Петербурга») целью деятельности определяет обеспечение условий для сохранения, укрепления физического и психического здоровья детей и подростков посредством приведения образовательного процесса в соответствие с психофизиологическими возможностями учащихся, формирования у них валеологически обоснованного образа жизни;

2) «Примерное положение о центре содействия укреплению здоровья обучающихся, воспитанников образовательного учреждения» (приложение к приказу Министерства образования России от 15.05.2000 №1418) целью определяет содействие администрации и педагогическому коллективу образовательного учреждения в создании условий, гарантирующих охрану и укрепление физического, психического и социального здоровья обучающихся, воспитанников; содействие всем участникам образовательного процесса в приобретении знаний, умений, навыков, необходимых для формирования устойчивой мотивации на здоровье и здоровый образ жизни.

Образовательными учреждениями данные формулировки учитываются далеко не в полной мере. Например, в МОУ СОШ № 72 Красноярска ставится цель – формирование социального, психологического, физического и нравственного благополучия подрастающего человека; в Кемеровском государственном университете (КГУ) Кемерово – валеологическое сопровождение учебно-воспитательного процесса; в МОУ СОШ № 667 Санкт-Петербурга – диагностика развития ребенка; в МОУ СОШ № 20 Пскова – формирование валеологической грамотности и валеологической культуры через валеологическое сопровождение учебного процесса; в МОУ СОШ № 118 Челябинска – формирование устойчивой мотивации на здоровый образ жизни; в МОУ СОШ № 62 Екатеринбурга – формирование навыков психофизического оздоровления учащихся, их родителей, педагогов [5, 9, 12, 52, 74, 157].

Как видно, в одних случаях цели не позволяют в полном объеме решать задачи здоровьесбережения, в других – не дают конкретного образа ожидаемого результата.

Заметим, что всегда было принято считать, что цель – это образ желаемого результата. На сегодняшний день под целью понимается не просто образ желаемого результата, поскольку при таком определении цель совпадает с близкими, но не тождественными ей понятиями: «намерение», «желание», «функция», «социальный заказ», «предназначение», «направление деятельности» и

др. Все они, как и цель, в большей или меньшей степени предполагают образ желаемого результата.

В соответствии с новым современным толкованием категории «цель» – это предельно конкретный, охарактеризованный качественно, а где можно, то и количественно образ желаемого результата, которого ребенок, учебное заведение реально могут достичь к строго определенному моменту времени.

Под операциональным заданием цели имеется в виду то, что при ее формулировании всегда существует механизм, позволяющий проверить соответствие результата поставленной цели. Отсюда следует, что цель и результат должны быть представлены, измерены, описаны в одних единицах, в единых параметрах, иначе их невозможно сопоставлять [151].

При рассмотрении основных направлений деятельности служб здоровья также имело место несоответствие (табл. 4) [12, 55, 64, 75, 89, 132].

Во взятом нами за образец «Примерном положении о центре содействия укреплению здоровья обучающихся, воспитанников образовательного учреждения» выделены следующие направления деятельности: 1) оздоровительная работа; 2) валеологическое образование; 3) комплексная диагностика; 4) консультативная деятельность.

Таблица 4

Основные направления деятельности служб здоровья
некоторых учебных заведений

Наименование учебного заведения	Направления деятельности служб здоровья
КГУ, Кемерово	<ul style="list-style-type: none">• Оценка готовности к обучению• Оценка состояния здоровья• Контроль за условиями обучения• Индивидуальные консультации• Психологические и психофизиологические консультации;• Изучение адаптации

Наименование учебного заведения	Направления деятельности служб здоровья
МОУ СОШ № 92, Кемерово	<ul style="list-style-type: none"> • Формирование валеологической культуры • Психолого-валеологическое сопровождение учебного процесса • Психолого-валеологическое сопровождение внутришкольного управления • Организация оздоровительной работы в урочное и внеурочное время
Школа-комплекс образования и развития № 10, Великие Луки	<ul style="list-style-type: none"> • Просветительское и профилактическое; • Комплексно-диагностическое; • Коррекционно-диагностическое; • Исследовательское.
МОУ СОШ № 3, р.п. Линево Новосибирской области	<ul style="list-style-type: none"> • Комплексная входная и выходная диагностика учащихся и образовательной среды • Аналитико-статистическая обработка результатов диагностики • Лечебно-восстановительные оздоровительные мероприятия
МОУ СОШ № 2, Сарапул, Удмуртская республика	<ul style="list-style-type: none"> • Медицинский контроль и наблюдения • Обеспечение двигательной активности • Профилактика стрессов и неврозов • Пропаганда здорового образа жизни • Создание школы обучения здоровью
Гимназия № 92, Санкт-Петербург	<ul style="list-style-type: none"> • Валеологическое образование • Диагностическая и исследовательская работа • Методическая работа • Координирующая работа служб сопровождения • Организационная работа • Обобщение опыта работы • Консультативная работа

На наш взгляд, не все можно представить как направления деятельности, скорее всего, это этапы и задачи здоровьесбережения.

Разнообразна структура служб. Так, в школы Казани предложена следующая структура: 1) институт педагогов-валеологов (классных воспитателей) и учителей предметников; 2) школьная физиолого-гигиеническая и психологическая служба диагностики, коррекции, консультирования; 3) служба традиционных и нетрадиционных способов оздоровления [73].

В лицее № 142 Челябинска служба здоровья имеет блочную структуру: 1) спортивный блок; 2) валеологический блок; 3) психологический блок [157].

Служба здоровья школы № 3 пос. Линево Новосибирской области включает следующие составные части: 1) диагностическая часть; 2) информационно-аналитическая; 3) лечебно-оздоровительная [132].

Служба здоровья школы № 667, Санкт-Петербурга организована следующими подразделениями: 1) здоровая и сохраняющая среда; 2) педагогическая поддержка и сопровождение; 3) социальная защита и правовая помощь; 4) питание; 5) школьная медицина; 6) образование в области здоровья [9].

Кабинетной системой представлена служба здоровья Кемеровского государственного университета: 1) психофизиологическая диагностическая лаборатория; 2) психологическая диагностическая лаборатория; 3) врачебный кабинет; 4) методический кабинет; 5) валеологическая микрогруппа (валеолог, психолог, врач) [12].

На наш взгляд интересна структура службы здоровья, предложенная Е. О. Школа [163]. Первое организационное звено службы составляют: организатор питания, медицинская служба (медицинская сестра, врач), психологическая служба (психологи), дефектологическая служба (дефектолог, логопед) и валеолог начальной школы; второе – учителя физической культуры, учителя предметники (ОБЖ, биология, химия), учителя начальной школы.

Е. О. Школа схематично показан переход от одного звена к другому и выход на педагогический коллектив, но не обозначен характер внутреннего функционального взаимодействия. Как и в большинстве учебных заведений, возглавляет работу службы заместитель директора по учебно-воспитательной работе, выполняющий весьма широкий круг функциональных обязанностей. Это не только организация, координация и контроль деятельности службы, но и аналитико-диагностическая, исследовательская работа, которую, на наш взгляд, вполне могли бы взять на себя входящие в службу специалисты (психолог, валеолог и т.д.).

Следует отметить, что далеко не во всех образовательных учреждениях разработаны функциональные обязанности задействованных в деятельности

службы лиц, отсутствуют нормативные документы, регламентирующие данную деятельность.

Таким образом, существуют различные виды структур служб здоровья или служб медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса. В значительной степени они зависят от основных целей образования, которые ставит перед собой образовательное учреждение: здоровье как цель образования или же как средство для достижения целей образования. Первая постановка цели характерна для специализированных учебных заведений для детей с нарушениями здоровья и развития, при этом служба этих учреждений более структурирована и реализует больше направлений валеологической работы. Вторая относится к учебным заведениям повышенного уровня, достижение образовательных целей которых здоровьезатратно.

Остается нерешенным ряд основополагающих организационно-педагогических условий, обеспечивающих деятельность служб здоровья. Так, рассмотрена организация данных структур в условиях города, районных образовательных комплексах, однако организации таких служб непосредственно в образовательных учреждениях уделено поверхностное внимание [56, 57, 63, 66, 75, 99, 163 и др.]. Недостаточно четко раскрыта организационная деятельность, заключающаяся в распределении действий, предпринимаемых для достижения целей служб, между отдельными специалистами с одновременной фиксацией связей между ними. Способом же фиксации такого распределения служит организационная структура. Необходимость в ее создании возникает везде, где для достижения желаемых результатов требуется использовать согласованную работу множества людей. Основными элементами структуры являются отдельные лица, подразделения, коллегиальные органы; их функции, права и ответственность, уровни управления, управленческие связи (внутренние, внешние, горизонтальные, вертикальные); управленческие отношения (подчинение, координация и др.) [100].

Принимая во внимание стойкую тенденцию к ухудшению состояния здоровья подрастающего поколения, с учетом нормативно-правовой базы (прика-

зов Министерства образования и Министерства здравоохранения Российской Федерации №186/272 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях» (1992) и Министерства образования Российской Федерации №1418 «О Центре содействия укреплению здоровья обучающихся, воспитанников образовательного учреждения» (2000) и др.), социально-экономических условий и имеющегося опыта здоровьесбережения нам представляется целесообразным внедрение в учебные заведения таких организационных форм здоровьесбережения, как служба здоровья или служба медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса. Вследствие разноплановости и противоречивости имеющихся моделей, отсутствия концептуальной разработанности организационной структуры возникает необходимость в разработке универсальной, приемлемой для любого образовательного учреждения структурно-функциональной модели такой службы.

Глава 3. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ

3.1. Концептуальные положения организации здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении

Напомним, что здоровье (как внутреннее состояние) управляется с помощью системы обратных связей, обеспечивающих контроль за внутренней средой организма и поддержанием ее постоянства (см. гл. 1, п. 1.1). Следовательно, основополагающий принцип здоровьесбережения – принцип сохранения здоровья. Его основу составляет гомеостаз. Жизнедеятельность человека обеспечивается адаптацией. Наряду с механизмом сохранения здоровья, существует механизм, обеспечивающий его накопление, или наращивание. Потому, следующим принципом здоровьесбережения является увеличение резервов здоровья.

Здоровье детей и подростков в процессе их развития способно не только сохраняться или наращиваться, но и перестраиваться. Поэтому актуальной является задача формирования здоровья. Таким образом, еще одним принципом здоровьесбережения является принцип формирования здоровья. Соблюдение данного принципа должно обеспечить совершенствование механизмов сохранения и повышения адаптационных резервов организма (на соматическом, психическом и социальном уровнях) путем целенаправленного оздоровления собственного образа жизни [13, 40 и др.].

В соответствии с данными принципами целью здоровьесберегающей деятельности является обеспечение условий для формирования, сохранения, укрепления и коррекции здоровья детей и подростков в учебном заведении, посредством приведения образовательного процесса в соответствие с психофизиологическими возможностями учащихся, формирования у них устойчивой мотивации на здоровье и здоровый образ жизни, создания интегрированной в учебный

процесс системы оздоровительно-профилактических и коррекционных мероприятий.

Здоровьесберегающая деятельность должна предусматривать мониторинг и прогнозирование здоровья, коррекцию образа жизни, количества и качества здоровья детей и подростков [66]. Исходя из этого, а также в соответствии с выделенной целью здоровьесберегающей деятельности в образовательном учреждении в задачи валеологического сопровождения учебно-воспитательного процесса входит следующее:

- получение объективной информации о состоянии здоровья учащихся и окружающей их образовательной среды, об индивидуальных психофизиологических особенностях и резервных возможностях организма детей и подростков;

- создание автоматизированной информационно-аналитической сети и базы данных состояния здоровья и успешности обучения учащихся;

- организация проведения в учреждении мониторинга здоровья;

- системный анализ и оценка получаемой информации о состоянии здоровья учащихся и образовательной среды учреждения; выявление причинно-следственных связей между состоянием здоровья учащихся и воздействием факторов внутри- и внешкольной среды; прогнозирование динамики наблюдаемых явлений; устранение причин и условий ухудшения здоровья;

- разработка и реализация программ оздоровления учащихся, исходя из особенностей их индивидуального психофизиологического развития, отклонений в состоянии здоровья и условий образовательного учреждения;

- разработка и внедрение организационно-педагогических рекомендаций, способствующих обеспечению здоровьесберегающего режима учебы и отдыха в учреждении;

- выявление потребностей учащихся, педагогов и родителей в получении знаний о здоровье и здоровом образе жизни, а также в профилактической и коррекционной помощи;

- разработка и реализация образовательных программ, направленных на повышение валеологической культуры учащихся, их родителей и педагогов;
- консультирование всех субъектов образовательного процесса в вопросах здоровья и здорового образа жизни;
- интеграция усилий педагогических, психологических, социальных и медицинских работников образовательного учреждения с целью обеспечения сохранения, укрепления и коррекции здоровья учащихся.

Работу по охране здоровья детей и подростков в учебном заведении следует строить в соответствии со следующими принципами:

- социособразности, предполагающим согласования школьного (дошкольного, среднеспециального и др.) образования с социальным заказом, ориентирующим на воспитание здоровых членов общества;
- валеологическим, усматривающим овладение валеологическими знаниями, формирование позитивного отношения к собственному здоровью;
- гуманистическим, нацеливающим на личностно-ориентированное обучение;
- культурособразности, ориентирующим на формирование валеологической культуры личности как части общей культуры современного человека;
- антропологическим, заключающимся в познании окружающего мира через познание Человека, его систему отношений с собой, обществом, природой;
- системности, позволяющим рассматривать процесс здоровьесбережения и управления им как «систему», состоящую из множества взаимосвязанных структурно-функциональных компонентов;
- модульного построения процесса, позволяющим обозначить структурные блоки содержания программы здоровьесберегающей деятельности и определить «шаги» управленческой, научно-методической и иной деятельности.

Данные принципы являются основополагающими для проведения здоровьесберегающей деятельности и создания оптимальных для здоровья детей условий обучения и воспитания.

3.2. Условия обеспечения эффективного управления здоровьесберегающей деятельностью

Обеспечение управления деятельностью по охране здоровья обучающихся и воспитанников образовательных учреждений предполагает наличие ряда организационно-педагогических условий, которые рассматриваются нами как приведенная в систему совокупность взаимосвязанных предпосылок, необходимых для осуществления здоровьесберегающей деятельности в рамках учебно-воспитательного процесса.

В качестве основных компонентов организационных условий нами определены:

- 1) управление здоровьесберегающей деятельностью в учебном заведении согласно структурно-функциональной модели службы здоровья;
- 2) порядок взаимодействия основных субъектов здоровьесберегающей деятельности, способствующий согласованию педагогических и управленческих действий;
- 3) наличие локальных нормативных актов здоровьесберегающей деятельности;
- 4) наличие критериев оценки эффективности здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении.

Управление здоровьесберегающей деятельностью в учебном заведении должно строиться в соответствии со структурно-функциональной моделью службы здоровья или службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса.

В научно-педагогической литературе моделирование рассматривается как теоретический метод исследования процессов и состояний с использованием их реальных (физических) или идеальных моделей. Модель характеризуется

системой объектов или знаков, воспроизводящей некоторые существенные свойства системы-оригинала, которая упрощает структуру оригинала, отвлекается от несущественного, служит обобщенным отражением явления.

В процессе научного познания модель заменяет оригинал: изучение модели дает представление об оригинале. Наличие отношения частичного подобия позволяет использовать модель в качестве заместителя или представителя изучаемой системы. В каждом конкретном случае модель может выполнять свои функции только тогда, когда степень ее соответствия объекту или процессу определена достаточно строго. С точки зрения характера исследуемых и воспроизводимых связей выделяют различные виды моделей. Представим некоторые из них.

Структурная модель является результатом системного подхода в моделировании объектов и явлений. Под структурой понимается некоторый содержательный, качественно определенный тип системы отношений. Без выделения структуры невозможно познание внутренней природы и сущности объектов и процессов. Особенность структурных моделей в том, что они меньше привязаны к самому объекту, чем другие модели.

Функциональная модель имитирует поведение (функции) оригинала. При этом функции являются одной из существенных характеристик системы, которую представляет данная модель.

Смешанная модель сочетает в себе признаки других моделей.

В исследовании мы использовали структурно-функциональную модель, основанную на построении блочно-целевых структур, формируемых по матричному типу управления. Данная модель позволяет детально рассмотреть составляющие и функции системы, показать взаимосвязи организующих ее структур.

При построении структурно-функциональной модели службы здоровья или службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса необходимо рассмотреть основные понятия и положения управ-

ленческой концепции. Основное внимание следует сосредоточить на таких понятиях, как организация, управление, управленческие функции, принципы.

Понятие «организация» (фр. organisation, от позднелат. organiso – сообщаю строгий вид, устраиваю) имеет три значения: 1) внутренняя упорядоченность, согласованность взаимодействия более или менее дифференцированных и автономных частей целого, обусловленных его строением; 2) совокупность процессов или действий, ведущих к образованию и совершенствованию взаимосвязей между частями целого; 3) объединение людей, совместно реализующих программу или цель и действующих на основе определенных процедур и правил [156].

В литературе по общим аспектам управления термин «организация» употребляется в двух смыслах. Во-первых, как некое свойство, состоящее в рациональном сочетании и упорядочении всех элементов определенного объекта [93]. В этом смысле «организация» может рассматриваться как процесс взаимодействия людей для достижения цели [154]. Во-вторых, организация истолковывается как сам объект, обладающий определенным образом упорядоченной структурой [93]. В данном случае это не что иное, как некое сообщество (объединение) людей, которым необходимо объединить усилия для достижения того, что ни один из них не может достичь в одиночку [154]. Таким образом, в общепhilosophическом представлении организация как свойство, процесс является содержанием, в то время как организация, как объект, сообщество не что иное, как форма данного содержания.

Поскольку для решения непростых задач, связанных со здоровьесбережением необходимы, привлечение всего педагогического коллектива и рациональное упорядочение их деятельности, то при оптимальном варианте эта «упорядоченная деятельность» станет значительно эффективнее, если будет осуществляться в рамках определенного «сообщества». О необходимости создания в образовательных учреждениях такого рода «сообществ», которые бы целенаправленно занимались вопросами формирования и сохранения здоровья неоднократно указывалось рядом авторов [56, 66, 67, 68, 144 и др.]. В нашем

исследовании мы будем рассматривать данное сообщество (службу здоровья) именно как организацию, со всеми присущими ей чертами.

Для всех форм организации в менеджменте и теории организации характерны следующие положения: 1) наличие не менее двух человек, считающих себя частью этой группы; 2) наличие хотя бы одной цели, направленной на удовлетворение потребностей или интересов человека или общества, которую принимают как общую члены данной группы; 3) наличие членов группы, которые намеренно работают вместе, чтобы достичь значимой для всех цели; 4) наличие совокупности функциональных положений и ролей; 5) формализация значительной части целей и отношений; 6) получение прибавочного продукта в различных формах [125, 139].

Тесно связано с организацией понятие «управление», выступающее условием существования и системообразующим признаком организации. В научной литературе существует множество его характеристик: А. Файоль (1992) рассматривает процесс управления как деятельность по реализации целей организации; В. Г. Афанасьев (1977) понимает его как функцию систем различной природы (биологических, социальных, технических), обеспечивающую сохранение их определенной структуры, поддержание режима деятельности, реализацию программы, достижение цели деятельности. Конечной целью управления является оптимизация функционирования системы, получение возможно большего полезного эффекта при наименьших усилиях.

Методологическая база для исследования проблем управления была заложена в начале XX века и связана с именами М. Вебера, Н. Винера, Ф. Тейлора, А. Файоля, Г. Эмерсона и др. Исследователями выделено три вида управления: социальное, биологическое и техническое. Управление образовательными системами относится к социальному виду: воздействие на общество с целью его упорядочения и сохранения качественной специфики.

Вопросами управления и развития образовательных систем занимаются и отечественные ученые: Ю. К. Бабанский, Ю. А. Конаржевский, В. С. Лазарев, М. М. Поташник и др. Управление рассматривается ими как интегрированный

процесс, стержнем которого является разработка научных основ управления учебным процессом.

В педагогических словарях управление трактуется как взаимосвязанная совокупность циклически повторяющихся процессов выработки и осуществления решений, ориентированных на стабильное функционирование и эффективное развитие системы и ее частей [122]. Относительно обособленными направлениями управленческой деятельности, позволяющими осуществить управляющее воздействие являются управленческие функции.

Выстраивая «здание управления», А. Файоль расчленил административную функцию на первичные элементы, назвав их основными функциями управления: планирование – взаимосвязанная, объединенная общими целями система практических мероприятий; организация – продуманное устройство, структура учреждения и его функция; контроль – проверка, процесс получения информации о ходе и результатах.

Функции управления в образовательном учреждении представляются рядом автором более развернуто. Так, Ю. К. Бабанский к функциям А. Файоля добавляет стимулирование и анализ; М. М. Поташник предлагает: первичный анализ, прогнозирование, программирование, планирование, организация, регулирование, контроль, анализ, коррекция, стимулирование; Т. И. Шамова выделяет информационно-аналитическую, мотивационно-целевую, планово-прогностическую, организационно-исследовательскую, регулятивно-коррекционную.

Применительно к службе здоровья достаточно выделить функции планирования, организации, контроля, нововведения, целеполагания.

Данные функции необходимо выполнять в соответствии с основными принципами внутришкольного управления, а именно: оптимальное соотношение централизации и децентрализации в управлении; единство единоначалия и коллегиальности в управлении; рациональное сочетание прав, обязанностей и ответственности в управлении.

С позиции системного подхода всякая организация – это открытая система¹. Сущность данного подхода заключается в исследовании наиболее общих форм организации, предполагающем изучение частей системы, взаимодействий между ними, а также процессов, связывающих части системы с целями [79]. Основные части системы связаны друг с другом определенными организационными формами, к которым в первую очередь относятся формальные и неформальные структуры, каналы коммуникации и процессы принятия решений.

В соответствии с системным подходом система не только не определяется однозначно свойствами ее элементов или их групп и не сводится к ним, но и сами элементы детерминируются целым и в его рамках получают свое функциональное объяснение и оправдание.

Теория систем стала методическим основанием большинства исследований внутришкольного управления. Специалисты по теории управления образованием (Ю. А. Конаржевский, В. Ю. Кричевский, П. И. Третьяков, Т. И. Шамова и др.) показали перспективность рассмотрения учебного заведения как системы, поскольку данный подход позволяет яснее и четче увидеть взаимосвязи ее элементов, выявить общую структуру, определить иерархию, составляющие.

Каждый элемент системы может выполнять свое функциональное назначение, если будет взаимодействовать с другими ее элементами. В нашем понимании служба здоровья или служба медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса как система (организация) представляет собой совокупность связанных между собой взаимодействующих элементов, их способ связи определяет особенности ее структуры². Уровень целостности системы зависит от ее целеустремленности, полноты набора компонентов, качест-

¹ Система – совокупность элементов, находящихся в отношениях и связанных друг с другом, которые образуют определенную целостность, единство. Характерными признаками системы являются сложность входящих в нее объектов, их целостность и способность делиться на подсистемы, быть, как правило, элементом системы более высокого порядка, а также образовывать особое единство с окружающей средой (Философский энциклопедический словарь).

² Структура – совокупность устойчивых связей и отношений между частями какого-либо целого (В. С. Лазарев).

ва каждого компонента и полноты взаимосвязей между ними. Интеграция является общим признаком всех систем и выступает как результат, получаемый от взаимодействия компонентов, входящих в систему, и зависящий от уровня целостности системы.

Как и при построении любой организации, при создании службы здоровья (как относительно самостоятельной структурной единицы в школе) следует придерживаться взаимосвязанных принципов:

- разделения труда, или специализации;
- структурирования;
- учета функциональных операций (процессов) [154].

Эффективной работы организации нельзя достичь, если все ее сотрудники (подразделения) будут делать одно и то же, т.е. дублировать работу друг друга, или если один работник (подразделение) будет выполнять все, чем занимается организация. Поэтому в любой социальной организации существует разделение труда между ее членами и подсистемами - специализация³.

Разделение труда происходит по двум направлениям: горизонтальному – постадийное распределение работ и вертикальному – разделение работ по уровням иерархии (исполнительский и управленческий труд). Внутри этих способов существует специализация по функциям. Необходимость в специализации обусловлена, с одной стороны, наличием у людей определенной квалификации, т.е. знаний и умений, для того чтобы качественно выполнять какую-то конкретную деятельность, а с другой – сложностью трудовых процессов. Чем сложнее решаемые задачи, тем более высокие требования выполняемая деятельность предъявляет к работникам, а значит, и более актуальной становится необходимость специализации труда.

В соответствии с принципом разделения труда и с учетом специфики здоровьесбережения в службе здоровья или службе медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса, на наш взгляд, необходимо выделить пять основных направлений деятельности (специализаций):

³ Специализация – форма разделения и рациональной организации труда (Н. В. Немова).

1. Физическое воспитание – обусловлено особой значимостью занятий физической культурой, развитием кондиционных физических качеств, создающих потенциал физического здоровья.

2. Медицинское – связано с необходимостью медицинского сопровождения учащихся, проведения работы по диагностике состояния здоровья с последующим анализом и разработкой соответствующих рекомендаций, принятием профилактических и лечебных мер.

3. Образовательно-валеологическое – определяется необходимостью повышения валеологической грамотности субъектов образовательного процесса.

4. Психологическое – обусловлено необходимостью психолого-педагогического сопровождения учащихся посредством проведения развивающих и коррекционных системно- и индивидуально-ориентированных программ и обеспечения здоровьесберегающего режима работы и отдыха в учреждении.

5. Информационное – детерминировано необходимостью оперативной обработки, систематизации и хранения информации о состоянии здоровья учащихся образовательного учреждения.

Специализированный труд в сравнении с неспециализированным имеет ряд преимуществ: позволяет детально разобраться в сущности дела, быстрее и качественнее определить проблемы, что способствует поиску путей совершенствования работы исполнителя; упрощается система коммуникаций: узкоспециализированный работник не нуждается в частых контактах с коллегами и руководством; специализация позволяет повысить качество выполнения профессиональных задач, сделать труд более экономичным.

В то же время специализация труда ведет к усложнению задач координации работы отдельных специалистов и создает проблемы управления учреждением в целом. Для их решения, а также повышения степени управляемости производят департаментализацию – группировку работ и образование структурных подразделений [93].

Поскольку структуризация направлена на уменьшение нормы управляемости и на усиление согласованности и скоординированности выполняемых

работ, то при создании структурных подразделений руководствуются принципами группировки работ по сходству и взаимозависимости.

В образовательном учреждении общими могут быть различные функции (учебная, финансовая, делопроизводство и др.), результаты или продукты деятельности (коррекционное и другие виды образования; подготовка педагогических кадров, питание и др.), затраченное время, а также занимаемая людьми территория. При этом в зависимости от стратегических целей и используемых технологий сотрудниками могут выполняться в разной степени взаимозависимые или, наоборот, автономные работы.

Охарактеризуем основные типы связи между сотрудниками в организации: 1) при складывающейся взаимозависимости сотрудники и подразделения выполняют практически автономную работу, осуществляя свой вклад в общее дело; 2) при последовательной – работник не может начать выполнение своей работы прежде, чем ее не завершит другой; 3) при связанной – работа передается от одного лица к другому и обратно; 4) групповая взаимозависимость состоит из нескольких связанных взаимозависимостей, то есть работа выполняется совместно работниками одного или нескольких подразделений [100].

В структурные подразделения принято объединять людей, выполняющих сходные или взаимозависимые виды работ. Основаниями для структурирования организации, т.е. группировки работ, являются количественный, функциональный, «продуктовый» принципы, а также структуризация по времени и по территории [93, 100]. Выбор принципа зависит от значимости для результатов работы объединения людей по первому или по второму принципам, что, в свою очередь, обусловлено тем, какие образовательные технологии использует учреждение, каковы его размеры, квалификация сотрудников, а также режим их жизнедеятельности.

Если в подразделение объединяются люди, выполняющие различные и независимые друг от друга задачи, то такое подразделение нежизнеспособно, в нем не возникает условий для кооперации труда. Наиболее жизнеспособными

являются подразделения, имеющие общие стратегические цели, но объединяющие людей разной специализации.

При образовании структурных подразделений важно определить задачи, для реализации которых требуется выполнить специализированные работы или совместно использовать ресурсы, а также обмениваться ими при выполнении сходных работ. Людей, выполняющих данные работы, целесообразно объединить в одно подразделение. Объединение по сходству позволяет уменьшить размеры подразделений и сократить таким образом объем работы руководителя. Объединение по взаимозависимости позволяет сократить число взаимных согласований и за счет лучшей интеграции труда достичь более высоких результатов.

Таким образом, структурным подразделением учебного заведения является относительно самостоятельная структурная единица, объединяющая специалистов которые выполняют взаимозависимые или сходные по характеру профессиональные задачи, значимые для получения конечного результата, имеющая свой порядок работы и обладающая для выполнения поставленных задач собственными ресурсами [100].

В организации основой вертикального структурирования является количественный принцип, который опирается на структуризацию по сходству (структурирование по численности осуществляется, когда выполняемые работы однотипны, специализация незначительная, а качество решения профессиональных задач зависит от количества подчиненных у руководителя). Сотрудники, выполняющие сходные функции, группируются в примерно равные по численности подразделения, и весь объем работы распределяется между несколькими ответственными лицами и непосредственными исполнителями.

Увеличение количества руководителей среднего звена уменьшает объем управления на нижнем уровне, но в то же время увеличивает его на более высоком уровне. Однако ввести в штат дополнительную должность заместителя не всегда позволяет штатное расписание. В этом случае при использовании количественного принципа структурирования следует учитывать характер вы-

полняемых подразделением задач и личные качества руководителя. Если квалификация руководителя и подчиненных высокая, то норма числа подчиненных может быть большей, и наоборот, при недостаточной квалификации лучше сократить число подчиненных у одного руководителя, но увеличить количество подразделений. Квалификация определяется по сложности задач. Так, если задачи слишком сложные, творческие, связанные с неопределенностью деятельности, то требуется сокращение количества подчиненных в подразделении. Если же работа носит рутинный характер, то размеры подразделения могут быть увеличены, а их количество соответственно уменьшено. Необходимость уменьшения размера структурных подразделений также зависит от сходства выполняемых подчиненными задач. Если все они выполняют практически одинаковые функции, то подразделение может быть большим, если специализация труда различная, то целесообразнее образовать из одного большого несколько средних или мелких структурных подразделений.

Количественный принцип подходит для систем массового, т.е. недифференцированного образования, в которых результаты не зависят от деления (специализации) педагогического труда. Сложнее управлять, когда педагоги имеют разную предметную специализацию.

В зависимости от уровня развития в образовательных учреждениях специализации возникает необходимость в группировке людей по функциям или результатам, за достижение которых они несут непосредственную ответственность, в соответствии с чем обусловлено появление функционального и «продуктового» (терминология Н. В. Немовой) принципа структурирования работ и образования данных видов подразделений.

Выполнение важной для реализации стратегических целей основной или вспомогательной функции является задачей функционального подразделения. Структуризация организации по функциям позволяет значительно повысить потенциал организации, так как выполнение отдельных видов работ переходит в ведение квалифицированных специалистов. Подразделение может объединять

в своем составе специалистов, выполняющих как сходные, так и взаимозависимые виды работ.

Задачей «продуктового» подразделения является достижение одного общего результата. Они создаются для лучшей управляемости основного образовательного процесса вследствие дифференциации и создания вариативных систем образования. Чем глубже дифференциация системы, тем больше необходимость в образовании специальных «продуктовых» подразделений, так как нецелесообразно объединять в одном подразделении людей, реализующих разные образовательные программы. Такие подразделения часто объединяют педагогов, выполняющих сходные параллельные функции (складывающийся тип взаимозависимости), например, преподавателей одной дисциплины или педагогов, работающих по одной программе. Если перед ними не будет стоять единая задача для выполнения которой нужна их совместная деятельность, то они не будут жизнеспособными и необходимость в их наличии отпадет.

Необходимость создания и формализации нового подразделения в действующей структуре возникает тогда, когда прежние подразделения не могут вмещать выполнение разных по характеру функций, часто новых со старыми, что отрицательно сказывается на результате.

Принципы структуризации работ по времени и по территории обусловлены наличием двухсменной работы учреждений и тем, что одна социальная организация может располагаться в разных местах. Данные принципы означают, что люди, входящие в одно структурное подразделение, должны работать в одно и то же время и в одном месте, иначе это затрудняет их совместную деятельность и общение.

Таким образом, для успешной работы социальной организации, как правило, важно, чтобы все люди, выполняющие взаимозависимые работы, входили в одно структурное подразделение, трудились в одно и то же время и располагались на одной территории. Это значительно уменьшает объем различных согласований, позволяет установить рациональные графики занятости сотрудников и упрощает деятельность руководителя.

В соответствии с направлениями деятельности в службе здоровья или службе медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса как относительно самостоятельной организации целесообразно выделить структурные подразделения (принцип структурирования), за которыми закреплены определенные полномочия и ответственность (рис.5).

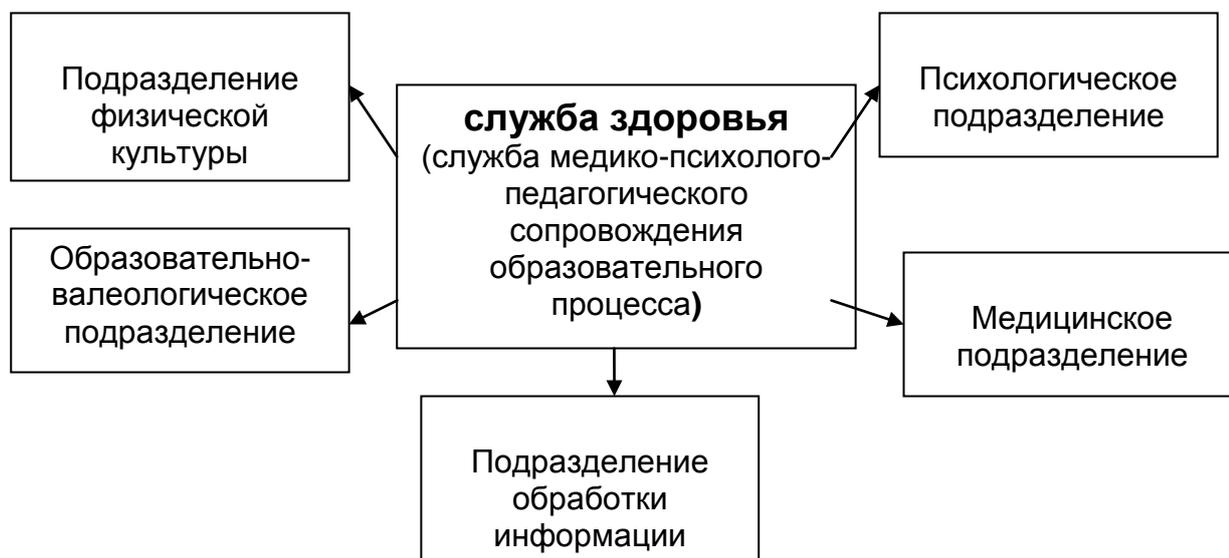


Рис. 5. Организационная структура службы здоровья или службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса.

В реальных условиях формирование одних структурных единиц службы не вызовет каких-либо затруднений, других – наоборот. Так, например, в школе наибольшие сложности могут возникнуть при создании медицинского подразделения, поскольку в настоящее время в учреждении, как правило, работает один медицинский работник, который находится вне подчинения директору. Поэтому возможно путем договоренности с руководством детской поликлиники, к которой относится медицинский работник школы, несколько расширить круг его функциональных обязанностей в контексте здоровьесбережения.

Информационное подразделение может быть организовано из педагогов информатики и лаборантов кабинета информатики, к работе можно привлекать учащихся. Образовательно-валеологическое может быть образовано из числа сотрудников учреждения, деятельность которых так или иначе связана с какими-либо аспектами здоровьесбережения: преподаватели ОБЖ, физической

культуры, основ здорового образа жизни (валеологии), биологии и др. Кроме того, для участия в деятельности этого подразделения следует привлекать медицинских работников из детских поликлиник и врачебно-физкультурных диспансеров.

Соответственно в подразделение физического воспитания войдут преподаватели физической культуры, а также тренеры-педагоги дополнительного образования, ведущие в учебных заведениях спортивные секции, а в психологическое – психологи и социальные работники.

Структура управляющей системы организации должна отражать: кто кому подчинен, кто с кем связан прямо или косвенно. Отсюда возрастает значимость функций отдельных субъектов и их обязанностей, прав [23].

Понятие «организационная структура» рассматривается М. М. Поташником как совокупность индивидуальных и коллективных субъектов, между которыми разделены полномочия и ответственность за выполнение управленческих функций и существуют регулярно воспроизводимые связи и отношения [150]. Организационная структура обычно изображается в виде схемы, называемой органограммой, на которой указаны субъекты и связи между ними: кто кому подчиняется (отношения координации). Это, своего рода, скелет управляющей системы.

Существует несколько типов организационных структур управляющих систем: линейная, функциональная, линейно-функциональная, проектная (или матричная) [146, 162 и др.].

Традиционные структуры внутришкольного управления относятся к структурам линейно-функционального типа. Для них характерно наличие двух или более иерархических уровней управления, на каждом из которых руководителю подчиняется группа сотрудников, отношения между руководителем и подчиненными строятся по принципу единоначалия. Руководит работой руководитель учебного заведения, который делегирует заместителям права руководства работой подчиненных им педагогов. Команды передаются по цепочке от руководителя учреждения его заместителям, а от них – педагогам (скалярная

цепь). В структурах этого типа, наряду с иерархией линейного руководства, существуют функциональные подразделения (педагогический совет, методические объединения и др., обладающие функциональными полномочиями), специализирующиеся на выполнении определенных видов управленческих действий и принимающие решения относительно ограниченного круга специальных вопросов.

За счет специализации линейно-функциональные структуры позволяют более качественно решать определенные задачи и предъявляют меньшие требования к разносторонности подготовки руководителей и исполнителей, что является несомненным их достоинством. Однако в нестабильных внешних условиях или когда приходится решать много нестандартных задач, требующих совместной работы разных подразделений, эти структуры оказываются неэффективными, им не хватает гибкости. К тому же функциональная дифференциация приводит к утере общих целей деятельности всей системы, которые оказываются вне поля зрения ее структурных подразделений. Каждое подразделение видит лишь свою часть работы, и только руководитель учреждения оказывается носителем общих целей.

В данной ситуации более гибкими являются структуры проектного и матричного типа. Проектная структура – это временная структура, создаваемая для решения какой-то крупной задачи, для решения которой собираются в одну команду группа сотрудников, способных справиться с поставленной задачей, а также сотрудники «со стороны». При одновременной реализации многих проектов возникают структуры матричного типа, когда один и тот же сотрудник может одновременно входить в разные проектные группы и подчиняться нескольким руководителям проектов. Но эти руководители не имеют административных полномочий, они остаются за руководителями подразделений. Руководители проектов определяют только «что» и «когда» должно быть сделано. «Кто» и «как» это будет делать определяют руководители подразделений. Матричные структуры позволяют существенно повысить гибкость управления, но в то же время предъявляют высокие требования к компетенции руководителей и

зрелости коллектива.

В теории управления линейно-функциональные структуры относят к классу механических, а структуры проектного и матричного типа - к классу органических (или адаптивных). Для структур механического типа характерно жесткое разделение полномочий и ответственности. В них существует глубокое деление управленческой деятельности по функциям, подразделениям и должностям; проблемы и задачи, с которыми сталкивается организация в целом, разбиваются на множество мелких составляющих по отдельным специальностям. Для данных структур характерно строгое следование иерархической субординации в отношениях «начальник – подчиненный», при этом преимущественное значение отводится полномочиям и должностям, чем квалификации и опыту. Каждый специалист решает свою задачу как нечто обособленное от реальных задач, стоящих перед организацией в целом [79].

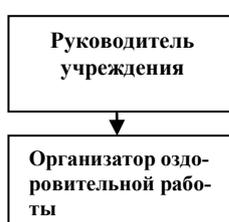
Структуры органического типа обладают способностью гибко изменять состав своих органов и связи между ними при решении новых задач. В этих структурах регулярно создаются временные структурные единицы, ориентированные на решение какой-то проблемы, реализацию какого-то проекта. В них действует приоритет опыта и квалификации над организационным статусом. Доминирует горизонтальная, а не вертикальная координация совместных действий.

При построении организационной структуры управления здоровьесберегающей деятельностью прежде всего следует решить: будет ли ответственность за выполнение работ распределена между существующими подразделениями, а координация осуществляться по вертикали или же будут создаваться целевые группы, несущие ответственность за реализацию целостных проектов. В первом случае речь идет о распределении новых полномочий и ответственности в рамках линейно-функциональной структуры и, значит, сохранении структуры механического типа, а во втором – о создании структуры проектного или матричного типа, т.е. органической структуры.

Первый вариант привычен, но имеет недостатки, присущие линейно-

функциональным структурам. Второй вариант требует хорошо отлаженных горизонтальных коммуникаций в коллективе и достаточно высокого уровня его развития, он вряд ли будет эффективным, если прогнозируется активное или пассивное сопротивление изменениям значительной части педагогов. В нашем случае организационную структуру службы здоровья следует строить по типу смешанного варианта, например, линейно-функциональная с элементами матричной.

Отметим, если в образовательном учреждении происходят системные управленческие преобразования, то появляются индивидуальные и коллективные субъекты, разрабатывающие и осуществляющие эти нововведения. Поскольку при этом очень сильно возрастает роль координации взаимодействия всех субъектов структуры, наиболее перегруженными оказываются субъекты верхних уровней, особенно руководитель учреждения. В этом случае важным шагом является передача полномочий в принятии решений субъектам нижних уровней организационной структуры [23]. Следовательно, во главе службы здоровья или службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса должен находиться человек, имеющий соответствующие права и обязанности. Это может быть либо организатор оздоровительной работы, либо, что предпочтительнее, заместитель руководителя учебного заведения по оздоровительной работе. На сегодняшний день, по нашему мнению, одной из основных причин того, что, несмотря на имеющиеся директивные документы по сохранению и укреплению здоровья в образовательных учреждениях, состояние здоровья учащихся не улучшается, является отсутствие штатной «единицы», отвечающей за реализацию здоровьесберегающих мер. Кроме того, каждое подразделение должен возглавить наиболее ответственный, грамотный и активный специалист – руководитель подразделения (рис.6).



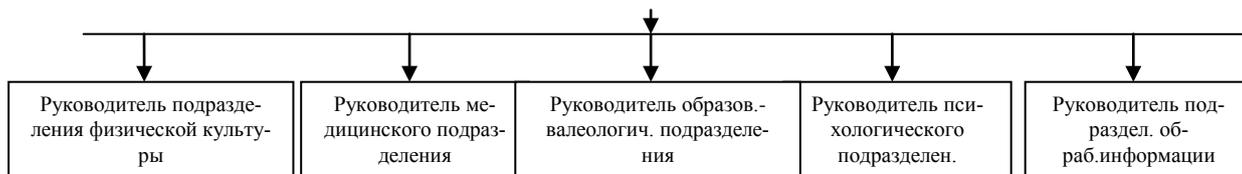


Рисунок 6. Управление службой здоровья или службой медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса.

Организационная структура - это лишь статичная модель, которая отражает, по образному выражению Б. З. Мильнера, «анатомию» организации . Действия же подразделений и людей, непосредственно производящих эти действия, – это уже «физиология», обуславливающая направленную деятельность по решению стоящих перед организацией задач [93]. В этой связи возникает необходимость реализации следующего классического принципа построения организации – принципа учета функциональных операций, т.е. того чем должны заниматься подразделения службы и люди, задействованные в них, каковы их функции [154].

Опыт деятельности валеологических служб показывает, что целесообразно выделение пяти основных функций деятельности как службы здоровья в целом, так ее подразделений и конкретных исполнителей:

- диагностико-прогностической (проведение мониторинга состояния здоровья учащихся и образовательной среды учебного заведения; определение соответствия мер по устранению неблагоприятных и активизации благоприятных факторов, влияющих на состояние здоровья детей и подростков);
- коррекционной (исправление выявленных в ходе диагностики отклонений в состоянии здоровья учащихся и несоответствий образовательной среды установленным правилам и нормам);
- профилактической (обеспечение условий для сохранения здоровья учащихся исходя из современных научных валеопедагогических и медицинских представлений);

- образовательно-просветительской (формирование у учащихся, их родителей и педагогов знаний и ценностных установок на здоровье и здоровый образ жизни);

- научного и информационного обеспечения (обоснование инновационных подходов к здоровьесбережению, опытно-поисковая проверка и интерпретация полученных результатов; информирование субъектов образовательного процесса о результатах проводимой деятельности).

Каждое из подразделений службы с учетом своей специфики в той или иной мере должно реализовать эти общие функции.

В целях обеспечения организованной работы необходимо наличие нормативной документации, регламентирующей деятельность и взаимодействие всех структурных подразделений организации. В этой связи для службы здоровья или службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса необходимо разработать пакет нормативной документации, состоящий из примерных типовых положений о деятельности службы и ее подразделений, а также функциональных обязанностей организатора оздоровительной работы, руководителей подразделений службы и отдельных специалистов.

Положения о службе здоровья или службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса и организующих ее подразделений должны включать следующие разделы:

1. Общие положения (нормативная основа деятельности службы здоровья, ее место в структуре образовательного учреждения);
2. Цель и задачи (цель и основные задачи деятельности);
3. Основные функции деятельности (основные функции службы в соответствии с направлениями здоровьесберегающей деятельности);
4. Организационные основы (структурный и кадровый состав, координация, управление и контроль деятельности);
5. Финансирование и материальная база (материально-техническое обеспечение и финансирование).

6. Документация и отчетность (основной перечень документов и отчетных форм деятельности, сроки отчетности).

Положения о подразделениях службы необходимо разрабатывать с учетом специфики специализации каждого из них.

В процессе управления здоровьесберегающей деятельностью осуществляется ориентация основных ее субъектов (руководители подразделений службы, организатор оздоровительной работы) на взаимодействие при решении поставленных целей и задач. При этом необходимо выбрать такие формы взаимодействия, которые позволили бы создать условия для взаимодействия специалистов с различным уровнем профессиональной компетенции и видом специализации, способствующие согласованию педагогических и управленческих действий в совместной деятельности.

3.3. Условия организации эффективного взаимодействия основных субъектов здоровьесберегающей деятельности

Одним из объектов управления является деятельность работников организации, которая характеризуется психолого-педагогическим взаимодействием ее участников, обусловленным социальными и психологическими характеристиками работников организации (как совокупного субъекта трудовой деятельности) и особенностями самой деятельности [61]. В связи с этим деятельность работников организации как объекта управления следует рассматривать с учетом не только ее динамических (процессуальных) составляющих, но и особенностей самого коллектива и организации в целом.

Идею объединения руководителей структурных подразделений службы здоровья в специализированную группу вполне отражает понятие «управленческая команда», под которым понимается совокупность связанных между собой людей, особая административная единица, выполняющая определенные мобильные задачи. Термин «команда» в исследуемом нами контексте подчеркивает целевую взаимосвязь, сплоченность как на профессиональной, так и на личностной основе, фиксацию на общие ценности; означает способность и воз-

возможность совместных действий для достижения программируемых коллективно результатов. Определение же «управленческая» подчеркивает содержательную смысловую направленность профессиональной деятельности команды, ее видовую принадлежность.

Л. М. Вершининой управленческая команда рассматривается как системное явление, формируемое в образовательном учреждении для достижения социально-педагогических, образовательных и управленческих целей [23]. Команда способна преодолеть изолированность ее членов, достичь взаимозаменяемости, перейти в организации механизма управления от линейно-функциональной системы к матричной системе. Кроме того, команда выражает идею демократического стиля, является системой руководства, отражающего тонкую взаимосвязь личных контактов и деловых отношений.

Управленческую команду (к ней мы относим руководителей подразделений службы здоровья) с позиции социальной психологии можно рассмотреть как элементарную малую группу, представляющую собой несколько человек, находящихся вместе или расположенных близко друг от друга. Определение «группа» более объемно. Это ограниченная в размерах общность людей, выделяемая из социального целого на основе определенных признаков: характера выполняемой деятельности, социальной принадлежности, структуры, композиции, уровня развития и т.д. Направленность на совместную деятельность является одним из существенных признаков группы и обязательным условием ее возникновения. Эти значимые признаки группы относятся и к группе малой (от 2 до нескольких десятков человек), причем наиболее эффективна группа в 5-7 человек.

Родовой признак малой группы – принадлежность к социальной группе, видовой – непосредственный устойчивый личный контакт. Она отражает общественные отношения и преломляет их в своеобразные внутригрупповые отношения. Это целостная система, и в ней, в ее развитии отражаются все системные признаки. Будучи целостной системой, малая группа проявляет относительную самостоятельность.

Р. Л. Кричевский различает группы между собой основанием и по дихотомическому признаку:

- лабораторные или организованные – специально созданные для выполнения специальных задач;
- естественные или спонтанные – группы, функционирующие в режиме жизненных ситуаций и зарождающихся стихийно [77].

Вышеназванные группы можно разделить на открытые и закрытые в зависимости от степени открытости, доступности группы влиянию окружающей ее социальной среды, на стационарные и временные по времени их существования.

Малая группа как специфический вид человеческой общности может характеризоваться:

- 1) прямым контактом между составляющими ее индивидами, межличностным взаимодействием и взаимовлиянием;
- 2) общностью целей и деятельности, переживанием общих чувств;
- 3) общностью мотивов и установок, ценностей и норм;
- 4) внутренней расчлененностью функций и групповых ролей;
- 5) определенной локализацией и известной устойчивостью во времени.

Одной из модификаций малой группы является *коллектив*. В отечественной науке этому феномену посвящены исследования Г. М. Андреевой, Р. С. Немова, Л. И. Уманского и др. Социально-психологические аспекты коллектива изучали А. Л. Журавлев, А. И. Пригожин и др. Разные аспекты общения, взаимодействия в группах (в том числе и в малых) представлены в работах Л. В. Карибьянц, Н. Н. Обозова, Л. И. Уманского и др. Вопросы регуляции межличностных отношений в социальной системе рассмотрены В. С. Агеевым, Р. Л. Акоффом, М. Вебером и др.

Коллектив представляет собой особое качественное состояние малой группы, достигшей высокого, а, по мнению ряда авторов, наивысшего уровня социально-психологической зрелости. Если группа занята социально ценной и значимой для всех ее членов совместной деятельностью, опосредствующей

межличностные отношения в ней, то она может представлять группу высокого развития (коллектив).

Л. И. Уманский выделяет три блока структуры коллектива:

- общественный блок – включает социальную направленность, организованность и подготовленность коллективного субъекта деятельности. Эти характеристики отражают соответствующую идеологическую, управленческую и профессионально-деловую сферы групповой жизнедеятельности;

- личностный блок – объединяет интеллектуальную, эмоциональную и волевою коммуникативность, отражающую три стороны сознания и соответствующие сферы жизнедеятельности личностей, входящих в группу;

- блок общих качеств – в него входят такие психолого-педагогические характеристики коллектива, как интегративность, микроклимат, референтность, лидерство, инте- и энтергрупповая активность [148].

Нельзя не учитывать психолого-педагогические явления, возникающие в процессе межличностного взаимодействия в малых группах и коллективах, которые находят отражение в наборе характеристик коллектива. Так, Л. И. Уманский в концепции поэтапного развития малой группы как коллектива выделяет следующие: 1) направленность – социальная ценность принятых коллективом целей, мотивов деятельности, ценностных ориентаций и групповых норм; 2) организованность – способность коллектива к самоуправлению; 3) подготовленность – готовность членов коллектива к той или иной конкретной деятельности, формирование необходимых для этого знаний, умений, навыков; 4) интеллектуальная коммуникативность - эмоциональность межличностных связей членов коллектива, динамика эмоционального настроения и его эмоциональные потенциалы; 5) волевая коммуникативность – способность коллектива противостоять трудностям и препятствиям, стрессоустойчивость [149].

Л. И. Уманский подчеркивает, что структура контактной группы актуализируется и реализуется только в деятельности, именно в ней коллектив реально и динамично функционирует [148].

Среди наиболее существенных параметров коллектива, проявляющихся в совместной деятельности и важных в методологическом отношении, в качестве критериев эффективности Р. С. Немовым выделены: коллективизм, сплоченность, ответственность, организованность, открытость, информированность и контактность [101]. При этом каждый из параметров обладает собственным набором признаков. Анализ эффективной деятельности коллектива, проведенный Р. С. Немовым, позволил заключить, что решающее влияние на успешность деятельности коллектива должны оказывать те изменения, которые проходят не в его структурно-формальных параметрах (величина, композиция, общая задача), а в специфических для него отношениях, в результате совместной коллективной деятельности.

Одной из основных методологий педагогического исследования проблем управления работниками организации является концепция А. Л. Журавлева [37, 39]. В качестве основных характеристик трудового коллектива им выделены:

- целенаправленность – предполагается такое состояние коллектива, когда цель оказывает решающее влияние на совместную деятельность, подчиняя ее себе; характеризуется групповыми интересами, содержанием целей, которые выдвигает перед собой группа, коллективными социальными установками, убеждениями;

- мотивированность – как педагогическая характеристика работников организации представляет собой активное, заинтересованное и действенное отношение (побуждение) к совместной деятельности;

- интегрированность – предполагает внутреннее единство составляющих его элементов и может определяться совокупностью таких параметров, как плотность функциональных связей, частота и интенсивность контактов между работниками; характеризует степень взаимосвязанности и взаимозависимости работников;

- структурированность – означает четкость и конкретность взаимного распределения функций, прав и обязанностей, ответственности между членами коллектива, определенность его структуры;

- согласованность – без взаимной «сработанности» как работников, так и руководителей организации трудно рассчитывать на значимый результат коллективного труда и управленческой деятельности;

- организованность – т.е. упорядоченность, подчиненность работников определенному порядку управления и выполнения совместной работы, основные параметры при этом – уровни исполнительности и управляемости;

- результативность – интегральная характеристика работников, т.е. способность достигать положительного итога.

Необходимое условие совместной деятельности – единое пространственно-временное пребывание и деятельность ее участников.

Под уровнем развития коллектива понимается его способность ставить актуальные, реалистичные, общие и интегрированные с ним индивидуальные цели, строить, а также гибко изменять структуру взаимодействий и взаимоотношений. Разные коллективы имеют разные уровни развития. Существующая в организации структура избирается с учетом уровня зрелости коллектива, но в то же время сама развивает педагогический коллектив и порождает в нем определенную систему отношений.

Наиболее существенно на характеристиках коллектива отражаются функции, выполняемые органами управления учебным заведением: интенсивность и методы взаимодействия между структурными подразделениями; способы вертикальной и горизонтальной координации труда; степень централизации системы управления; доминирующие принципы внутришкольного контроля и его диапазон и др.

Цель процесса создания, формирования управленческой команды – получение качественно нового результата от объединения различных субъектов в целеустремленную систему, а цель процесса управления – получение дополнительных положительных, качественно новых эффектов. Не констатировать выполнение или срыв мероприятий, а планировать, стимулировать, организовывать, координировать, контролировать ход получения системных эффек-

тов и на каждом этапе увеличивать количество положительных промежуточных результатов – основная задача руководителя по управлению командой.

При создании управленческой команды учитывается ряд слагаемых: во-первых, психологический климат в группе как важнейший фактор психологического здоровья, настроения и социальной активности личности; во-вторых, благоприятный «эмоциональный настрой» в группе, положительно влияющий на самочувствие и настроение каждого ее члена.

Важным условием формирования команды является четкое понимание стадий (этапов), по которым идет развитие командных тенденций в группе [1, 23 и др.].

I. Стадия проектирования команды, ее состава и задач. Необходимо четко представлять задачу, для которой создается команда; учесть материальные ресурсы; усилия скольких людей можно задействовать; специфические знания и умения, необходимые членам команды для выполнения задания; распределить полномочия и круг проблем, по которым возможно делегирование прав, обязанностей, полномочий.

II. Стадия создания условий для эффективной работы команды, определяемые той задачей, которую нужно выполнить – процесс осмысления необходимых условий (помещение, оборудование, финансирование и тд.).

III. Стадия развития групповых норм. Начало деятельности команды, то конкретное дело, в процессе осуществления которого команда действует как нечто единое, целостное; четкость в распределении ролей между членами группы.

IV. Стадия контроля, в процессе которого осуществляется осмысление достигнутого уровня развития команды.

Таким образом, определив составляющие (социальные и персональные) управленческой команды как малой группы, можно программировать ее системный эффект, устойчивость, деятельностьную эффективность.

Рассмотрим взаимодействие субъектов управленческой команды.

В «Советском энциклопедическом словаре» понятие «взаимодействие» трактуется как объективная и универсальная форма движения, развития, определяющая существование и структурную организацию любой материальной системы [140]. Для процесса взаимодействия характерно: 1) наличие закономерных связей между двумя системами; 2) сосуществование как один из моментов взаимодействия; 3) действие друг на друга сосуществующих систем.

В процессе любой совместной деятельности возникает взаимосвязанность ее участников, при этом степень взаимосвязанности определяется тем, какой характер взаимодействия (официальный или неофициальный) установлен между ними. Взаимосвязанность же, в свою очередь является одним из основных факторов, регулирующих взаимодействие. Н. Н. Обозов предлагает следующую классификацию взаимодействия участников совместной деятельности:

1. Уровень изолированности (физической и социальной);
2. Уровень предполагаемой взаимосвязанности (возникает при появлении потребности в общении);
3. Уровень пассивной взаимосвязанности (молчаливое присутствие других людей);
4. Уровень взаимосвязанности по типу «влияние и взаимовлияние» (определяет изменение восприятия и поведения членов группы в зависимости от мнений, оценок, высказываемых другими участниками);
5. Уровень действительной взаимосвязанности (когда действия одного члена группы невозможны без предшествующего или одновременного действия других);
6. Уровень коллективной взаимосвязанности (позволяет различать группы по степени их развития – от диффузной до коллектива). Взаимосвязанность этого уровня может увеличиться за счет усиления ценностно-ориентационного единства группы и совпадения личностно значимого и общественно ценного содержания групповой деятельности [104].

Под условиями успешного взаимодействия специалистов в процессе управления здоровьесберегающей деятельностью понимаются «установленные

правила, требования, из которых нужно исходить» [106]. Выделяют внешние (объективные) и внутренние (субъективные) условия:

- объективные условия – требования общества к уровню состояния здоровья детей, уровень развития современной науки, состояние профессиональной подготовки специалистов, наличие установки в нормативных документах, психологическая атмосфера, качества личности руководителя, нормы и правила учебного заведения;

- субъективные условия – стратегия развития образовательного учреждения, организационная структура, уровень компетентности специалистов, развитие валеопедагогического мышления, владение здоровьесберегающими технологиями, валеопедагогический опыт, уровень развития творческих способностей [96].

Организация взаимодействия осуществляется как интенсивный обмен информацией, эмоциями, взглядами при взаимосвязанных действиях, деятельности на стратегических, тактических и оперативных уровнях. Основные задачи организации взаимодействия в процессе управления заключаются в следующем:

- установление между компонентами системы отношений субординации, координации, связей специализации и сотрудничества, кооперирования, согласованности и слаженности, обратной связи. Преобразование прямых управленческих воздействий в кооперативную систему связей по долговременным интересам;

- учет уровня развития коллектива при использовании различных способов управленческого воздействия для реализации целей и задач;

- установление и закрепление за людьми определенных обязанностей, создание единого статуса, регулирование соответствия прав и обязанностей содержанию деятельности и индивидуальным особенностям личности;

- использование линейно-функционального, матричного типа взаимосвязи или их сочетание;

- рациональная организация труда с ориентацией на качество;

- формирование организационных способностей у объектов управления;
- предупреждение возможных негативных последствий при взаимодействии управляемой и управляющей систем.

Одной из ключевых сторон организации взаимодействия, на наш взгляд, является целеполагание. Педагогическое целеполагание – процесс проектирования перехода от возможностей (потенциал системы образования) к действительности (реализация потенциала). Педагогическое целеполагание на уровне образовательной системы – это процесс взаимосвязанного выбора целей образования и целей развития системы образования.

О. В. Эрлих разработана модель согласования целей субъектами педагогического процесса в условиях современной школы. Для управленческой команды службы здоровья она может одновременно выступать в качестве метода исследования образовательной среды, отправной точкой и условием рефлексивного осмысления целей, перспектив своей деятельности, своего внутреннего психологического состояния и границ своей личной ответственности.

Модель согласования целей можно использовать как модель организации процесса коллективного взаимодействия основных субъектов педагогического процесса, включающего: 1) личностное самоопределение субъекта деятельности, выступающее условием становления его субъективной активности (ведущий критерий – осознание личностью специфики и целей своей деятельности); 2) организацию диалога (полилога) по согласованию целей субъектами педагогического процесса.

Модель согласования целей выступает как условие, процесс и результат организации деятельности учебного заведения в режиме саморазвития. Построение модели согласования целей субъектов управленческой команды службы здоровья или службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса, на наш взгляд, должно включать ряд этапов.

Первый этап – подготовительный. Его цель – выявление и осознание субъектами здоровьесбережения потенциала развития учебного заведения, ориентированного на здоровье как базисную ценность. Предметом согласования на

этом этапе выступают индивидуальные представления о ценностных основаниях, проблемах, валеопедагогических понятиях, определяющих специфику этой деятельности. На данном этапе решаются следующие основные задачи:

- определение педагогического потенциала учреждения, проведение анализа ряда факторов: уровня развития, достигнутого учреждением на данный момент времени; внешней социально-педагогической среды в которой оно находится; уровня притязаний администрации относительно перспектив развития здоровьесберегающей деятельности в учреждении; соответствия педагогического потенциала уровню притязаний администрации; желания педагогического коллектива участвовать в здоровьесберегающей деятельности; количества и педагогического авторитета преподавателей, на участие которых в здоровьесбережении может рассчитывать администрация; взглядов администрации, коллектива, ученых на перспективы здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения; возможных направлений развития здоровьесбережения и соответствующей службы;

- мотивация администрации и педагогического коллектива к долговременной поэтапной деятельности по развертыванию здоровьесберегающей деятельности и поиску уникальных идей развития здоровьесбережения и соответствующей службы. При этом следует провести предварительный экспресс-анализ существующих направлений здоровьесбережения с целью поиска нового направления;

- «первичное» согласование ценностей субъектов управленческой команды службы, обеспечивающей охрану здоровья. При этом под ценностями мы понимаем фундаментальные психологические, философские, культурологические основания, лежащие в основе деятельности каждого индивида.

Второй этап – поиск новых идей развития здоровьесбережения. Под «новыми идеями» мы понимаем не совершенно новые, до этого нигде не использовавшиеся, а новые по отношению к предшествующим, реализуемым в учреждении. В задачи этого этапа входят:

- организация и проведение специальных игротехнических мероприятий с целью поиска новых уникальных идей развития;
- согласование ценностей в ходе совместной деятельности по поиску идей развития;
- диагностика и самодиагностика педагогических приоритетов.

Результатом этапа должно явиться выявление и согласование новых идей развития здоровьесбережения с позиции субъектов управленческой команды – первичные портреты-образы.

Третий этап – согласование целей деятельности субъектов управленческой команды службы здоровья или службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса на основе системы единых ценностных оснований. Его цель – оформление содержания портретов-образов развития здоровьесбережения в цели деятельности как отдельных субъектов управленческой команды, так и службы в целом (как коллективного субъекта деятельности). На данном этапе решаются следующие задачи:

- обеспечение «информационной достаточности» для субъектов управленческой команды по проблеме нормативного, технологического, содержательного, коммуникативного и прочего обеспечения процесса здоровьесбережения;
- моделирование целей перспективного развития субъектов здоровьесберегающей деятельности;
- предварительное согласование целей.

Четвертый этап – разработка целевых программ развития здоровьесберегающей деятельности, их согласование и создание на этой базе единой программы развития службы здоровья или службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса. Задачи данного этапа:

- опережающее обучение коллектива навыкам научно-исследовательской деятельности;
- разработка элементов целевых программ;

- согласование содержания целевых программ в ходе применения различных форм общественной экспертизы (педагогический совет, общешкольное родительское собрание, ученическая конференция);

- утверждение согласованной программы развития службы на педагогическом совете.

Пятый этап – презентация программы развития здоровьесбережения образовательного учреждения с последующим согласованием и утверждением на уровне управления образования. Согласование предполагает внешнюю экспертизу актуальности содержания программы со стороны различных заинтересованных субъектов. Задачи этого этапа:

- подготовка к презентации программы;
- выявление перспективных внешних связей в процессе презентации.

Результат – осознание управленческой командой себя в качестве активного субъекта социального преобразования окружающей среды.

Шестой этап – развертывание коллективной деятельности по реализации программы. Значимость этапа состоит в том, что системное развитие здоровьесбережения выступает критерием согласованности целей субъектов управленческой команды. Его задачи:

- осуществление первоочередных мероприятий по реализации программы;
- корректировка целей и задач деятельности службы здоровья или службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса в соответствии с конкретными педагогическими условиями;
- мониторинг результатов и диагностика эффективности здоровьесбережения.

Результатом должно стать поэтапное становление механизма непрерывного согласования целей субъектами управленческой команды в ходе практической деятельности.

При осуществлении взаимодействия необходимо опираться на следующие принципы:

- *гуманитаризации образования* – создание условий для развития внутренней потребности к самосовершенствованию, реализации творческих способностей личности;

- *гуманизации образования* – ориентация специалистов на гуманистические ценности при взаимодействии с участниками здоровьесбережения. Деятельность специалистов службы здоровья или службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса должна характеризоваться гуманистической направленностью: делегирование полномочий должно осуществляться на уровне не только службы, но и на уровне образовательного учреждения; следует учитывать, что обучение может происходить сверху вниз, и наоборот; приносить пользу как руководителю, так и участникам здоровьесбережения; выдвижение новых идей должно стимулироваться и награждаться;

- *консенсуса и поощрения разногласий* – является основой создания морально-психологического климата, когда участники взаимодействия свободно высказывают свою точку зрения, а ошибки рассматриваются как возможность обучения;

- *единого статуса* – предоставление равных возможностей всем участникам взаимодействия независимо от занимаемой должности;

- *неявного контроля* – основан на доверии и уважении к человеку, открывает возможности для творческого труда и инициативы;

- *максимального делегирования полномочий* – развитие горизонтальных связей между специалистами и педагогами, его суть в передаче руководителем части полномочий, функций специалистам;

- *целостности компонентов программы организации взаимодействия специалистов* (ориентация на уровень профессиональной компетенции специалистов; содержательная целостность (цель, задачи, условия, способы достижения, результат); целостность профессиональной среды (взаимодействие в различных комбинациях); целостность форм профессионального самосовершенств-

ования (сочетание организационных форм с выраженной ориентацией на последующее саморазвитие).

Таким образом, формирование управленческой команды службы здоровья необходимо строить в соответствии с принципами конструирования и развития малой группы, где главным условием выступает систематическое согласование целей, ценностей, поведения, действий, а также интегрированность отдельных функций в общую систему управленческого взаимодействия.

3.4. Валеологическое сопровождение учебно-воспитательного процесса

Валеологическое сопровождение является одной из основных технологий валеологического обеспечения образовательного процесса¹ и представляет собой комплекс мероприятий, который включает анализ и дифференциацию образовательных маршрутов в сопоставлении с показателями успешности обучения, результатами диагностики, прогнозирования и коррекции функционального состояния учащихся, с учетом их степени адаптации, работоспособности и здоровья [66].

Наряду с валеологическим сопровождением, в учебном процессе используются валеологическая поддержка и валеологический мониторинг.

Валеологическая поддержка помогает учащимся обрести уверенность в своих силах для созидания здоровья, а педагогу – конкретные рекомендации о том, как строить оптимальные взаимоотношения с учениками с учетом их индивидуальных особенностей.

Валеологический мониторинг предусматривает: изучение уровня здоровья участников учебно-воспитательного процесса с выделением групп здоровья и лиц риска по развитию донологических и патологических состояний; гигиеническую характеристику учебно-воспитательного процесса; оценку рабо-

¹ Валеологическое обеспечение образовательного процесса предполагает осуществление комплекса мероприятий по профилактике и коррекции негативного влияния образовательной среды на здоровье детей и подростков, приведение учебной нагрузки в соответствие возможностям учащихся (В. В. Колбанов, 2000).

тоспособности и функционального состояния учащихся, на основе выборочного исследования трех параллелей; разработку основных оздоровительных мероприятий; валеологическое просвещение педагогов, учащихся и их родителей [56].

Обязательной составной частью валеологического мониторинга, а также первым этапом валеологического анализа является валеологическая диагностика. Она представляет собой разновидность педагогической диагностики и носит комплексный характер, используя педагогические, медицинские, психологические и социальные методы и приемы исследования, необходимые для целостного подхода к анализу здоровья учащихся [126].

Совокупность диагностических средств включает следующие группы:

1) средства диагностики состояния здоровья учащихся (группы здоровья, физического развития, определение работоспособности и др.);

2) средства диагностики учебно-воспитательного процесса и его влияния на здоровье учащихся (валеологический анализ состояния педагогического процесса, уроков, выполнения домашних заданий; валеологическая экспертиза образовательных программ и др.);

3) средства диагностики педагогов и родителей, их готовности к валеологическому воспитанию учащихся (анкеты, валеологический самоанализ, валеологическая грамотность и др.);

4) средства диагностики соответствия материально-технической базы и жизненной среды учебного заведения санитарно-гигиеническим нормам.

Валеологическая диагностика осуществляется в течение учебного года как процесс поэтапного анализа и самоанализа валеологического развития образовательного учреждения и валеологического развития учащихся. На основе полученных данных разрабатываются и реализуются организационные мероприятия по коррекции негативного влияния на здоровье совокупности факторов внутришкольной среды.

Исследования показывают, что введение системы валеологического сопровождения позволяет снизить заболеваемость учащихся, ослабить тенденцию

ухудшения их здоровья, сохранить психический статус учащихся и сформировать у них потребность в ЗОЖ [63, 73, 99, 163 и др.]. При этом необходимо соблюдать следующие условия:

1) система валеологического сопровождения должна основываться на данных о реальном состоянии здоровья учащихся, их физиологических и психических особенностях и возможностях; должна являться открытой, гибкой системой и отражать динамично развивающийся образовательный процесс; должна быть направлена на создание оптимальных условий для прохождения учащимися любого образовательного маршрута;

2) педагоги должны обладать валеологической компетентностью;

3) учащимся должны быть предложены программы, направленные на формирование валеологических знаний, умений и ценностных ориентаций.

Особое внимание при осуществлении валеологического сопровождения учебно-воспитательного процесса уделяется применению здоровьесберегающих образовательных технологий. Термин «здоровьесберегающие образовательные технологии» можно рассматривать как качественную характеристику любой образовательной технологии, ее «сертификат безопасности для здоровья»; как совокупность тех принципов, приемов, методов педагогической работы, которые, дополняя традиционные технологии обучения и воспитания, наделяют их признаком здоровьесбережения [138].

М. Н. Полетаева выделяет такие группы валеологических технологий:

1. Общепедагогические с валеологической направленностью.

1.1. Общепедагогические дидактические технологии – выполняют валеологические функции, если организация учебного процесса соответствует общим дидактическим принципам (активности; наглядности; учета возрастных и индивидуальных особенностей и др.), которые предупреждают переутомление учащихся, помогают сохранить работоспособность в течение урока, дня, включают в деятельность все виды анализаторов, регулируют двигательную активность и интерес к уроку.

1.2. Общепедагогические социальные валеологические технологии - в большей степени реализуют задачи воспитания. Если дидактические технологии базируются на способах взаимодействия с учебным материалом, то социальные – на способах межсубъектного взаимодействия, способах саморазвития в плане здоровья. Строятся они в соответствии с логикой этапов саморазвития учащихся как субъектов ЗОЖ: самоактуализация потребности в сохранении и укреплении своего здоровья; самоанализ своих проблем здоровья и психосоматических состояний; самооценка своих знаний и умений в области организации ЗОЖ; самореализация в составлении своей индивидуальной программы ЗОЖ; саморегуляция творческой самостоятельной работы над собой, способов поведения и приемов оздоровления; развитие нравственного самосознания, устойчивой мотивации ЗОЖ и духовно-гуманистических ценностей.

1.2.1. Социально-акмеологические двигательные технологии – технологии организации двигательной активности и занятий физической культурой, основанные на групповом обучении и дифференцированные с учетом пола, состояния здоровья, физического развития. Основные подходы и методы: дифференциация разноуровневых заданий; учет специфики развития организма; ведение тетради личностных достижений; диагностика состояния здоровья, физического развития, потребностно-мотивационной сферы; соотношение групп для занятий физкультурой со степенями обучения.

1.2.2. Депривационно-профилактические технологии. Депривация – социальное явление, состоящее в наличии внешних факторов, ограничивающих человеку возможность удовлетворить свои жизненно важные или личностно значимые потребности, вследствие чего у человека формируется синдром витальной неудовлетворенности, ведущий к психосоматическим заболеваниям. Отсюда одной из задач является предупреждение депривации в образовательном процессе.

1.2.3. Технологии гендерного подхода к валеологическому воспитанию – направлены на идентификацию социальных ролей будущих мужчин и женщин, отцов и матерей и их социальное взаимодействие в семье и в обществе. Заклю-

чаются они в использовании ряда следующих педагогических средств: 1) изучение педагогами психофизиологических особенностей возрастного развития мальчиков и девочек и их учет в межличностном взаимодействии в процессе обучения и воспитания; 2) валеологический самоанализ учащимися своих проблем здоровья и ЗОЖ, ценностных ориентаций и отношения к любви и половой жизни; 3) раздельное обучение мальчиков и девочек – как основа полового воспитания при проведении факультативных занятий, внеклассной работы.

2. Специальные валеологические технологии.

2.1. Лечебно-коррекционные технологии. Применяются в образовании детей с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в специализированных образовательных учреждениях или в коррекционных классах массовых школ. Обучение таких детей сопровождается их лечением и коррекцией отклонений в состоянии тех или иных систем организма.

2.2. Психотерапевтические технологии. Связаны с нормализацией психического состояния человека – сказкотерапия, арттерапия, музыкотерапия, танцтерапия и различные виды тренингов. Направлены на предупреждение и устранение негативного влияния психолого-педагогических факторов риска для здоровья [126].

Использование здоровьесберегающих технологий относительно средовых факторов основано на соблюдении гигиенических требований к образовательным учреждениям. Требования опираются на данные о физиологических изменениях в организме детей в результате взаимодействия со средой, с учетом возраста и особенностей организации учебно-воспитательного режима в учреждениях [138]. Администрация школ и педагоги должны обращать внимание на такие факторы, как действие звуковых раздражителей, воздушно-тепловой режим, естественное и искусственное освещение, видеоэкология, использование персональных компьютеров, питание в учреждении и др.

Цели здоровьесберегающих образовательных технологий обучения определяют принципы обучения, представленные системой общеметодических¹ и специфических принципов. Данные принципы выражают закономерности педагоги оздоровления [65].

Принцип сознательности и активности — формирование у учащихся глубокого понимания, устойчивого интереса, осмысленного отношения к познавательной деятельности. Осознавая оздоровительное воздействие активной деятельности на организм, ребенок учится самостоятельно и творчески решать задачи познавательного характера.

Принцип активности — предполагает высокую степень самостоятельности, инициативы и творчества учащихся.

Принцип наглядности — обязывает строить процесс обучения с максимальным использованием форм привлечения органов чувств человека к процессу познания (связь чувственного восприятия с мышлением).

Принцип систематичности и последовательности проявляется во взаимосвязи знаний, умений, навыков. Система подготовительных и подводящих действий позволяет перейти к освоению нового и, опираясь на него, приступить к познанию последующего, более сложного материала. Регулярность, плановость, непрерывность на протяжении всего периода обучения обеспечивают принцип систематичности.

Усвоение пользы здоровьесберегающих мероприятий требуют их повторяемости - принцип повторения умений и навыков. В результате многократных повторений вырабатываются динамические стереотипы.

Включение вариантных изменений в стереотипы предполагает соблюдение принципа постепенности. Он предполагает преемственность от одной ступени обучения к другой.

¹ Общеметодические принципы — основные положения, определяющие содержание, организационные формы и методы учебного процесса в соответствии с общими целями здоровьесберегающих образовательных технологий (В. И. Ковалько, 2004).

Принцип доступности и индивидуализации. Назначение данного принципа видится в исключении негативных и вредных последствий для организма учащихся вследствие чрезмерных требований и заданий.

Принцип непрерывности выражает закономерности построения педагогики оздоровления как целостного процесса. Он тесно связан с принципом системного чередования нагрузок и отдыха.

Упорядочению процесса педагогики оздоровления способствует принцип цикличности. Он заключается в повторяющейся последовательности занятий, что улучшает подготовленность учащегося к каждому последующему этапу обучения.

Формирование двигательных умений и навыков, двигательные способности, функциональные возможности организма развиваются в процессе использования средств здоровьесберегающих технологий на основе принципа учета возрастных и индивидуальных особенностей учащихся. Важнейшее значение имеет принцип всестороннего и гармонического развития личности. Он содействует развитию психофизических способностей, двигательных умений и навыков, осуществляемых в единстве и направленных на всестороннее развитие личности ребенка.

Принцип активного обучения, заключающийся в повсеместном использовании активных форм и методов обучения.

Принцип формирования ответственности у учащихся за свое здоровье и здоровье окружающих людей.

Принцип связи теории с практикой — призывает настойчиво приучать учащихся применять свои знания по формированию, сохранению и укреплению здоровья на практике, используя окружающую действительность не только как источник знаний, но и как место их практического применения.

Для достижения целей здоровьесберегающих образовательных технологий обучения применяются следующие группы средств:

- средства двигательной направленности: движение; физические упражнения; физкультминутки и «подвижные» перемены; эмоциональные разрядки и

«минутки покоя»; гимнастика; лечебная физкультура; подвижные игры; массаж; самомассаж; психогимнастика, тренинги и др.;

- оздоровительные силы природы: проведение занятий на свежем воздухе; учет влияния метеорологических условий на определенные биохимические изменения в организме человека, которые приводят к изменению состояния здоровья и работоспособности; солнечные и воздушные ванны, водные процедуры, фитотерапия, ароматерапия, ингаляции, витаминотерапия, фитобары и др.;

- гигиенические факторы: выполнение санитарно-гигиенических требований, регламентированных СанПиН; личная и общественная гигиена; проветривание и влажная уборка помещений; соблюдение общего режима дня, режима двигательной активности, режима питания и сна; обучение приемам ЗОЖ; организация порядка проведения прививок учащихся с целью предупреждения инфекций; ограничение предельного уровня учебной нагрузки и др.

Использование данных средств позволяет решать задачи здоровьесбережения. Одним из требований является их системное и комплексное применение [49].

Далее определим основные методы здоровьесберегающих технологий, под которыми понимаются способы применения средств, позволяющих решать задачи педагогики оздоровления [65]. Различают две группы методов: специфические (характерные для процесса здоровьесбережения - активные методы обучения, видеометод, практический метод и т.д.) и общепедагогические (применяемые во всех случаях обучения и воспитания – лекция, работа с книгой, методы программированного обучения, обучающий контроль и т.д.). Оптимальное сочетание специфических и общепедагогических методов в соответствии с методическими принципами позволяет обеспечить успешную реализацию комплекса задач здоровьесберегающих образовательных технологий обучения.

В структуре метода приемы выделяют как составную часть, отдельный шаг в его реализации. Приемы можно классифицировать следующим образом: защитно-профилактические (личная гигиена и гигиена обучения); компенса-

торно-нейтрализующие (физкультминутки, лечебная физкультура; психогимнастика, тренинг, позволяющие частично нейтрализовать стрессовые ситуации); стимулирующие (элементы закаливания, физические нагрузки, приемы психотерапии, фитотерапии и др.); информационно-обучающие (письма, адресованные родителям, учащимся, педагогам).

Использование методов и приемов зависит от многих условий: профессионализма педагога; его личной заинтересованности; уровня города, района, учебного заведения. Только при условии, что все отдельные подходы будут объединены в единое целое, можно рассчитывать на то, что будет сформировано здоровьесберегающее пространство, реализующее идеи здоровьесберегающей педагогики.

Одной из предпосылок реализации валеологического сопровождения является наличие у педагогов валеологического образования и культуры. Данному вопросу посвящены исследования С. В. Васильева, И. В. Ильиной, Е. В. Степкиной, Л. И. Уткиной и др. Высокий уровень валеологической культуры педагога предполагает осознанный выбор учебных режимов и педагогических технологий, не наносящих ущерб здоровью учащихся, умение строить психологически грамотное общение с учащимися, коллегами, родителями, а также способность вести учащихся к осознанному выбору образа жизни и норм поведения, способствующих повышению уровня собственного здоровья и окружающих.

Программа валеологической подготовки должна рассматривать аспекты формирования культуры здоровья педагогов, представления об ответственности человека за свое здоровье, компетенции в вопросах здоровьесберегающих образовательных технологий, обеспечения необходимой информацией в области здоровья, обучения современным методам и приемам организации и проведения работы по формированию культуры здоровья учащихся.

Кроме того, мы считаем важным включить в данную программу ряд дополнительных разделов: знакомство с базой данных о состоянии здоровья учащихся и валеологической оценкой учебного заведения, использование этих дан-

ных в деятельности педагогов; ознакомление с результатами валеологической диагностики, коррекция профессиональной деятельности; участие педагогов в разработке и внедрении интегрированных курсов по валеологии, ОБЖ, природоведению, экологии человека; разработка тематических валеологических блоков в рамках курсов по химии и биологии.

Педагогу также необходимо учитывать особенности процесса обучения в условиях здоровьесберегающей педагогики. В ходе обучения в соответствии с идеями здоровьесберегающих образовательных технологий ставится задача сформировать у учащихся необходимые знания, умения и навыки по ЗОЖ, научить использовать полученные знания в повседневной жизни. Весь процесс обучения в условиях здоровьесберегающей педагогики включает в себя три этапа:

1. Начальное ознакомление с основными понятиями и представлениями. Цель – сформировать у учащихся основы ЗОЖ и добиться выполнения правил здоровьесбережения. Основные задачи: сформировать смысловое представление о правилах здоровьесбережения; создать представления об основных понятиях ЗОЖ; добиться выполнения правил здоровьесбережения; предупредить непонимание основных понятий ЗОЖ.

2. Углубленное изучение. Цель – сформировать полноценное понимание основ ЗОЖ. Основные задачи: уточнить представление о правилах здоровьесбережения; добиться сознательного выполнения данных правил; сформировать практически необходимые знания, умения, навыки, рациональные приемы мышления и деятельности.

3. Закрепление знаний, умений и навыков по здоровьесбережению и дальнейшее их совершенствование. Цель — умение перевести в навык. Основные задачи: добиться стабильности и автоматизма выполнения правил здоровьесбережения в соответствии с требованиями их практического использования; обеспечить вариативное использование правил ЗОЖ в зависимости от конкретных практических обстоятельств.

Успешность обучения определяется уровнем состояния здоровья, с которым ребенок пришел в учебное заведение, что является исходным фоном на старте обучения. На этом фоне важна правильная организация учебной деятельности (соблюдение режима занятий; построение урока с учетом работоспособности; выполнение гигиенических требований и т.д.), при которой возможно решение одной из задач здоровьесберегающей педагогики – сохранение высокой работоспособности, исключение переутомления учащихся. Показателями рациональной организации учебного процесса являются объем учебной нагрузки – количество уроков и их продолжительность, включая затраты времени на выполнение домашних заданий; нагрузка от дополнительных занятий в школе – факультативов, индивидуальных занятий, занятий по выбору и т.п. (их частота, продолжительность, виды и формы работы); занятия активно-двигательного характера – динамические паузы, уроки физической культуры, спортивные занятия и т.п. (их частота, продолжительность, виды и формы работы).

Поскольку основой организации процесса обучения является школьное расписание уроков, необходимо учитывать физиолого-гигиенические требования к его составлению, с учетом динамики изменений физиологических функций и работоспособности учащихся на протяжении учебного дня и недели [20, 138 и др.].

Под работоспособностью обычно понимается свойство человека, определяемое состоянием высших психических функций и характеризующее его способность выполнять определенную деятельность с требуемым качеством и в течение требуемого интервала времени. При этом у одного и того же человека работоспособность может колебаться в зависимости от времени года, дня, недели, времени суток. В литературе имеются многочисленные данные о том, что построение правильного режима обучения, грамотный выбор педагогических средств являются одним из основных путей сохранения работоспособности и уменьшения утомляемости учащихся [3, 26, 29, 134 и др.].

Динамика работоспособности в течение дня показывает два типа повышенной работоспособности, совпадающие по времени с периодами высокого

уровня действия физиологических функций: первый с 8 до 12 часов дня; второй – с 16 до 18 часов дня. Работоспособность не остается постоянной и в часы ее оптимального состояния. Она претерпевает различные изменения даже в процессе проведения одного занятия.

Первый период – фаза вработывания. Работоспособность относительно невелика и постепенно повышается. У детей по сравнению со взрослыми фаза вработывания несколько короче (от 2 до 7 минут), что связано с более высокой возбудимостью и функциональной подвижностью нервной системы. Затем работоспособность устанавливается на относительно высоком уровне. Через 20 минут работы она снижается. Вследствие этого целесообразно сложные элементы программы преподносить после 7 минут занятия.

За фазой вработывания следует фаза оптимальной устойчивой работоспособности. Затем работоспособность снижается. Последние 5–10 минут урока педагогически малопродуктивны. В ряде случаев незадолго перед окончанием работы может наступить кратковременное повышение работоспособности – фаза «конечного прорыва».

Динамика изменения физиологических функций и работоспособности учащихся на протяжении учебного дня и недели определяет физиолого-гигиенические требования к составлению расписания занятий, когда должны быть учтены сложность предметов и преобладание динамического или статического компонентов во время занятий. В качестве одного из возможных способов оценки занятий можно использовать ранговую шкалу трудности предметов И. Г. Сивкова.

Непременным требованием валеологического сопровождения являются наблюдение и работа с учащимися группы риска дезадаптации [163]. В данную группу входят учащиеся 1-х классов – адаптация к систематическому обучению; 5-х – адаптация к кабинетной системе обучения, предметному обучению; 9-х – адаптация к профильному обучению; 11-х – адаптация к вузовской системе обучения; учащиеся, изменяющие маршрут обучения в процессе ротации; учащиеся-дезадаптанты и учащиеся с девиантным поведением.

От педагогов в ситуациях дезадаптации ребенка требуется повышенное внимание к его индивидуально-психологическим особенностям, индивидуальный подход в обучении и воспитании, создание атмосферы комфортности, а также проведение психокоррекционной работы совместно со специалистами. В данном случае сопровождение образовательного процесса (при интегрирующей роли службы здоровья) играет исключительно важную роль и позволяет решить проблему совместной деятельности педагога, психолога, врача, родителей.

Рассмотрим технологии валеологического сопровождения учащихся общеобразовательных школ.

1. Валеологическое сопровождение учащихся первых классов. Первый уровень или уровень оптимального внимания. Используется для учащихся с высоким уровнем готовности к обучению. Предполагает создание режима обучения в соответствии с образовательной программой; исследование состояния здоровья; отслеживание процессов работоспособности и утомляемости.

Второй уровень или уровень повышенного внимания. Используется для учащихся со средним уровнем готовности к обучению. Предполагает валеологическое сопровождение первого уровня плюс отслеживание уровня тревожности как показателя психического состояния.

Третий уровень или уровень особого внимания. Используется для учащихся с низким уровнем готовности к школьному обучению. Предполагает валеологическое сопровождение второго уровня плюс введение психологической помощи; коррекционную работу логопеда, психолога; дополнительные медико-психологические мероприятия.

2. Валеологическое сопровождение учащихся при переходе на новую ступень. Переход на новую ступень сложен, так как необходима адаптация к новому учебному режиму, расширяется круг коммуникаций. Здесь проводится зондирование стартовых возможностей: работоспособности и утомляемости, внимания, кратковременной памяти и состояния здоровья.

3. *Индивидуальное сопровождение.* Разрабатывается валеологически целесообразный режим функционирования учреждения и расписания с целью снятия эффекта переутомления, повышения работоспособности и психической устойчивости учащихся, снижения утомляемости. Индивидуальное сопровождение имеет место при инвалидности, хронических заболеваниях, не позволяющих обучаться в общем потоке; при обучении детей группы ДЧБ (дети часто болеющие); если ребенок более 1 месяц и более. После существенного отставания по программе учащийся попадает в ситуацию, когда ослабленный организм вынужден нести нагрузку адаптации и двойную учебную нагрузку, что не позволяет ему полностью восстановить свои силы, чаще всего он заболевает вновь. В этих случаях проводится мониторинг состояния здоровья, выявляется уровень тревожности, работоспособности и утомляемости, определяется результативность обучения, осуществляется корректировка режима обучения.

Система валеологического сопровождения строится при условии наличия соответствующей базы данных о состоянии здоровья, психофизиологических особенностей и возможностей учащихся. В базу данных необходимо регулярно вводить сведения о каждом учащемся: ежегодные показатели физического развития, физической подготовленности, психологического и соматического статуса. С помощью соответствующей компьютерной программы обрабатываются сведения и выдается «паспорт здоровья» на каждого ребенка, сведения о состоянии здоровья класса, всей параллели, всего учреждения (рис.7). Таким образом осуществляется мониторинг здоровья учащихся.

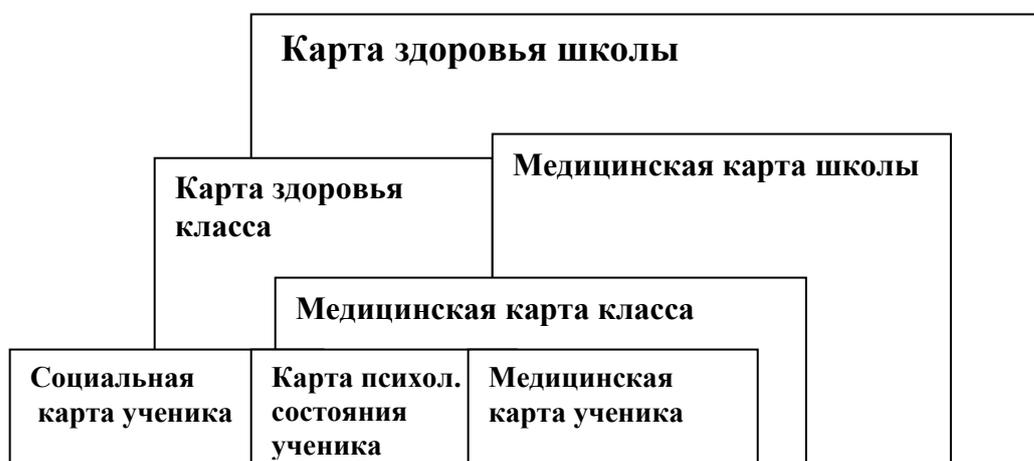


Рис. 7. Структура базы данных «Карта здоровья школы»

С учетом вышеизложенного следует выделить цели деятельности службы здоровья или службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса и организующих ее подразделений, задачи и основные функции деятельности. Так, например, операционно-смысловая суть реализации основных функций деятельности в подразделении физического воспитания, на наш взгляд, должна состоять в следующем:

- диагностико-прогностическая функция – исследование состояния физической подготовленности учащихся; систематическое отслеживание состояния физической подготовленности учащихся на протяжении всего периода обучения в учебном заведении; диагностика соответствия постановки физического воспитания психофизиологическим особенностям учащихся, имеющимся у них отклонениям в здоровье и физическом развитии; своевременное выявление факторов риска для здоровья и развития; прогнозирование мер, направленных на устранение неблагоприятных и активизации благоприятных факторов, влияющих на состояние здоровья учащихся;

- коррекционная функция – разработка содержания и внедрение методик проведения уроков физической культуры, занятий с учащимися, имеющими отклонения в кондиционной физической подготовке, в физическом развитии и состоянии здоровья; проведение с учащимися занятий коррекционной направленности (уроки физической культуры, специально-организованные коррекционные занятия); контроль за осуществлением мер по коррекции отклонений в состоянии физического здоровья, в физкультурно-оздоровительных мероприятиях, в режиме учебного дня;

- профилактическая функция – изначальное обеспечение условий для оптимальной двигательной активности учащихся, сохранения их физического здоровья; устранение факторов, оказывающих негативное воздействие на состояние физической подготовленности учащихся; организация и проведение оздоровительно-профилактических и лечебно-физкультурных мероприятий; обеспечение гигиенических условий в местах занятий физической культурой;

поддерживание в соответствующем состоянии спортивного оборудования и инвентаря, используемого на занятиях физической культурой;

- образовательно-просветительская функция – формирование у учащихся в процессе занятий физической культурой ценностных установок и жизненных приоритетов на здоровье, здоровый образ жизни; разработка содержания и методик проведения уроков физической культуры, занятий, оздоровительных мероприятий с учащимися в режиме учебного дня и во вне учебное время; проведение с учащимися теоретических занятий по основам «Культуры здоровья» в контексте физического воспитания; консультирование учащихся, родителей и педагогов по вопросам физического воспитания в целом и тесно связанными с ним аспектами коррекции отстающих физических качеств, в частности;

- функция научного и информационного обеспечения – обоснование инновационных подходов к постановке физического воспитания на валеологической основе; контроль за осуществлением мер по коррекции отклонений в состоянии физического здоровья в физкультурно-оздоровительных мероприятиях в режиме учебного дня; опытно-экспериментальная проверка эффективности проводимой работы по организации здоровьесбережения средствами физической культуры и принимаемым коррекционным мерам; информирование субъектов образовательного процесса (учащихся, родителей, педагогов) о результатах оценки состояния физической подготовленности; подготовка и внедрение различного рода вспомогательных средств, обеспечивающих учащимся получение оперативной информации, связанной с проведением мониторинга состояния физической подготовленности (паспорт физической подготовленности, тетрадь «Оцени себя», стенд с нормативными требованиями и др.).

Аналогично содержание функций, реализуемых медицинским подразделением. Разница заключается лишь в том, что если основная предметная часть деятельности специалистов по физической культуре – кондиционная физическая подготовленность, то у медицинских работников – физическое развитие и медицинские знания, связанные с физическим здоровьем в целом. Нельзя не отметить и то, что ряд вопросов этими двумя подразделениями необходимо

решать сообща. Так, например, выявляемые медиками отклонения в развитии кистевой силы и жизненной емкости легких должны корректироваться на занятиях физической культурой.

Содержание выделенных функций, реализуемых образовательно-валеологическим подразделением, связано с валеологическим сопровождением. Так, диагностико-прогностическая функция этого подразделения должна заключаться в оценке знаний, умений, навыков участников образовательного процесса в области здоровьесбережения; в мониторинговом динамическом отслеживании состояния здоровья и поведения учащихся в конкретной учебной ситуации на протяжении всего периода обучения в учебном заведении; в диагностике соответствия образовательной среды, социума психофизиологическим особенностям учащихся; в своевременном выявлении факторов риска для здоровья и развития, а также прогнозировании мер, направленных на устранение неблагоприятных и активизацию благоприятных факторов, влияющих на состояние здоровья учащихся.

Коррекционная функция (реализуемая в тесной связи с образовательно-просветительской) данного подразделения должна заключаться в разработке и реализации образовательных программ, связанных с широким кругом нерешенных вопросов здоровьесбережения, в организации мер, направленных на исправление выявленных отклонений и несоответствий в вопросах содержания валеологического образования, условий организации урока, учебного режима, образа жизни учащихся, их взаимоотношений.

Суть профилактической функции – во введении педагогических здоровьесберегающих технологий, валеологического образования в учебный процесс, в оказании содействия при организации и проведении оздоровительно-профилактических мероприятий в учебном заведении.

Функция же научно-информационного обеспечения должна состоять в обосновании и отслеживании эффективности инновационных подходов к проведению работы по овладению субъектами педагогического процесса знаний и

умений в области сохранения и укрепления здоровья, валеологической диагностике.

Выделенные функции, реализуемые психологическим подразделением, связаны, как отмечалось выше, с психологическим сопровождением учащихся, с непременным мониторингом психологического здоровья и успешности обучения детей и подростков.

Основным назначением подразделения информационного обеспечения должно стать содействие эффективной деятельности каждого подразделения, реализация каждой функции путем обработки и оперативного представления сведений из информационно-аналитической базы данных о состоянии физического здоровья учащихся, а также оказание консультативной помощи в создании, редактировании, использовании элементов базы данных и ведение делопроизводства службы здоровья.

Таким образом, мы представили основные разделы валеологического сопровождения учебно-воспитательного процесса образовательного учреждения, включающего анализ и дифференциацию образовательных маршрутов учащихся с учетом показателей успешности обучения, результатов диагностики, прогнозирования и коррекции функционального состояния школьников, а также их степени адаптации, работоспособности и здоровья.

ГЛАВА 4. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ

4.1. Критерии оценки эффективности здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении

Критерии эффективности позволяют выявить результативность опытно-поисковой работы. Трудности определения критериев эффективности объясняются многоплановым характером диагностики.

Понятие «критерий» достаточно широко трактуется. Так, в «Словаре русского языка» под «критерием» понимается мерило оценки, суждения [106]. В «Советском энциклопедическом словаре» это понятие рассматривается как признак, на основе которого производится оценка, определение или классификация чего-либо [140]. С методологической точки зрения представляет интерес философское понимание критерия. В «Философском словаре» критерий истины – средство проверки истинности или ложности того или иного утверждения, гипотезы [156].

Соотносится с критерием понятие «показатель». По показателю можно судить о развитии и ходе чего-нибудь [106]. Это количественная характеристика, которая может быть единичной или комплексной [140].

Рассмотрим, как трактуются данные понятия в педагогической литературе. Напомним, что проблема критериев различных сторон педагогики (познавательной деятельности, оптимизации процессов личностного и профессионального развития, обучения и воспитания, внутришкольного управления, условий эффективности работы коллектива и т.д.) была исследована Р. С. Немовым, М. М. Поташником и др. [101, 131, 150 и др.]

Для оценки здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении необходимо определить критерии, позволяющие оценить не только уровень валеологизации образовательной среды учреждения, состояния здоровья его субъектов, но и показатели эффективности управления здоровьесбережением,

взаимодействия основных ее субъектов. Изучение научного знания позволило выделить следующие объективные критерии:

I. Интегральные управленческие критерии эффективности здоровьесберегающей деятельности, включающие показатели системности и упорядоченности в организации деятельности, активности и продуктивности деятельности, оперативности и четкости работы [82, 90, 95, 150 и др.].

Системность и упорядоченность в организации деятельности характеризуются: наличием однозначно сформулированных целей, задач; четкостью распределения функциональных обязанностей; наличием четко оформленных критериев оценки работы подразделения; систематическим анализом эффективности принятых и выполняемых решений; упорядоченной системой информирования о выполненных действиях и их результативности.

Активность и продуктивность деятельности определяется: числом инициатив по улучшению работы управления и новых видов деятельности, исходящих из структурных подразделений; количеством новых и реализованных решений; курируемыми направлениями деятельности, целевыми и инновационными проектами и др.

Оперативность и четкость работы обуславливаются своевременным выполнением запланированного: соотношением реализованного вовремя и со сбоями; числом действий, осуществляемых оптимально и оперативно, в соотношении с выполняемыми с «организационными накладками»; согласованностью при выполнении действий.

II. Критерии эффективности взаимодействия основных субъектов здоровьесберегающей деятельности: целенаправленность, мотивированность, интегрированность, структурированность, согласованность, организованность и результативность [23, 38, 61, 101, 149].

Целенаправленность – стремление к достижению заявленной и значимой для группы (команды) цели. Целенаправленность определяется рядом факторов: совместной деятельности, взаимоотношения участников деятельности, со-

отношения вклада каждого в деятельность, соотношения личностных и коллективных целей.

Мотивированность – активное, заинтересованное и действенное отношение к совместной деятельности. Характеристики мотивации: эмоциональные переживания потребности, влечение и желание действовать вместе, осознание необходимости совместной деятельности, пристрастия, увлеченное занятие, отношения.

Интегрированность коллективного субъекта деятельности – внутреннее единство составляющих его элементов, характеризует степень взаимосвязанности и взаимозависимости членов коллективного субъекта: плотность функциональных связей между ними, интенсивность контактов, число совместно выполняемых функций.

Структурированность группы. Структурно группа уже есть и определена нормативными актами, но в команде, кроме функций, задач, прав, обязанностей, важной составляющей является ответственность. При этом структурированность проявляется в свойстве легко разделяться на основные элементы соответственно выполняемым функциям и задачам. В структурированности проявляется статусно-ролевое распределение. Кроме того, важна структурная гибкость (взаимная подстраховка, взаимное дополнение, дублирование), принятие ответственности за другого.

Согласованность выражает единство, сплоченность, гармонизацию, направленность, интегрированность группы.

Организованность характеризуется упорядоченностью, собранностью, подчиненностью определенному порядку выполнения совместной деятельности, выражается в проявлении способности действовать точно в соответствии с заранее установленным планом.

Результативность – способность достижения положительного итога.

III. Критерии эффективности валеологического сопровождения учебно-воспитательного процесса включают показатели деятельности каждого под-

разделения службы здоровья или службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса с учетом его специфики:

1) в образовательно-валеологическом подразделении – повышение уровня знаний, умений, навыков учащихся по основам здорового образа жизни; своевременная оценка, анализ, коррекция учебного расписания, учебной нагрузки; повышение валеологической грамотности педагогов в использовании валеологических технологий в работе с учащимися и т.д.;

2) в подразделении физической культуры – повышение уровня физической подготовленности и физического развития учащихся; уменьшение количества детей, занимающихся в подготовительной и специальной группах физкультуры; увеличение количества детей, посещающих спортивные секции; повышение мотивации участников образовательного процесса к физической культуре; своевременность оценки физической подготовленности учащихся, анализа и коррекции результатов и т.д.;

3) в медицинском подразделении – снижение показателей острой заболеваемости; сохранение и увеличение количества детей с I группой здоровья и нормальным физическим развитием; качественное изменение санитарного состояния образовательного учреждения; качественное изменение питания детей в учебном заведении; своевременная оценка, анализ и коррекция уровня физического развития и соматического статуса учащихся и т.д.;

4) в психологическом подразделении – повышение психоэмоциональной устойчивости учащихся; улучшение психологических микроклиматов в социальных группах; своевременное выявление учащихся-дезадаптантов и коррекционная работа с ними; своевременная диагностика, анализ, коррекция психоэмоционального состояния учащихся и т.д.;

5) в подразделении обработки информации – наличие и должное содержание компьютерной информационно-аналитической базы данных о состоянии здоровья учащихся; своевременный ввод данных и подготовка отчетов о состоянии здоровья учащихся; соответствие информационного обслуживания по-

требностям пользователей службы; аккуратное ведение делопроизводства и т. д. [63, 64, 126, 163 и др.]

Выделенные критерии позволили охарактеризовать работу службы здоровья или службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса школы с позиций качества организации, управления и содержания здоровьесберегающей деятельности. Рассмотрим данные изменения на примере МОУ СОШ № 61 Новоуральска Свердловской области.

4.2. Исследование уровня организованности и упорядоченности здоровьесберегающей деятельности

Согласно мнению специалистов по внутришкольному управлению, показатели эффективности управления образовательным учреждением можно оценить по работе в целом учреждения и отдельных его подразделений [90, 96, 146, 150 и др.]. Так, в качестве возможных интегральных управленческих критериев эффективности деятельности службы здоровья или службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса нами выбраны: системность и упорядоченность в организации здоровьесберегающей деятельности; активность и продуктивность здоровьесберегающей деятельности; оперативность и четкость работы; эффективность взаимодействия основных субъектов здоровьесберегающей деятельности.

Показатель системности и упорядоченности в организации здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения характеризуется:

1) наличием организационной структуры, выполняющей функцию координации и интеграции деятельности субъектов здоровьесберегающей деятельности, – службы здоровья, которая имеет ряд основных специализированных подразделений: физической культуры; образовательно-валеологическое; психологическое; медицинское; обработки информации. Данная структура утверждена приказом руководителя учебного заведения;

2) однозначно сформулированными целями, задачами, нашедших отражение в нормативных документах службы: Положение о службе здоровья;

Положение об образовательно-валеологическом подразделении; Положение о подразделении физической культуры; Положение о медицинском подразделении; Положение о психологическом подразделении; Положение о подразделении обработки информации;

3) четкостью распределения функциональных обязанностей основных субъектов здоровьесберегающей деятельности, зафиксированных в разработанных функциональных обязанностях организатора оздоровительной деятельности, руководителей подразделений и отдельных специалистов службы;

4) наличием четко оформленных критериев оценки деятельности службы здоровья, отраженных в планах работы каждого из ее подразделений;

5) систематическим анализом эффективности принятых и выполняемых решений и задач, отраженных в отчетах о проделанной работе подразделений и службы в целом;

6) упорядоченной системой информирования о выполненных действиях и их результативности. В Положении о службе здоровья зафиксированы основные сроки предоставления данной информации на педагогическом совете школы и непосредственно на совете службы.

Показатель активности и продуктивности здоровьесберегающей деятельности оценивается по результатам работы подразделений службы: наличию инициатив по улучшению работы, числом разработанных и реализованных решений, новых видов деятельности, исходящих от подразделений службы здоровья (отчеты о проделанной работе, содержание протоколов заседаний совета службы). В период становления службы здоровья отмечалась низкая активность входящих в нее сотрудников, нежелание, каким-либо образом развивать здоровьесберегающую деятельность, выходить за рамки ранее осуществляемой работы. Анкетирование педагогов, медицинских работников, психологов школы среди которых только 30% прошли подготовку в области валеологических знаний (семинар на базе школы), показало, что 50% респондентов имели желание и намерение повысить свою валеологическую компетенцию, у 40% не было такого стремления, 10% опрошенных затруднились ответить. В

качестве форм валеологической работы в школе назывались традиционные: дни здоровья, консультирование учащихся и их родителей по вопросам здоровья и здорового образа жизни (80%). Единственным предложением по улучшению организационной и методической помощи в области формирования, сохранения и укрепления здоровья обучающихся предлагалось уменьшение дневной учебной нагрузки путем корректировки расписания занятий.

Проведенное объемное диагностическое исследование в образовательном учреждении (уровень состояния здоровья учащихся, уровень мотивированности основных субъектов образовательного процесса, уровень состояния здоровьесберегающей организации учебного процесса), способствовало изменению данного положения. Представленный материал показал низкий уровень здоровьесбережения в учреждении и непосредственно в работе каждого педагога, что имело прямое отражение на показателях состояния здоровья учащихся, уровне заболеваемости.

Пересмотр существующих позиций в здоровьесбережении, материальное стимулирование, способствовали росту инициатив по улучшению работы и поиску новых видов деятельности по охране здоровья детей и подростков. В частности найдена и успешно использована новая форма повышения валеологической грамотности учащихся – общешкольная игра «ЗИТ» (Здоровье, Интеллект, Творчество); проводятся исследования степени адаптации учащихся начальной школы по методике РОФЭС и др. (см. параграф 4.3.)

Об эффективности здоровьесберегающей деятельности можно судить по результатам формирующего исследования (см. параграф 4.3., 4.4.).

Показатель оперативности и четкости здоровьесберегающей деятельности оценивается по числу выполненных своевременно мероприятий, отраженных в планах работы подразделений службы здоровья. Финансовое мотивирование работников позволяет обходиться без существенных сбоев в сроках выполнения мероприятий и поставленных задач. Каждое подразделение своевременно предоставляет план работы на текущий учебный год (с учетом анализа эффективности проделанной за прошедший учебный год работы). На осно-

вании планов вырабатывается общий план деятельности службы здоровья, отражаются сроки и время проведения мероприятий.

Таким образом, по ряду показателей деятельности службы здоровья и ее подразделений можно судить об эффективности созданных организационных условий управления здоровьесберегающей деятельностью образовательного учреждения.

В ходе исследования также велась работа по согласованности и сплоченности управленческой команды руководителей подразделений службы здоровья.

Констатирующее исследование показало низкий уровень интегрированности, взаимодействия и взаимопомощи специалистов школы, задействованных в работе по охране здоровья учащихся (данные анкетирования). В частности, не получая необходимой поддержки, респонденты считали важной в своей деятельности помощь следующих специалистов: педагога-организатора оздоровительной деятельности (73%) – помощь в вопросах организации оздоровительной деятельности; медицинских работников (61%) – информированность о состоянии здоровья учащихся и рекомендации по работе с детьми, состоящими на диспансерном учете и др.; психологов (64%) – рассмотрение вопросов о психофизиологических особенностях детей и подростков, особенностях детской психики, разрешения спорных ситуаций и др.; учителей физического воспитания (61%) – решение вопросов повышения двигательной активности учащихся, снятия утомления средствами физической культуры и др. Затруднения в осуществлении здоровьесберегающей деятельности возникали из-за недостатка знаний о валеологической работе в школе (74%); несоординированности действий специалистов (67%) и других причин.

Поэтому одной из основных задач совершенствования здоровьесберегающей деятельности в школе стало создание условий для взаимодействия специалистов различного уровня и специализации, способствующих согласованию педагогических и управленческих действий в совместной деятельности:

1) разработка нормативных основ и функциональных должностных обязанностей специалистов службы здоровья, входящих в управленческую команду, и в соответствии с ними процедуры деятельности управленческой команды в структуре руководства;

2) использование системы оценки продуктивного руководства со стороны управленческой команды.

Изучение функциональных обязанностей отдельных специалистов, задействованных в деятельности по охране здоровья учащихся (учителя физической культуры, психологи, медицинская сестра, заместитель директора по воспитательной работе, директор), показало, что, например, стратегические направления деятельности администрации соседствуют со второстепенными вопросами, которые вполне могли быть решены заместителями. Преобладают контроль и наблюдение за незначительными разделами охраны здоровья школьников. Нет согласованных позиций, отсутствуют процедуры совместных обсуждений, не видно взаимосвязей и взаимозаменяемости в процессе совместной деятельности.

Разработка нормативных основ и функциональных должностных обязанностей специалистов службы здоровья, входящих в управленческую команду (см. п. 3.2), позволила изменить существующее положение, но тем не менее ряд проблем возникших еще на первоначальном этапе создания управленческой команды службы здоровья, остались нерешенными. Необходимо было более четко выявить проблемы согласования.

Опираясь на идеи управленческого согласования в практике руководства образовательными процессами В. Ю. Кричевского, нами было проведено констатирующее исследование с целью определения согласованности позиций руководителей подразделений службы здоровья.

Анализ процесса согласования целей проводился по ряду позиций: кто обсуждает цели развития службы здоровья, кто выбирает из предложенных целей необходимую, кто формулирует цели, кто информирует о целях коллектив,

кто в своей деятельности добивается реализации цели, кто корректирует избранную цель, кто контролирует реализацию цели.

В период становления управленческой команды службы здоровья коллективная работа по формулированию целей не осуществлялась. Определяющей оставалась инициатива директора и научного консультанта (руководителя опытно-поисковой деятельности). Характерно то, что информированность, корректировка, анализ оставались прерогативой директора школы, в то время как формулирование целей доверялось одному научному консультанту и практически не являлось продуктом общей работы. Более того, организация управленческой деятельности не была направлена на формирование управленческой команды, специально такая цель не преследовалась.

Согласно принципам конструирования и развития малой группы была проведена работа по формированию управленческой команды руководителей подразделений службы здоровья (стадия проектирования команды, стадия создания условий для эффективной работы команды, начало деятельности команды, контроль). При этом особое внимание уделялось реализации модели согласования целей.

На первом этапе был проведен анализ деятельности школы по охране здоровья детей и подростков, затем в форме «круглого стола» проводилось обсуждение следующих вопросов:

1. Каково состояние здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения;
2. Какие профессиональные проблемы субъектов деятельности по охране здоровья учащихся должны решаться в первую очередь?
3. Решение каких проблем здоровьесбережения может объединить вокруг себя педагогов учебного заведения?
4. Какие возникают проблемы при формировании положительной мотивации у учащихся и их родителей к развертыванию здоровьесберегающей деятельности?

5. Какие предложения, идеи, мысли по эффективному разрешению выявленных проблем можно внести?

В ходе рассмотрения этих вопросов, дискуссий и согласования по их результатам была выявлена иерархия основных проблем валеологического пространства учебного заведения, выдвинуты и утверждены предложения по их решению.

На этапе поиска новых идей развития здоровьесберегающей деятельности осуществлялось знакомство с основными тенденциями валеологического развития образовательных учреждений (на лекциях проводился самостоятельный анализ нормативной и аналитической документации и консультации специалистов). С помощью проективных методик различного типа выявлялись личностные ценности и согласовывались с ценностями профессиональной, здоровьесберегающей деятельности, нормативными ценностями. Создавались образы развития здоровьесбережения и службы здоровья, моделировались системы связей.

На следующем этапе согласовывались цели деятельности субъектов управленческой команды исходя из системы единых ценностных оснований. Результатом стало появление двух согласованных групп целей: целей определенных субъектов управленческой команды и целей развития службы здоровья в целом.

Далее выработанные цели обретали свою реалистичность. Созданные целевые программы опробывались на практике. Их результаты обсуждались на педагогически советах школы, общешкольных родительских собраниях, ученических конференциях, городских научно-исследовательских конференциях.

Одним из главных условий согласования деятельности субъектов управленческой команды являлось постоянное поддерживание мотивации, включающее: получение содержательного результата, значимого для их профессиональной деятельности; эмоциональное удовлетворение от процесса совместной деятельности, стиля общения и психологического климата в коллективе; осознание причастности к процессу принятия решений; расширение возможностей

информационного обмена и межличностного общения на уровне города, области; возможность проявления творчества, в том числе в области изменения жизненных обстоятельств, социальное признание авторских достижений; система материального и других видов поощрения для активных участников деятельности.

Показатель эффективного взаимодействия основных субъектов здоровьесберегающей деятельности характеризует уровень развития команды руководителей подразделений службы здоровья по следующим позициям: целенаправленность; мотивированность; интегрированность; структурированность; согласованность; организованность; результативность.

Исследование степени согласованности и сплоченности руководителей подразделений службы здоровья выявило низкий уровень интегрированности, взаимодействия и взаимопомощи, в связи с чем была проведена поэтапная работа по повышению продуктивности действий управленческой команды.

Результативность данной работы проявилась в сплоченности, интегрированности, высокой активности, высоком уровне самоуправления, динамизме в реализации согласованных решений управленческой команды. Показатели оценивались по пятибалльной шкале тремя группами экспертов: I группа – педагоги школы, II группа – методисты управления образования и здравоохранения, III группа – члены управленческой команды (самоанализ).

По результатам оценки установлено определенное возрастание в общественном мнении (I, II группы экспертов) и в самооценке (III группа экспертов) значимости команды. Так, средние значения на предварительном и результативном этапах в I группе экспертов составляют 3,7 балла при ошибке показателя 0,3 (3,7/0,3) и 4,4/0,2 балла; во II группе экспертов – 4,0/0,2 и 4,4/0,2 балла; в III группе экспертов – 3,8/0,3 и 4,6/0,2 балла соответственно. Данные являются достоверными, поскольку во всех случаях показатели более чем в 3 раза превышают свою ошибку [137]. Среднее суммарное приращение составило 0,7 балла.

Можно утверждать, что четкое распределение функций и специальная деятельность по согласованности в избрании позиций способствовали сплочению управленческой команды. Удалось согласовать стратегию развития службы здоровья, уточнить тактические, текущие действия, добиться совместного обсуждения различных проблем, распределять текущие операции в рамках общей организации работы. Согласованная работа обеспечила качественное преобразование здоровьесберегающей деятельности учебного заведения, способствовала ее успешности.

Таким образом, главным условием становления и дальнейшего развития управленческой команды службы здоровья являются систематическое согласование целей, ценностей, поведения, действий и интегрированность отдельных функций в общую систему управленческого взаимодействия.

4.3. Исследование уровня состояния здоровья учащихся учебного заведения

Исследование уровня состояния здоровья учащихся школы проводится специалистами подразделений службы здоровья в соответствии со спецификой своей деятельности (табл. 5).

Таблица 5

Основные показатели, по которым исследуется уровень состояния здоровья
учащихся

Показатель	Ответственное подразделение службы здоровья
Острая и хроническая заболеваемость	Медицинское
Физическое развитие	Медицинское, физической культуры
Физическая подготовленность	Физической культуры
Психологический статус	Психологическое
Уровень адаптационных возможностей учащихся	Образовательно-валеологическое, психологическое

Полученный материал вносится в базу данных (компьютерный вариант) состояния здоровья учащихся школы. По мере повторных обследований база

дополняется новыми данными, отражающими изменения показателей. Обработанные результаты, представляемые в табличной и графической формах, являются основанием для подготовки аналитических отчетов о состоянии здоровья учащихся и разработке коррекционных программ. Таким образом, в школе проводится мониторинг физического здоровья учащихся.

Уровень состояния здоровья учащихся оценивается методом анализа статистических данных физического развития школьников, распределения их по группам здоровья, медицинским группам для занятия физическим воспитанием, уровню травматизма, острой и хронической заболеваемости [137].

Данные констатирующего исследования, проведенного в МОУ СОШ №61 Новоуральска в расчете на 100 чел. за период 1998–2002 гг. таковы: количество учащихся, отнесенных к I группе здоровья сократилось на 8,9% (с 12,9 в 1998 г. до 4,0 в 2002 г.). Возросло число детей с III и IV группами здоровья, темп прироста¹ составил 1,9% (в 1998 г. – 29,2, в 2002 г. – 31,1) и 0,2% (0,4 в 1998 г. – 0,4, в 2002 г. – 0,6) соответственно.

Уменьшилось число учащихся с нормальным физическим развитием на 4,6% (с 92,5 в 1998 г. до 87,9 в 2002 г.). Возросло число детей с избытком и с дефицитом массы тела: темп прироста составил 1,2% (с 5,4 в 1998 г. до 6,6 в 2002 г.) и 3,4% (2,1 в 1998 г. и 5,5 в 2002 г.) соответственно.

Количество учащихся школы, отнесенных к основной медицинской группе для занятия физическим воспитанием за 5 лет, сократилось на 0,6% (с 92,5 в 1998 г. до 87,9 к 2003 г.). В подготовительной группе количество детей возросло на 6,8%. (с 11,2 в 1998 г. до 18,0 в 2002 г.). Численность специальной А группы увеличилась на 2,1% (с 4,3 в 1998 г. до 6,4 в 2002 г.).

В структуре острой заболеваемости ведущее место отводится ОРВИ и гриппу. К 2002 г. темп прироста данной заболеваемости составил 10,3% по сравнению с 1998 г. (520,5 случаев на 1000 чел. в 1998 г. и 540,2 в 2002 г.). От-

¹ Темп прироста (может быть положительным или отрицательным) – это отношение абсолютного прироста к предыдущему уровню, принятому за 100. Свидетельствует, на сколько процентов произошло изменение по уровню с прошлым годом (или периодом) (И. С. Случанко).

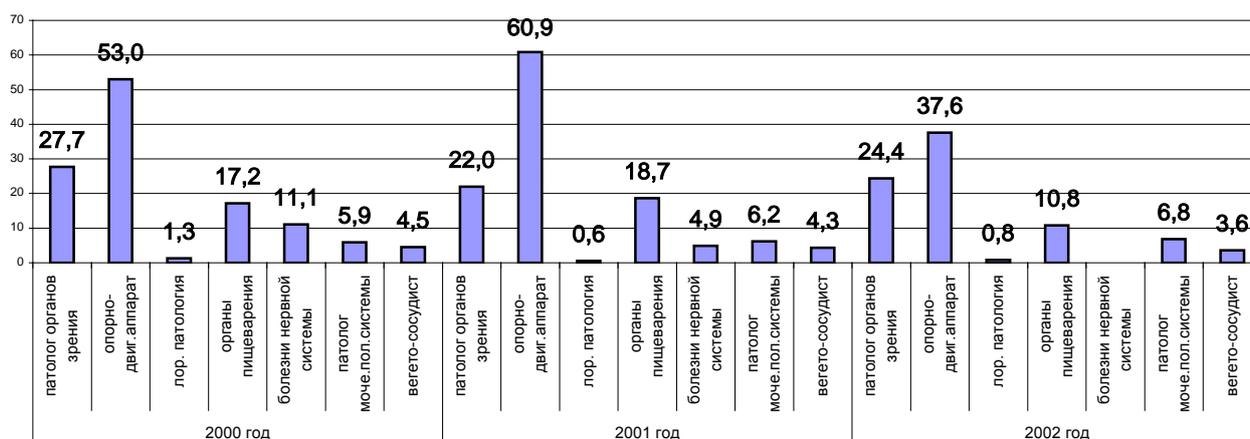
мечается некоторое снижение уровня травматизма (159,1 случай на 1000 чел. в 1998 г.; 158,1 в 2002 г.).

Не прекращается рост хронической патологии. МОУ СОШ №61 входит в число учебных заведений с наименьшим уровнем патологии желудочно-кишечного тракта, но наиболее высоким уровнем заболеваемости зрительного анализатора (табл. 6).

Таким образом, специалистами службы здоровья зафиксировано следующее: 1) сокращение по школе числа учащихся с нормальным физическим развитием и рост детей с дефицитом массы тела; 2) уменьшение количества школьников относящихся к I группе здоровья и соответственно увеличение учащихся со II, III, IV группой здоровья; 3) незначительное сокращение числа детей, отнесенных к основной медицинской группе для занятия физкультурой, рост численности специальной А группы; 4) рост острой (ОРВИ, грипп) и хронической патологии, в частности патологии зрения; 5) подъем уровня травматизма.

Табл. 6.

Данные по заболеваемости учащихся за период 2000-2002 гг.
(на 1000 чел.).



С начала деятельности службы здоровья (2001–2004) произошли изменения в структуре острой заболеваемости учащихся школы (табл. 7). Наблюдается заметное снижение общего числа простудных заболеваний на 4,1%. В сравне-

нии с 2001 г. на том же уровне остается заболеваемость гриппом и ОРВИ, пневмонией, отитом. Отмечается снижение заболеваемости ангиной на 1,8%, бронхитом на 0,8%. Рост общей заболеваемости наблюдается за счет острых кишечных инфекций и травматизма.

Таблица 7

Показатели острой заболеваемости учащихся за 2002–2004 гг., %

Заболевания	Годы			Темп прироста
	2002	2003	2004	
Грипп, ОРВИ	58,1	54,0	58,0	0,1
Пневмония	0,3	0,2	0,2	- 0,1
Ангина	5,6	3,6	3,8	- 1,8
Бронхит	1,8	0,6	1,0	- 0,8
Отит	2,7	1,7	2,7	0,0
прочие простудные	14,3	12,3	10,2	- 2,1
Всего	142,4	141,4	149,3	6,9

*В процентах на 100 чел.

Снижению простудных заболеваний способствовали применение по назначению врача ослабленными детьми и детьми группы ДЧБ профилактических препаратов и иммунокорректоров (гриппферол, рибомунил), а также массовая витаминизация учащихся через третье блюдо во время обеда. Кроме того, уделялось должное внимание соблюдению режимных моментов, закаливанию в условиях школы, обучению учащихся элементам профилактики простудных заболеваний и т.п.

Отметим, что состояние хронической патологии школьников практически не изменилось и оставалось на уровне 2002 г.

Рассмотрим показатели функционального состояния и адаптационных возможностей учащихся, поскольку успешность обучения в значительной степени обусловлена ими. Так, в последнее время изменения в содержании и технологии учебного процесса не всегда адекватны возможностям школьников. Существует потребность в оперативном определении функционального состояния и адаптационных возможностей.

Для решения данной задачи в школе проводится исследование психофизиологического состояния учащихся по методике РОФЭС (диагностика имеет лицензию Министерства здравоохранения России, удостоверение о внесении ее

в Государственный реестр медицинских изделий). На основании данных функционального состояния – суммы составляющих медико-клинического состояния организма и его психоэмоционального фона, определенной по пятибалльной шкале экспертных оценок, обозначенных как потенциал адаптации (от 0% до 100%), – учащиеся подразделяются на соответствующие группы.

Первая группа – дети, практически здоровые или имеющие незначительные функциональные отклонения. Они хорошо адаптировались к школе и успешно справляются с учебной нагрузкой. Все пять интегральных характеристик у них в норме: потенциал адаптации (АП) колеблется от 40,0% до 80,0%; оценка функционального состояния (ФС) – хорошая и отличная; вегетоэмоциональный тонус (ВЭТ) – средний и повышенный; психоэмоциональный статус (ПЭС) – уравновешенное состояние, соотношение симпатической и парасимпатической систем в равновесии. Учащиеся этой группы имеют высокий уровень работоспособности, центральная нервная система (ЦНС) – в норме.

Вторая группа – дети, имеющие функциональные отклонения или ослабленные после болезни. Интегральные характеристики несколько снижены ПА – от 30,0% до 45,0%, ФС – удовлетворительная и неудовлетворительная; ВЭТ – средний, ближе к пониженному и пониженный; ПЭС – уравновешенное состояние, соотношение симпатической и парасимпатической систем в равновесии. Учащиеся этой группы справляются с нагрузкой, но, имея функциональные отклонения в здоровье, отличаются некоторой неравномерностью адаптации. К концу первой четверти у них наблюдается снижение работоспособности, напряжение ЦНС или признаки астении, умственное утомление.

Третья группа (так называемая «группа риска дезадаптации») – дети, имеющие хронические заболевания и функциональные отклонения или болеющие. У них наблюдаются сильное эмоциональное напряжение, стрессовое или постстрессовое состояние, синдром астении. Интегральные характеристики низкие: ПА – от 10,0% до 25,0%, ФС – не удовлетворительное или требует восстановления, ВЭТ – пониженный. У детей этой группы резко снижена работо-

способность, они быстро устают, у некоторых это проявляется в выраженной агрессии, у других, наоборот, – в заторможенности.

На основании полученных данных проводится индивидуальная работа с родителями, учителям, корректируются психолого-педагогические подходы к организации воспитательных мероприятий, направленных на развитие личности, повышение эффективности учебной деятельности и установление социальных контактов. Обладая объективной информацией о состоянии здоровья учащихся, можно найти подход к каждому ученику и грамотно построить свою работу с ним.

Рассмотрим динамику степени адаптации учащихся начальной школы, с которыми проводилась целенаправленная работа по повышению степени адаптационных механизмов, за 2002/03 и 2003/04 уч. г. перешли на класс выше (табл. 8).

Учащиеся 1-го класса перешли во 2-й с уменьшенной первой группой адаптации на 2,5%, значительно сократилась «группа риска дезадаптации» – (на 11,1%), увеличилась численность второй группы на 13,6%. При сравнении этих данных с показателями 2-х классов в 2002/03 уч.г., очевидна позитивная динамика, в частности по численности «группы риска дезадаптации». Если рассмотреть данные учащихся группы риска 2-х классов в 2002/03 уч.г. составляющие 13,8%, то разница за 2003/04 уч.г. составит -4,9% в пользу учащихся 2-х классов.

Таблица 8

Динамика степени адаптации учащихся начальной школы

классы	2002/03 уч. г.			класс	2003/04 уч. г.					
	Первая группа %	Вторая группа %	Группа риска %		Первая группа %	Вторая группа %	Группа риска %	темп прироста	темп прироста	темп прироста
1	66,7	13,3	20,0	2	64,2	-2,5	26,9	13,6	8,9	-11,1
2А	60,0	30,0	10,0	3А	61,3	1,3	28,5	-1,5	10,2	0,2
2Б	58,8	23,5	17,6	3Б	60,0	1,2	25,5	2,0	14,5	-3,1
3А	50,0	33,3	16,6							
3Б	60,0	26,6	13,3							

Позитивная динамика наблюдается и при переходе учащихся 2-х классов в 3-й класс. Темп прироста по первой группе адаптации в среднем по классам составил 1,2%; по второй группе – 0,5%; по «группе риска дезадаптации» – 2,9%.

Специалисты службы здоровья анализируют самочувствие, психоэмоциональное состояние и степень утомляемости учащихся «группы риска дезадаптации» в течение учебной недели в I и III четвертях. Дети оценивают свое состояние и вносят данные в специально разработанную форму (рис. 7).

Урок (вписать название)	Самочувствие до урока	Самочувствие после урока	Твое поведение на уроке	Взаимоотношение с ребятами	Взаимоотношение с учителем	Твоя активность на уроке	Твое настроение на уроке	Твоя уверенность в своих силах и знаниях на уроке
1.								
2.								

Дата _____ класс _____
 учащийся _____

Оценка: + - хорошо
 0 - ни хорошо, ни плохо
 - - плохо

Рис. 7. Образец контрольной формы самооценки состояния здоровья учащихся.

Так, по самооценке учащихся 5-х классов за I четверть 2002/03 уч.г. большинство из них по всем перечисленным позициям начали учебную неделю «хорошо» – 71,87%; «ни хорошо, ни плохо» – 21,21%; «плохо» – 6,92%. В течение недели в целом наблюдались незначительные скачки и падения. К концу недели уровень показателей, оцененных «хорошо», повысился: «самочувствие до урока» – на 15%, «твое поведение на уроке» – на 8%, «твое настроение на уроке» – на 6%, однако понизился по следующим показателям: «самочувствие после урока» (на 5%), «взаимоотношение с ребятами» (на 10%), «взаимоотношение с учителем» (на 11%), «твоя активность на уроке» (на 5%). На прежнем уровне остался показатель «твоя уверенность в своих силах и знаниях на уроке» – 70%.

Если рассматривать показатели по дням недели, то напряженными являются:

- понедельник – «самочувствие до урока», «твое поведение на уроке», «твоя активность на уроке»;

- вторник – «самочувствие после урока», «твое настроение на уроке»;
- среда – резко понижается «самочувствие до урока», «твое поведение на уроке» и «взаимоотношение с ребятами»;
- пятница – резко падает «самочувствие после урока» и «твоя активность на уроке», «взаимоотношение с учителем».

Самочувствие учащихся в течение учебной недели можно оценить как «удовлетворительное». Тем не менее было обращено внимание на рациональность расписания учебных занятий с учетом сложности предметов и преобладания динамического или статического компонентов во время проведения занятий. На основании полученных данных корректировались учебное расписание и режим дня, проводилась работа с учителями по распределению нагрузок во время уроков.

Динамика показателей самооценки самочувствия, психоэмоционального состояния и степени утомляемости учащихся 5-х классов за I и IV четверть 2002/03 уч. г. следующая (табл. 9).

Таблица 9

Динамика самочувствия, психоэмоционального состояния и степени утомляемости учащихся 5-х классов за 2002/03 уч. г., %

Показатели	I четверть			IV четверть					
	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно	Хорошо	Темп прироста	Удовлетворительно	Темп прироста	Неудовлетворительно	Темп прироста
Самочувствие до урока	73,8	14,8	11,4	77,6	3,8	13,1	-1,7	9,3	-2,1
Самочувствие после урока	76,0	13,6	10,4	76,4	0,4	14,7	1,1	8,9	-1,5
Поведение на уроке	73,3	19,1	3,6	69,8	-3,5	24,0	4,9	6,2	2,6
Взаимоотношение со сверстниками	72,9	21,4	3,7	78,6	5,7	18,3	-3,1	3,1	0,6
Взаимоотношение с учителем	77,6	18,3	4,1	75,8	-1,8	19,8	1,5	4,4	0,3
Активность на уроке	68,5	26,3	5,2	66,2	-2,3	28,8	2,5	5,0	0,2
Настроение на уроке	67,2	23,2	9,6	71,4	4,2	20,7	2,5	7,9	-1,7

Уверенность в силах и знаниях на уроке	65,7	26,9	7,4	68,9	3,2	24,0	-2,9	7,1	-0,3
М (среднее)	71,8	21,2	7,0	73,1	1,3	20,4	-0,6	6,5	-0,3
Ошибка показателя	5,6	5,1	3,1	5,4		5,0		3,0	

За данный период увеличилось число учащихся с «хорошим» самочувствием в среднем по всем показателям на 1,3%; сократилось с «неудовлетворительным» на 0,3% и с «удовлетворительным» на 0,6%. Положительный темп прироста наблюдается по таким показателям, как «самочувствие до и после урока», «взаимоотношение со сверстниками», «настроение на уроке», «уверенность в своих силах и знаниях». Наиболее худшее положение с поведением на уроке и взаимоотношением с учителем. Результаты можно считать достоверными, поскольку во всех случаях показатели более чем в 2 и 3 раза превышают свою ошибку [137].

Изменение самочувствия, психоэмоционального состояния и степени утомляемости учащихся 9-х классов несколько иное. За 2002/03 уч.г. уменьшилось число детей с «хорошим» самочувствием по всем показателям в среднем на 1,3%. Компенсировало эту разницу возрастание числа «удовлетворительных» (на 2,5%) и сокращение «неудовлетворительных» (на 0,3%) показателей. Положительный темп прироста отмечается по следующим показателям: «самочувствие до урока», «настроение на уроке»; отрицательный - «поведение и активность на уроке», «уверенность в силах и знаниях».

В динамике показателей самооценки учащихся 11-х классов, тоже имеются свои особенности. За 2002/03 уч. г. увеличилось число подростков с «хорошим» самочувствием в среднем по всем показателям на 2,0%, сократилось с «неудовлетворительным» (на 1,2%) и с «удовлетворительным» (на 0,9%). Положительный темп прироста наблюдается по таким показателям как «настроение», «активность на уроке», «взаимоотношение с учителем»; отрицательный – по поведению на уроке.

В целом работа специалистов службы здоровья по стабилизации и улучшению самочувствия, психоэмоционального состояния и степени утомляемости учащихся оценена положительно (табл. 10).

Динамика самочувствия, психоэмоционального состояния и степени утомляемости учащихся с I по IV четверть 2002/03 уч. г., %

Параллель	Оценка самочувствия					
	Хорошо		Удовлетворительно		Неудовлетворительно	
	%	Темп прироста	%	Темп прироста	%	Темп прироста
5-е классы	73,1	1,3	20,4	-0,8	6,5	-0,5
9-е классы	69,8	-1,3	22,9	1,5	7,3	-0,2
11-е классы	72,9	1,9	20,8	-0,6	6,3	-1,3
М (среднее)	71,9	0,6	21,4	0,1	6,7	-0,6

Для оценки психоэмоционального состояния учащихся начальной школы применяется скорректированная методика «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН) (В. Доскин, А. Николаев) с использованием таблицы «масок эмоционального состояния» (рис.8).

Маска эмоционального состояния			
Символ	-	0	+
«С» самочувствие	Плохо себя чувствую	Нормально себя чувствую	Отлично!
«А» активность	Не хочу ничего делать	Готов учиться	Ура! Хочу заниматься, делать что-то интересное, узнавать новое на уроке
«Н» настроение	Плохое, огорчен, раздражен	Хорошее, нормальное, как обычно	Бодрое, прекрасное
Оценка в баллах	1	2	3

Рис. 8. Таблица «масок эмоционального состояния»

Интегральный коэффициент САН (Кэ САН) определяется на основе системы баллов:

$$Кэ = \frac{С + А + Н}{3}$$

Изменение Кэ САН до и после урока дает возможность исследовать динамику психоэмоционального состояния учащихся во время урока.

Исследование проводится в течение учебной недели от первого до последнего урока. Листок вкладывается в дневник учащегося, на его заполнение требуется 1–1,5 минуты.

Применение методики САН позволяет выявить те уроки, во время которых фиксируется «подъем» или «спад» значений параметров функционального состояния организма (в сравнении со средними показателями, принятыми в данной группе параметров). Полученные данные характеризуют характер влияния учебного процесса на здоровье учащихся при этом являются достаточно информативными, так как различия средних функциональных состояний учащихся, в соответствии с принадлежанием к группе здоровья, в учебном процессе являются статистически незначимыми. На основании полученных результатов формируется группы риска, подбирается коррекционно-оздоровительная программа, и осуществляется работа по профилактике отклонений психоэмоционального состояния здоровья учащихся.

Показатели САН учащихся 1-х классов за 2002/03 уч. г. улучшились в среднем на 0,7 балла до урока (1,7 в I четверти и 2,4 в III) и на 0,5 балла после (1,6 в I четверти и 2,1 в III). В 2003/04 уч. г. отмечалось улучшение показателей самочувствия детей в среднем на 0,3 балла до урока (2,1 в I четверти и 2,4 в III) и на 0,4 балла после (1,8 в I четверти и 2,2 в III) (табл. 11). При том, что динамика показателей у учащихся 2-х классов уступает показателям 2002/03 уч. г. следует учесть снижение ко 2-му классу практически всех показателей, характеризующих физическое развитие и физическую подготовленность учащихся (данные мониторинга физического здоровья). Следовательно, можно говорить о достигнутом успехе в сохранении психоэмоционального здоровья учащихся начальных классов.

Таблица 11

Динамика показателей САН учащихся с 1-го по 2-й классы

Время исследования	2002/03 уч. г.			2003/04 уч. г.		
	I	III	Средний	I	III	Средний
До урока	1,7	2,4	2,1	2,1	2,4	2,2

После урока	1,6	2,1	1,8	1,8	2,2	2,0
М (среднее)	1,6	2,2	1,9	1,9	2,3	2,1

Оценку физического развития и физической подготовленности учащихся осуществляют учителя физической культуры совместно с медицинскими работниками школы. Определяется общий уровень развития кондиционных физических качеств (сила, быстрота, выносливость, гибкость, скоростная сила) и уровень физического развития (рост, вес, окружность грудной клетки, динамометрия, ЖЕЛ) учащихся. Показатели заносятся в компьютерную базу данных и в «Паспорт физической подготовленности» [135].

Исследования проводятся дважды за учебный год: в I и IV четверти. Для оценивания физических качеств используется тестовая методика, предусмотренная основным программно-нормативным документом – Комплексной программой по физическому воспитанию в общеобразовательной школе. Физическая подготовленность определяется по результатам выполнения следующих контрольных упражнений (тестов): бег 30м/с. (быстрота); бег 1000м/с. (выносливость); наклон вперед, см (гибкость); прыжок в длину, см (скоростная сила); подтягивание у мальчиков, количество раз (сила); поднимание, опускание туловища у девочек, количество раз, для всех возрастов за 60 с (с 11 лет и старше) (сила).

По показателям тестов осуществляется оценка уровня физической подготовленности детей и подростков в процентном соотношении по шкале от 0 до 100% с учетом пола и возраста учащихся. С помощью компьютерной программы проводится обработка данных с выявлением средних результатов развития физических качеств. Высокие, средние и низкие показатели представляются в табличной и графической формах.

Согласно данным исследования, у учащихся в начале 2002/03 уч.г. на достаточно высоком уровне находились показатели развития быстроты (высокие результаты показали учащиеся почти всех классов) по сравнению с другими физическими качествами. Низкий процентный показатель гибкости (кроме учащихся 10-го класса – 66,0%) и скоростной силы у девочек всех параллелей.

Средние результаты выносливости выявлены у мальчиков 7, 9, 10, 11-х классов (31,0%), низкие в 3, 5, 8-х классах и очень низкие в 4-х классах. Получены средние и ниже среднего показатели развития силы у девочек, в отличие от мальчиков всех параллелей. Хорошо развита скоростная сила у мальчиков всех параллелей, но, к сожалению, эти показатели с возрастом ухудшаются (рис. 11).

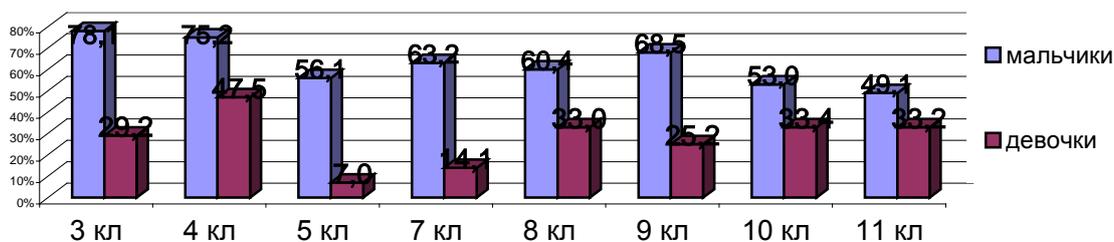


Рис. 11. Физическая подготовленность учащихся по показателю «скоростная сила» (данные за I четверть 2002/03 уч. г.)

Как видно, скоростная сила у учащихся старших классов заметно ниже, чем у учащихся начальной школы. Данные тестирования показывают, что большинство учащихся не выполняют нормативных требований. Лишь у нескольких учащихся отмечены высокие результаты.

В результате деятельности специалистов службы здоровья наблюдается следующая динамика уровня физической подготовленности учащихся школы (табл. 12).

Таблица 12

Средние показатели физической подготовленности учащихся

Показатель	Годы и темп прироста	Мальчики	Девочки
Быстрога	2003	65,1	63,3
	2004	78,3	72,1
	<i>Темп прироста</i>	<i>13,2</i>	<i>8,8</i>
Выносливость	2003	31,0	20,4
	2004	49,1	35,6

	<i>Темп прироста</i>	<i>18,1</i>	<i>15,2</i>
Скоростная сила	2003	63,2	28,1
	2004	55,4	31,7
	<i>Темп прироста</i>	<i>-7,8</i>	<i>3,6</i>
Гибкость	2003	13,2	29,4
	2004	9,2	41,1
	<i>Темп прироста</i>	<i>-4,0</i>	<i>11,7</i>
Сила	2003	14,5	43,3
	2004	27,3	36,1
	<i>Темп прироста</i>	<i>12,8</i>	<i>-7,2</i>

Отмечается все тот же низкий уровень физической подготовленности, но в целом по школе темп прироста по быстроте и гибкости составил 10,0%, выносливости – 15%, скоростной силе и силе – 3%. Так, например, улучшились показатели скоростной силы у юношей 9–11-го класса на 0,62м/с, выносливости на 3,31м/с, показатели силы у девушек возросли на 4,75 раз за 60 с. Обнаруженные изменения достигают уровня статистической значимости $p < 0,05$.

Одновременно с физической подготовленностью оценивалось физическое развитие детей и подростков. По динамике физического развития можно судить о влиянии физических упражнений на процессы роста, особенности телосложения и состояние функциональных систем организма детей и подростков.

Физическое развитие может быть оценено с помощью нескольких методов: антропометрических стандартов, антропометрических профилей, корреляции и индексов. Единого стандартного подхода к исследованию признаков и критериев оценки уровня и особенностей физического развития не существует.

В условиях школы при наличии соответствующего оборудования (не сложного в эксплуатации и вполне доступного для приобретения) целесообразно использовать метод индексов. Диагностические возможности метода индексов хотя и ограничены (в большинстве случаев выражают отношение лишь двух показателей и часто не конкретизированы в возрастном и половом отно-

шениях), однако для парциальной оценки какой-либо из сторон физического развития они пригодны.

В основе метода индексов лежит соотношение отдельных соматометрических показателей, выраженных математическими формулами. И хотя они недостаточно информативны, но просты и дешевы, а также неинвазивны (не связаны с проникновением инструментов в тело). С учащихся снимаются результативные показатели (такие как рост, вес, объем грудной клетки на выдохе, ЖЕЛ) и на их основании считаются индексные показатели. Совокупность показателей позволяет построить медико-биологический портрет и при наличии данных предыдущих обследований проследить динамику изменения состояния учащегося, принять решения по корректирующим воздействиям. В частности, при оценивании физического развития учащихся нами использовались следующие индексы:

- весоростовой показатель (индекс Кетле) – соотношение общей массы тела (кг) и роста (см);
- жизненный показатель – соотношение жизненной емкости легких (мл) и общей массы тела (г);
- показатель крепости телосложения (Пинье) – разница между ростом стоя и суммой массы и окружности грудной клетки на выдохе.

Результаты каждого ученика вводятся в компьютерную базу данных, сопоставляются и сравниваются с определенными заранее нормативами. Программное обеспечение базы данных позволяет автоматически формировать необходимые отчеты.

Статистический отчет об индексных показателях содержит средние арифметические величины высоких, средних и низких показателей физического развития и физической подготовленности учащихся и представляется в табличном виде.

В табл. 13 представлены показатели физического развития школьников в 2002/03 уч. г. Если сравнить эти данные с показателями возрастного стандарта, можно увидеть, что показатели учащихся школы средние и ниже среднего. Од-

нако есть и дети, у которых показатели высокие, но их единицы. По оценке некоторых показателей видно, что в результате жизнедеятельности и общего развития организма почти нет разницы в физическом развитии первоклассников и четвероклассников. Зато видно значительную разницу в показателях учащихся 1, 2 и 3-х классов.

Таблица 13

Средние показатели физического развития школьников
в 2002/03 уч. г., %

Класс	Мальчики		Девочки	
	Индекс Пинье	Жизненный индекс	Индекс Пинье	Жизненный индекс
1-й	40,5	6,7	46,8	6,5
2-й	30,4	5,1	42,1	5,7
3-й	46,1	6,3	43,7	5,7
4-й	48,0	6,2	47,4	6,2

Уровень физического развития второклассников намного ниже уровня первоклассников. Следовательно, необходимо обратить особое внимание процессам адаптации, постановке занятий физической культурой и ряду других проблем.

За время проведения исследовательской работы в школе возросло число учащихся отнесенных к I и II группам здоровья – темп прироста составил 4,7 и 4,4% соответственно. Значительно сократилось число детей с III группой здоровья (темп прироста составил –9,1%) и возросло число учащихся с нормальным физическим развитием (5,0%). Темп прироста числа учащихся отнесенных к основной медицинской группе для занятий физическим воспитанием составил 2,5%; сократилось число освобожденных от занятий физической культурой (–2,7%) (табл. 14).

Таблица 14

Показатели физического здоровья учащихся (на 100 чел.)

Год	Группа здоровья	Состояние физического здоровья	Медицинская группа для занятий физическим воспитанием
-----	-----------------	--------------------------------------	---

	I	II	III	IV	Нормальное	Дефицит массы	Избыток массы	Основная	Подготовительная	Специальная А	Освобождение
2000	5,5	59,1	34,8	0,6	81,5	9,0	9,5	77,5	15,0	4,8	2,7
2001	7,4	58,3	33,1	1,2	84,8	9,4	5,8	72,0	19,0	6,4	2,9
2002	4,0	64,3	31,1	0,6	87,9	6,6	5,5	74,0	18,0	6,4	1,7
2003	6,9	66,2	26,3	0,6	85,9	6,6	7,5	74,0	19,0	6,6	0,0
2004	10,2	63,5	25,7	0,6	86,5	4,4	9,1	80,0	16,0	4,5	0,0
Темп прироста	4,7	4,4	-9,1	0,0	5,0	-4,6	-0,4	2,5	1,0	0,3	-2,7

Таким образом, результатом совместной деятельности специалистов школьной службы здоровья по реализации валеологического сопровождения учебно-воспитательного процесса явились:

- устойчивая тенденция к повышению резистентности организма учащихся и, как следствие, сохранение на одном уровне заболеваемости ОРВИ, гриппом и другими острыми заболеваниями, а также заметное снижение общего числа простудных заболеваний;
- развитие и улучшение показателей основных физических качеств и здоровья школьников;
- повышение уровня адаптации и снижение степени утомляемости учащихся начальных классов и учащихся «группы риска дезадаптации» и ряд других показателей.

4.4. Исследование уровня валеологической компетенции субъектов здоровьесберегающей деятельности

Для выявления готовности субъектов образовательного процесса к здоровьесберегающей деятельности исследовался уровень мотивированности основных субъектов образовательного процесса и уровень здоровьесберегающей организации учебного процесса.

Среди учащихся 9, 10 и 11-х классов и педагогов школы в 2000 г. проведено анкетирование с целью определения объема знаний о здоровье и здоровом образе жизни, желаемого характера и содержания информации о здоровье и здоровом образе жизни, предпочтительных путей и способов ее получения. На часть вопросов респонденты дали более одного варианта ответов, поэтому сумма могла превышать 100%.

Уровень знаний респондентов о здоровье, факторах риска и основах здорового образа жизни достаточно высок. Однако на деле знания расходятся с действиями. Опрошенные в основном ведут пассивный образ жизни: свое свободное время подростки проводят у телевизоров (46%) и компьютеров (38%), слушают музыку (57%), спортом и физической культурой занимаются лишь 33%, посещают дискотеки 28%. Достаточно легко они совершают действия (поступки), которые важны и приятны, но наносят вред здоровью (54%). Почти половина юношей (50%) и девушек (40%) считают, что физически развиваются нормально, и поэтому не особенно заботятся о своем физическом состоянии, их гораздо более интересуют другие проблемы или на это им не хватает времени (25%). Исследование показало недостаточную мотивацию учащихся к оздоровлению образа жизни. О намерении повысить свою информированность о сохранении и укреплении здоровья высказались лишь 17% опрошенных подростков; 38% не считают необходимым проведение в школе специальных занятий по здоровому образу жизни.

Знания о здоровье и здоровом образе жизни подростки получают от родителей (56%), в беседах с медицинскими работниками (43%), на уроках физической культуры (41%), из популярной литературы, передач по радио и телевидению (37%), лекции и бесед в школе (26%), от друзей (21%). Такими знаниями не обладают лишь 3%.

У педагогов также понимание неблагополучия своего здоровья не сопровождается активной деятельностью по его сохранению и укреплению, но их мотивация высока. Они видят необходимость повышения своей профессиональной компетенции в дополнительной информации от специалистов по пси-

хосоматическим особенностям развития детей, валеопедагогическим технологиям и ряду других вопросов (88%). Из форм повышения квалификации педагогов в области здоровья и здорового образа жизни основная часть опрошенных отдала предпочтение чтению тематических лекций с приглашением специалистов в школу (67%), а также однодневным семинарам (58%).

Ряд других позиций (утомляемость школьников, вопросы питания, режим дня и т. д.) мы не будем рассматривать, заметим лишь, что они учитывались при коррекции и планировании дальнейшей работы по охране здоровья в учреждении.

Проведенное исследование показало необходимость:

1) валеологического просвещения субъектов образовательного процесса, затрагивающего все аспекты жизнедеятельности, а также составляющие профессиональной компетенции педагога;

2) повышения уровня мотивированности учащихся;

3) поиска новых форм повышения валеологической грамотности учащихся.

На основе полученных данных была разработана программа просвещения учащихся и педагогов в вопросах здорового образа жизни.

В целях повышения валеологической грамотности и мотивированности участников образовательного процесса педагогическим коллективом был сделан акцент на игру, использование принципов игротерапии. Как следствие, одной из основных форм валеологической работы в школе стала общешкольная игра «ЗИТ», которая вобрала в себя ранее сложившиеся традиции школьной жизни, такие как общешкольные линейки, творческие дела школы, сотворчество детей, родителей и учителей, методическая учеба классных руководителей, работа с семьей, интеграция учебного и внеучебного процесса, объединение учащихся старших и младших классов одной идеей и ряд других.

В игре принимают участие все классы с 1 по 11-й. Она имеет три тура, соответствующих учебным четвертям: «Здоровье», «Интеллект», «Творчество».

Туры содержат по 2–3 основных конкурса и дополнительные творческие мероприятия. Обязательным условием является то, что все основные конкурсы, отражая тематику тура, содержат элементы двух других туров. Так, например, в 2002 г. основными конкурсами тура «Здоровье» были: спортивные состязания, конкурс «Слабо», литературный конкурс на спортивную тему. В задачи тура входило: 1) привлечение учащихся к здоровому образу жизни; 2) создание условий для повышения мотивации к здоровому образу жизни; 3) гуманизация учебно-воспитательного процесса; 4) воспитание основ духовного и нравственного здоровья.

Проводимые конкурсы оцениваются в баллах компетентным жюри по определенным критериям. Баллы накапливаются в течение четверти, затем складываются за все три тура. Кроме этого, каждый класс имеет возможность проводить любые творческие мероприятия по собственной инициативе как в школе, так и за её пределами. Все это фиксируется в «Творческой книжке» класса и по окончании тура оценивается жюри, баллы прибавляются к общему итогу. Итоги учёбы по четвертям так же переводятся в баллы.

По окончании игры проводится анкетирование учащихся, родителей, классных руководителей с целью выявления отношения к игре, степени ее удачности. Так, при проведении игры в 2002/03 уч. г. получены следующие данные: 60% участников проявили творческие способности, 61% коммуникативные, 26% респондентов осознали необходимость в занятиях спортом; 33% расширили свой кругозор интересными знаниями, в том числе в вопросах здоровья и ЗОЖ; 20% лучше узнали своих одноклассников, 16% подружились с ребятами; обнаружили у себя сценические способности 20%; более уютную обстановку в классе отметили 15% участников.

По результатам анкетирования, собеседования с учащимися старших классов, наблюдений на уроках выявлено изменение отношения детей к своему здоровью. Так, 58% школьников стали задумываться о последствиях своих действий по отношению к своему здоровью; 4% детей заявили, что бросили ку-

рять; 79% учащихся используют полученные в школе знания о здоровье, здоровом образе жизни.

Произошли изменения во взаимоотношениях ребят: 37% учащихся и 87% классных руководителей отметили, что класс стал дружнее; 18% указали на то, что родители стали чаще оказывать помощь детям. Родители же заметили, что ребята стали более активными (13%), доброжелательными (34%) и более собранными (19%).

Игра стала для учащихся событием интересным (58%), запоминаемым (43%), ярким (37%). На вопрос о том, стоит ли продолжать игру на следующий год, 61% респондентов ответили положительно.

По значимости туры распределились следующим образом: 60,6% – здоровье, 41,5 – творчество, 50,1% – интеллект. Педагоги оценили по десятибалльной шкале соответствие конкурсных заданий целям туров. Так, в 2002 г. за I тур «Здоровье» – 8,8 баллов, за II тур «Интеллект» – 8,9 баллов, за III тур «Творчество» – 8,8 баллов. Общий уровень игры оценен в 8,8 баллов.

В последующий учебный год дополнительные баллы начислялись классам с наименьшим числом пропусков занятий по простудным болезням, с наилучшими результатами тестирования по физической культуре, за лучшее ведение странички здоровья в дневнике и паспорта физической подготовленности.

Таким образом, общешкольная игра внесла разнообразие, дух соревнований в жизнь школы, активизировала деятельность учащихся и их родителей, педагогов, нацелила на творчество, самопознание, саморазвитие.

Вне рамок игры в школе регулярно проводятся классные часы с приглашением медицинских и социальных работников городских служб, посвященные основам здорового образа жизни; готовятся по этой тематике рефераты, читаются выступления по радио; ежегодно организуются конкурсы сочинений и плакатов о профилактике вредных привычек и основам здорового образа жизни. В школе создан стенд «Страницы здоровья», где регулярно вывешивается интересная информация о здоровье. В школе практикуются интегрированные с валеологией уроки. Традиционными являются школьные спартакиады с

1-го по 11-й классы, основной целью которых является привлечение учащихся к систематическим занятиям физической культурой. таким же образом решаются задачи приобщения учащихся к ЗОЖ, гармонизации единства организма и среды (биологической и социальной).

Все, что относится к образовательному учреждению: характер обучения и воспитания, уровень педагогической культуры учителей, содержание образовательных программ, условия проведения учебного процесса и т. д., имеет непосредственное отношение к проблеме здоровья школьников, в связи с чем в рамках деятельности службы здоровья был осуществлен анализ уровня состояния здоровьесберегающей организации учебного процесса.

Большинство позиций, по которым традиционно оценивается ведение уроков, касаются сугубо педагогических критериев. Однако почти каждый из этих критериев имеет связь с вопросами здоровья. В задачи нашего исследования входило изучение гигиенических условий и здоровьесберегающей организации учебного процесса, создания учителем психологического климата на уроке.

Анализ учебных занятий позволил выявить проблемы в работе педагогов по использованию здоровьесберегающих технологий в своей деятельности. Так, результаты исследования, проведенного в 2001/02 уч. г., показали низкий уровень гигиенической организации урока, несоблюдение гигиенических требований по ряду регламентированных позиций, таких как плотность уроков, наличие, место, содержание и длительность физкультминуток и т. д. Эти отрицательные стороны здоровьесберегающей организации учебного процесса послужили основанием для разработки программы валеологического просвещения педагогов школы.

Отметим, что оценка здоровьесберегающей организации учебного процесса регулярно проводится группой экспертов из числа руководителей подразделений службы здоровья, администрации учебного заведения, методистов системы здравоохранения. Баллы распределяются следующим образом: 5 баллов – отлично; 4 – хорошо; 3 – удовлетворительно; 2 – неудовлетворительно. Для

объективности результатов оценки одного урока осуществляют два эксперта, данные заносятся в специальную форму и оглашаются на совете службы здоровья, педагогическом совете школы.

Результатом создания организационно-педагогических условий здоровьесберегающей деятельности стало повышение валеологической компетентности педагогов учебного заведения, проявляющееся в грамотном применении здоровьесберегающих технологий в профессиональной деятельности и здоровьесберегающей организации учебного процесса (с 2001/02 уч. г. по 2002/03 уч. г. показатели улучшились на 1,1 балла) (табл. 15).

Таблица 15

Динамика показателей уровня здоровьесберегающей организации учебно-воспитательного процесса, в баллах

Показатели	2002 г.	2003 г.	Прирост
Обстановка и гигиенические условия в классе	2,1	3,9	1,8
Количество видов учебной деятельности	5,0	5,0	0
Средняя продолжительность и частота чередования различных видов учебной деятельности	5,0	5,0	0
Количество видов преподавания	3,1	4,1	1,0
Чередование видов преподавания	4,2	5,3	1,1
Использование методов активизации инициативы и творческого самовыражения	4,0	4,3	0,3
Наблюдение за посадкой учащихся	2,0	4,1	2,1
Чередование позы учащихся в соответствии с видом работы	2,1	3,2	1,1
Использование оздоровительных моментов на уроке, их продолжительность	1,0	4,1	3,1
Психологический климат на уроке	3,2	4,1	0,9
Наличие в содержательной части урока вопросов, связанных со здоровьем и ЗОЖ	2,0	4,0	2,0
Наличие на уроке эмоциональных разрядок	3,0	4,2	1,2
Плотность урока	2,0	3,0	1,0
Момент наступления утомления учащихся	4,0	4,0	0
Темп окончания урока	2,0	2,9	0,9
М (среднее)	2,9	4,1	1,1
Ошибка показателя	0,2	0,1	–

Таким образом, совместные действия специалистов школьной службы здоровья способствовали:

- повышению валеологической компетентности педагогов школы, проявившееся в профессиональной грамотности применения здоровьесберегающих технологий, здоровьесберегающей организации учебного процесса;

- нахождению и успешному использованию новой формы повышения валеологической грамотности субъектов образовательного процесса – обще-школьной игры «ЗИТ», внесшей разнообразие и соревновательный дух в жизнь школы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Решение задач охраны здоровья детей и подростков в учебных заведениях предполагает неперенное взаимодействие педагогов, психологов, медицинских и социальных работников учреждения в совместной здоровьесберегающей деятельности, которое обеспечивает служба здоровья или медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса.

Анализ накопленного научного знания и результатов практической деятельности в области валеологической работы позволил выявить противоречие между необходимостью более эффективного осуществления здоровьесбережения в учебных заведениях и недостаточной разработанностью организационно-педагогических условий обеспечения данного процесса.

В ходе исследования осуществлено следующее:

- выявлен и обоснован комплекс организационно-педагогических условий здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении;
- выделены основные направления здоровьесберегающей деятельности исходя из специфики здоровьесбережения, возможностей и особенностей функционирования образовательного учреждения: физическое воспитание, медицинское, образовательно-валеологическое, психологическое, информационное сопровождение;
- разработана структурно-функциональная модель службы здоровья или медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса со структурными подразделениями (физической культуры, образовательно-валеологическое, медицинское, психологическое, обработки информации);
- определены основные функции деятельности службы, ее подразделений и конкретных исполнителей (диагностико-прогностическая, коррекционная, профилактическая, образовательно-просветительская, научного и информационного обеспечения);
- разработан комплект нормативной документации, регламентирующий деятельность подразделений и отдельных исполнителей службы;

- установлен порядок взаимодействия руководителей подразделений службы с целью согласования педагогических и управленческих действий в совместной здоровьесберегающей деятельности, создана управленческая команда службы;

- определено содержание валеологического сопровождения учебно-воспитательного процесса в соответствии с основными направлениями здоровьесберегающей деятельности, которое включает анализ и дифференциацию образовательных маршрутов учащихся с учетом показателей успешности обучения, результатов диагностики, прогнозирования и коррекции функционального состояния детей и подростков, а также их степени адаптации, работоспособности и здоровья;

- выделены объективные критерии оценки эффективности здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении: интегральные управленческие критерии эффективности здоровьесберегающей деятельности; критерии эффективности взаимодействия основных субъектов здоровьесберегающей деятельности; критерии эффективности валеологического сопровождения учебно-воспитательного процесса.

Опытнo-поисковая проверка показала эффективность созданных организационно-педагогических условий здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении. Так, по ряду показателей работы службы здоровья и ее подразделений, можно говорить об эффективности управления здоровьесберегающей деятельностью образовательного учреждения (системность и упорядоченность организации деятельности; активность и продуктивность деятельности; оперативность и четкость работы).

Исследование уровня согласованности и сплоченности управленческой команды руководителей подразделений службы здоровья выявило низкий уровень интегрированности, взаимодействия и взаимопомощи специалистов школы, задействованных в работе по охране здоровья учащихся. На этом основании проведена поэтапная работа по формированию и организации управленческой команды руководителей подразделений службы здоровья. Четкое распределе-

ние функций и специальная деятельность по согласованности в избрании позиций позволили создать сплоченную команду руководителей подразделений. Управленческой команде удалось согласовать стратегию развития службы здоровья; уточнить тактические, текущие действия; совместно обсуждать различные проблемы; распределять текущие операции в рамках общей организации работы по охране здоровья. Согласованная работа обеспечила качественное преобразование здоровьесберегающей деятельности учебного заведения, достижение ее успешности.

Констатирующее исследование обозначило круг основных перспективных задач валеологического сопровождения учебно-воспитательного процесса специалистами службы здоровья: повышение резистентности организма, предупреждение простудных заболеваний учащихся; повышение и сохранение на достаточном уровне физического развития, физической подготовленности учащихся; повышение уровня адаптации и снижение степени утомляемости учащихся начальных классов и учащихся «группы риска дезадаптации»; повышение и поддержание мотивации учащихся на здоровый образ жизни; повышение валеологической компетентности педагогов.

Результатом совместной деятельности специалистов службы здоровья стали:

- повышение резистентности организма учащихся и, как следствие, сохранение на одном уровне заболеваемости ОРВИ, гриппом и ряда других острых заболеваний, а также заметное снижение общего числа простудных заболеваний;
- на фоне существующего низкого физического развития и физической подготовленности учащихся развитие и улучшение показателей основных физических качеств школьников;
- повышение уровня адаптации и снижение степени утомляемости учащихся начальных классов и учащихся «группы риска дезадаптации»;

- сохранение психоэмоционального здоровья учащихся начальных классов и повышение его уровня, в частности при переходе с первого класса во второй;

- нахождение и успешное использование новой формы повышения валеологической грамотности участников образовательного процесса – общешкольной игры «ЗИТ», внесшей разнообразие и дух соревнований в жизнь школы;

- повышение валеологической компетентности педагогов, проявляющееся в грамотном применении здоровьесберегающих технологий в профессиональной деятельности, здоровьесберегающей организации учебного процесса.

Данное исследование, безусловно, не решает всех проблем, касающихся обеспечения здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении, но доказывает необходимость соблюдения организационно-педагогических условий, повышающих ее результативность. В дальнейшем исследование целесообразно осуществлять в таком направлении, как преимущество здоровьесбережения в школьном образовании и в деятельности дошкольных, средних специальных и высших учебных заведений.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Агеев В. С.* Межгрупповое взаимодействие: социально-психологические проблемы [Текст] / В. С. Агеев. М., 1990. 240 с.
2. *Амосов Н. М.* Раздумья о здоровье [Текст] / Н. М. Амосов. М., 1979. 192 с.
3. *Антропова М. В.* Факторы риска и состояния здоровья учащихся [Текст] / М. В. Антропова, Г. Г. Манке, Т. В. Бородкина // *Здравоохранение РФ.* 1997. № 4. С. 29–33.
4. *Апанасенко Г. Л.* Экспресс-скрининг уровня соматического здоровья детей и подростков [Текст] / Г. Л. Апанасенко // *Эволюция биоэнергетики и здоровья человека.* СПб., 1992. С. 107–121.
5. *Аронов А. М.* Научно-образовательный и производственный валеологический комплекс «КОСИОР» [Текст] / А. М. Аронов, Г. Н. Светличная [и др.] // *Здоровье и образование: Материалы Междунар. конгресса валеологов и III Всерос. науч.-практ. конф. «Пед. пробл. валеологии».* СПб., 1999. С. 23–24.
6. *Аршавский И. А.* Физиологические механизмы закономерностей индивидуального развития [Текст] / И. А. Аршавский. М., 1982. 269 с.
7. *Бабин И. И.* Учет критериев здоровья как важнейшее условие при отборе и конструировании содержания валеологического образования [Текст] / И. И. Бабин, В. С. Грушко, С. А. Мехоношин // *Здоровье и образование: Материалы Междунар. конгресса валеологов и III Всерос. науч.-практ. конф. «Пед. пробл. валеологии».* СПб., 1999. С. 9–12.
8. *Баевский Р. М.* Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии [Текст] / Р. М. Баевский. М., 1979. 295 с.
9. *Баранчукова Г. А.* Здоровье и школа: Все решает капитал. Человеческий... [Текст] / Г. А. Баранчукова, И. Г. Локосова // *Здоровье и образование: Материалы II Междунар. конгресса валеологов и IV Всерос. конф. «Пед. пробл. валеологии».* СПб., 2000. С. 110–112.
10. *Белов В.* Понятие нормы как центральной парадигмы здоровья [Текст] / В. Белов, В. Гриценко, А. Котова // *Здоровье: сущность, диагностика и*

оздоровительные стратегии: материалы I Междунар. науч. конф. Радом, 2001. С.78–81.

11. *Бим-Бад Б. М.* Педагогическая антропология [Текст]: курс лекций / Б. М. Бим-Бад. М., 2002. 205 с.

12. *Блинова Н. Г.* Содержание деятельности валеологической службы в системе непрерывного образования [Текст] / Н. Г. Блинова, Л. Г. Субботина // Здоровье и образование: материалы Междунар. конгресса валеологов и III Всерос. науч.-практ. конф. «Пед. пробл. валеологии». СПб., 1999. С. 36–38.

13. *Брехман И. И.* Введение в валеологию – науку о здоровье [Текст] / И. И. Брехман. Л., 1987. 125 с.

14. *Бузунов В. П.* Педагогическая валеология [Текст] / В. П. Бузунов М., 2001. 143 с.

15. *Булич Э. Г.* Здоровье человека: Биологическая основа жизнедеятельности и двигательная активность в ее стимуляции [Текст] / Э. Г. Булич, И. В. Муравов. Киев, 2003. 424 с.

16. *Бухвалов В. А.* Педагогическая экспертиза школы [Текст] / В. А. Бухвалов, Я. Г. Плинер. М., 2000. 160 с.

17. *Вайнер Э. Н.* Основные направления деятельности государства в обеспечении здоровья человека [Текст] / Э. Н. Вайнер, О. Ю. Грезнева, Е. Е. Насонова // Здоровье и образование: материалы Междунар. конгресса валеологов и III Всерос. науч.-практ. конф. «Пед. пробл. валеологии». СПб., 1999. С. 45–46.

18. *Валеопедагогические* аспекты здоровьесбережения в образовательных учреждениях: состояние, проблемы, перспективы: материалы I регион. науч.-практ. конф. Екатеринбург, 2002. 192 с.

19. *Валеопедагогические* аспекты здоровьесформирования в образовательных учреждениях: состояние, проблемы, перспективы: материалы II Рос. науч.-практ. конф. Екатеринбург, 2004. 236 с.

20. *Васильева Н. В.* Организационно-педагогические условия сохранения здоровья учащихся при обучении в средней общеобразовательной школе [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Н. В. Васильева. СПб., 2004. 22 с.
21. *Васильев С. В.* Формирование валеологической культуры профессионально-педагогической деятельности работников детских образовательных учреждений [Текст]: дис. ... канд. пед. наук / С. В. Васильев. СПб., 1999. 162 с.
22. *Вебер М.* Избранные произведения [Текст] / М. Вебер. М., 1984. 362 с.
23. *Вершинина Л. М.* Формирование управленческой команды как условие продуктивной деятельности гимназии [Текст]: дис. ... канд. пед. наук / Л. М. Вершинина. СПб., 2001. 146 с.
24. *Внутришкольное* управление: вопросы теории и практики [Текст] / под ред. Т. И. Шаповой. М., 1991. 92 с.
25. *Внутришкольное* управление: теория и опыт педагогических и управленческих инноваций [Текст] / под ред. Н. В. Горбуновой. М., 1995. 112 с.
26. *Вопросы* школьной гигиены [Текст] / под ред. М. В. Антроповой. М., 1967. 215 с.
27. *Гигиена* детей и подростков [Текст] / под ред. В. Н. Кардашенко. М., 1988. 356 с.
28. *Гигиена* детей и подростков [Текст] / под ред. Г. Н. Сердюковской. М., 1989. 320 с.
29. *Гигиеническая* оценка обучения учащихся в современной школе [Текст] / под ред. Г. Н. Сердюковской, С. М. Громбаха. М., 1975. 184 с.
30. *Гигиеническая* оценка условий обучения школьников [Текст] / сост. Н. В. Анисимова, Е. А. Каралашвили. М., 2002. 48 с.
31. *Голиков Н. А.* Школа здоровья [Текст] / Н. А. Голиков. Тюмень, 2000. 248 с.
32. *Голубев К. И.* История менеджмента: тенденция гуманизации [Текст] / К. И. Голубев. СПб., 2003. 221 с.

33. *Долинская Ю. Г.* Личность учителя и валеологическое воспитание [Текст] / Ю. Г. Долинская, Г. Д. Долинский // Здоровье и образование: материалы II Междунар. конгресса валеологов и IV Всерос. конф. «Пед. пробл. валеологии». СПб., 2000. С. 40–41.
34. *Друкер П. Ф.* Энциклопедия менеджмента: пер. с англ. [Текст] / П. Ф. Друкер. М., 2004. 421 с.
35. *Ершов В. Ю.* Организация валеологического мониторинга в общеобразовательной школе [Текст] / В. Ю. Ершов, Е. В. Новоселова // Здоровье человека: материалы III Междунар. конгресса валеологов. СПб., 2002. С. 83.
36. *Жукова Т. В.* Гигиенические вопросы оценки уровня здоровья [Текст] / Т. В. Жукова, Л. А. Медведева, И. В. Власов // Здоровье и образование. Педагогические проблемы валеологии: материалы II Всерос. (с междунар. участием) науч.-практ. конф. СПб., 1997. С. 72–73.
37. *Журавлев А. Л.* Роль личности руководителя в организации совместной деятельности коллектива [Текст] / А. Л. Журавлев // Совместная деятельность. М., 1988. С.122–138.
38. *Журавлев А. Л.* Совместная деятельность как объект социально-психологического исследования [Текст] / А. Л. Журавлев // Совместная деятельность. М., 1988. С. 37.
39. *Журавлев А. Л.* Социально-психологические проблемы управления [Текст] / А. Л. Журавлев // Прикладные проблемы социальной психологии. М., 1983. С.179–189.
40. *Зайцев Г. К.* Валеолого-педагогические основы обеспечения здоровья человека в системе образования [Текст]: автореф. дис. ... д-ра пед. наук / Г. К. Зайцев. СПб., 1998. 48 с.
41. *Зайцев Г. К.* Педагогика здоровья. Образовательные программы по акмеологии [Текст] / Г. К. Зайцев, В. В. Колбанов, М. Г. Колесникова. СПб., 1994. 78 с.

42. *Законодательные акты и нормативные документы* [Электронный ресурс] // Официальный сайт Министерства здравоохранения Свердловской области. Режим доступа: <http://minzdravso.ru>

43. *Захаревич Н. Б.* Валеологические основы стратегии педагогической деятельности [Текст]: дис. ... канд. пед. наук / Н. Б. Захаревич. СПб., 1998. 125 с.

44. *Зверева В. И.* Самоаттестация школы [Текст] / В. И. Зверева. М., 1999. 160 с.

45. *Звягина В. В.* Валеологический подход в образовании [Текст]: метод. пособие для реализации учеб. пед. практики по валеологии / В. В. Звягина. Тюмень, 1999. 16 с.

46. *Здоровье и образование: материалы Междунар. конгресса валеологов и III Всерос. науч.-практ. конф. «Пед. пробл. валеологии»* [Текст] / под ред. В. В. Колбанова. СПб., 1999. 250 с.

47. *Здоровье и образование: материалы II Междунар. конгресса валеологов и IV Всерос. науч.-практ. конф. «Пед. пробл. валеологии»* [Текст] / под ред. В. В. Колбанова. СПб., 2000. 226 с.

48. *Здоровье, развитие, личность* [Текст] / под ред. Г. Н. Сердюковой, Д. Н. Крылова, У. Кляйнпетер. М., 1990. 360 с.

49. *Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения* [Текст]: метод. рекомендации / под ред. М. М. Безруких, В. Д. Сонькина. М., 2002. 87 с.

50. *Здоровье человека: материалы III Междунар. конгресса валеологов* [Текст] / под ред. В. В. Колбанова. СПб., 2002. 350 с.

51. *Зими́на Е. Ю.* Развитие управленческой концепции педагогов профессиональной школы [Текст]: дис. ... канд. пед. наук / Е. Ю. Зими́на. Екатеринбург, 2004. 147 с.

52. *Зубова Л. А.* Школа формирования здоровья [Текст] / Л. А. Зубова // Валеопедагогические аспекты здоровьесбережения в образовательных учреж-

дениях: состояние, проблемы, перспективы: материалы I регион. науч.-практ. конф. Екатеринбург, 2002. С. 6–9.

53. *Ильенко Л. П.* Программа развития школы: структура, содержание, перспективное планирование работы [Текст] / Л.П. Ильенко. М., 2001. 128 с.

54. *Ильина И. В.* Становление валеологической культуры личности в процессе высшего профессионального образования [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук / И. В. Ильина. Липецк, 2000. 22 с.

55. *Казин Э. М.* Валеологические подходы к формированию целостного адаптационно-реабилитационного пространства в общеобразовательной школе [Текст] / Э. М. Казин, Е. Д. Свиридова, Н. А. Заруба, О. А. Никифорова // Здоровье и образование: материалы Междунар. конгресса валеологов и III Всерос. науч.-практ. конф. «Пед. пробл. валеологии». СПб., 1999. С. 83–84.

56. *Казин Э. М.* Основы индивидуального здоровья человека [Текст] / Э. М. Казин, Н. Г. Блинова, Н. А. Литвинова. М., 2000. 190 с.

57. *Казин Э. М.* Центры научных основ здоровья и развития [Текст] / Э. М. Казин, Т. С. Панина, Г. А. Кураев. Кемерово, 1993. 128 с.

58. *Казначеев В. П.* Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения [Текст] / В. П. Казначеев, Р. М. Баевский, А. П. Берсенева. Л., 1980. 226 с.

59. *Казначеев В. П.* Методологические и организационные подходы к проблеме валеологического образования и воспитания [Текст] / Э. М. Казин, Г. А. Кураев, Т. С. Панина. Кемерово, 1997. 109 с.

60. *Казначеев В. П.* Основы общей валеологии [Текст]: учеб. пособие / В. П. Казначеев. М., 1997. 264 с.

61. *Карибьянц Л. В.* Педагогические условия управления персоналом в современных организациях [Текст]: дисс. ... канд. пед. наук / Л. В. Карибьянц. СПб., 2003. 191 с.

62. *Качан Л. Г.* Проблемы педагогической валеологии и ее взаимосвязь с содержанием общего образования [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Л. Г. Качан. Кемерово, 1998. 22 с.

63. *Ким С. В.* Валеологическое обеспечение гимназического образования [Текст]: дисс. ... канд. пед. наук / С. В. Ким. СПб., 2001. 126 с.
64. *Кириллова М. Ю.* Валеологическое сопровождение учебного процесса как средство формирования готовности младших школьников к обучению в основной школе [Текст]: дисс. ... канд. пед. наук / М. Ю. Кириллова. СПб., 2000. 189 с.
65. *Ковалько В. И.* Здоровьесберегающие технологии в начальной школе [Текст] / В. И. Ковалько. М., 2004. 296 с.
66. *Колбанов В. В.* Валеологическая служба образовательной системы Санкт-Петербурга [Текст] / В. В. Колбанов // Состояние и перспективы валеологической службы образовательной системы Санкт-Петербурга: материалы науч.-практ. семина. СПб., 2000. С. 3–9.
67. *Колбанов В. В.* Петербургская школа здоровья [Текст] / В. В. Колбанов // Пути становления петербургской школы здоровья: Из опыта организации валеологической службы в образовательных учреждениях Петербурга. СПб., 1996. С. 6–8.
68. *Колбанов В. В.* Перспективы развития валеологии в России [Текст] / В. В. Колбанов // Проблемы педагогической валеологии. СПб., 1994. С. 5–6.
69. *Колбанов В. В.* Социальные детерминанты здоровья и образа жизни [Текст] / В. В. Колбанов // Здоровье: сущность, диагностика и оздоровительные стратегии: материалы I Междунар. науч. конф. Радом, 2001. С. 25–30.
70. *Колесникова М. Г.* Анализ направлений валеологической работы в образовательных учреждениях Санкт-Петербурга [Текст] / М. Г. Колесникова // Состояние и перспективы валеологической службы образовательной системы Санкт-Петербурга: материалы науч.-практ. семина. СПб., 2000. 60 с.
71. *Конаржевский Ю. А.* Менеджмент и внутришкольное управление [Текст] / Ю. А. Конаржевский. М., 1999. 224 с.
72. *Концептуальные и нормативные основания обеспечения здоровья детей и подростков в образовательных учреждениях* [Текст] / автор-сост. В. В. Колбанов. СПб., 2003. 124 с.

73. *Коротаева Л. А.* Организация системы валеологической службы в школе как условие формирования физически и духовно здоровой личности [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Л. А. Коротаева. Казань, 1997. 22 с.
74. *Кочеткова М. Т.* Валеологическое сопровождение учебного процесса в школе [Текст] / М. Т. Кочеткова, А. Г. Филлипова // Здоровье человека: материалы III Междунар. конгресса валеологов. СПб., 2002. С. 112–113.
75. *Кремкова Е. В.* Организация валеологической службы [Текст] / Е. В. Кремкова // Здоровье и образование: материалы II Междунар. конгресса валеологов и IV Всерос. науч.-практ. конф. «Пед. пробл. валеологии». СПб., 2000. С. 148–150.
76. *Кричевский В. Ю.* Управление школьным коллективом [Текст] / В. Ю. Кричевский. Л., 1985. 48 с.
77. *Кричевский Р. Л.* Если Вы руководитель... Элементы психологии менеджмента в повседневной работе [Текст] / Р. Л. Кричевский. М., 2000. 352 с.
78. *Куинджи Н. Н.* Валеология: Пути формирования здоровья школьников [Текст]: метод. пособие / Н. Н. Куинджи. М., 2000. 139 с.
79. *Лазарев В. С.* Системное развитие школы [Текст] / В. С. Лазарев. М., 2002. 304 с.
80. *Лебедева Н. Т.* Формирование здоровья растущего организма и его диагностика [Текст] / Н. Т. Лебедева, Е. А. Лосицкий // Здоровье и образование: материалы Междунар. конгресса валеологов и III Всерос. науч.-практ. конф. «Пед. пробл. валеологии». СПб., 1999. С. 50–51.
81. *Лебедченко С. Ю.* Формирование культуры здоровья будущего учителя в процессе профессиональной подготовки [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук / С. Ю. Лебедченко. Волгоград, 2000. 22 с.
82. *Левит М. В.* Как сделать хорошую школу?! [Текст] / М. В. Левит. М., 2000. 160 с.
83. *Ледях И. А.* Защита прав человека как функция конституционного правосудия [Текст] / И. А. Ледях // Конституция Российской Федерации и совершенствование механизмов защиты прав человека. М., 1994. С. 37.

84. *Лисицын Ю. П.* Здоровье человека – социальная ценность [Текст] / Ю. П. Лисицын, А. В. Сахно. М., 1989. 270 с.
85. *Лисицын Ю. П.* Концепция факторов риска и образа жизни [Текст] / Ю. П. Лисицын // *Здравоохранение РФ.* 1998. № 3. С. 49–52.
86. *Лисицын Ю. П.* Социальная гигиена и организация здравоохранения [Текст]: проб. лекции / Ю. П. Лисицын. М., 1992. 512 с.
87. *Лищук В. А.* Основы здоровья. Актуальные задачи, решения, рекомендации [Текст]: обзор / В. А. Лищук, Е. В. Мосткова. М.:, 1994. 301 с.
88. *Лошакова Т. Ф.* Педагогическое управление созданием комфортной среды в образовательном учреждении [Текст]: дис. ... д-ра пед. наук / Т. Ф. Лошакова. Екатеринбург, 2001. 416 с.
89. *Марьина Г. С.* Результативность валеологической службы образовательного учреждения [Текст] / Г. С. Марьина, Г. Г. Нестеренко // *Здоровье и образование: материалы II Междунар. конгресса валеологов и IV Всерос. науч.-практ. конф. «Пед. пробл. валеологии».* СПб., 2000. С. 159–160.
90. *Матрос Д. Ш.* Управление качеством образования на основе новых информационных технологий и образовательного мониторинга [Текст] / Д. Ш. Матрос, Д. М. Полев, Н. Н. Мельникова. М., 1999. 96 с.
91. *Международные акты о правах человека*[Текст]: сб. документов. М., 1998. 309 с.
92. *Менеджмент в управлении школой* [Текст] / науч. ред. Т. И. Шамова. М., 1992. 89 с.
93. *Мильнер Б. З.* Методы анализа и формирования организационных структур управления: опыт системного исследования [Текст] / Б. З. Мильнер // *Системные исследования.* М., 1981. 134 с.
94. *Минина Е. М.* Организация валеолого-педагогической деятельности в гимназии [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Е. М. Минина. Курган, 2000. 22 с.
95. *Моисеев А. М.* Нововведения во внутришкольном управлении [Текст] / А. М. Моисеев, А. Е. Капто, А. В. Лоренсов, О. Г. Хомерики. М., 1998. 272 с.

96. *Моисеев А. М.* Качество управления школой: каким оно должно быть [Текст] / А. М. Моисеев. М., 2001. 160 с.
97. *Мурахов И. В.* Здоровье детей и молодежи: программные подходы и приоритетные направления физического воспитания [Текст] / И. В. Мурахов // Валеология. 1999. № 8. С. 16.
98. *Научные основы управления производством* [Текст]: учеб. пособие / под ред. О. В. Козлова. М., 1969. 351 с.
99. *Недоспасова Н. П.* Валеологизация образовательной среды в воспитательно-образовательных учреждениях района [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Н. П. Недоспасова. Кемерово, 1999. 22 с.
100. *Немова Н. В.* Организация функционирования и развития школы [Текст]: метод. рекомендации для руководителей шк. / Н. В. Немова. М., 2001. 80 с.
101. *Немов Р. С.* Психологические условия и критерии эффективности работы коллектива [Текст] / Р. С. Немов. М., 1982. 165 с.
102. *Новиков Д. А.* Статистические методы в педагогических исследованиях [Текст] / Д. А. Немов. М., 2004. 66 с.
103. *Нормализация учебной нагрузки школьников* [Текст] // Экспериментальное физиолого-гигиеническое исследование / под. ред. М. В. Антроповой, М. М. Безруких [и др.]. М., 1988. С. 160.
104. *Обозов Н. Н.* Модель регуляции совместной деятельности [Текст] / Н. Н. Обозов // Социальная психология. Л., 1979. С. 129.
105. *О внедрении валеологических аспектов в учебный процесс в школах Санкт-Петербурга* [Текст]: приложение к приказу Комитета по образованию мэрии Санкт-Петербурга № 401 от 03.10.1994г. // Состояние и перспективы валеологической службы образовательной системы Санкт-Петербурга: материалы науч.-практ. семина. СПб., 2000. С. 49.
106. *Ожегов С. И.* Словарь русского языка [Текст] / С. И. Ожегов. М., 1972. 771 с.

107. *Оздоровление* средствами образования: региональные аспекты [Текст]: материалы регион. науч.-практ. конф. по оздоровлению подрастающего поколения. Челябинск, 2003. 229 с.

108. *Онищенко А. А.* Социально-гигиенические проблемы состояния здоровья детей и подростков [Текст] / А. А. Онищенко // Гигиена и санитария. 2001. № 5. С. 7–11.

109. *Организационные* структуры управления производством [Текст] / под ред. Б. З. Мильнера. М., 1975. 319 с.

110. *Организация* медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы [Текст] / под ред. Г. Н. Сердюковской. М., 1995. 121 с.

111. *Орехова Т. Ф.* Педагогический подход к здоровью человека как феномену культуры [Текст] / Т. Ф. Орехова // Оздоровление средствами образования: региональные аспекты: материалы регион. науч.-практ. конф. по оздоровлению подрастающего поколения. Челябинск, 2003. С. 18–21.

112. *Орлов А. И.* Анализ нечисловой информации в социологических исследованиях [Текст] / А. И. Орлов. М., 1985. С. 58–92.

113. *Орлов А. И.* О применении статистических методов в медико-биологических исследованиях [Текст] / А. И. Орлов // Вестн. Акад. мед. наук СССР. 1987. № 2. С. 88–94.

114. *Основы* валеологии [Текст]: учеб. пособие / под ред. В. П. Соломина, Л. П. Макаровой, Л. А. Поповой. СПб., 1999. 205 с.

115. *Официальный* сайт Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru>

116. *Официальный* сайт Министерства образования и науки Российской Федерации [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.minobraz.ru>

117. *Официальный сайт* Научного Центра здоровья детей Российской академии медицинских наук [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.nczd.ru>

118. *Официальный сайт* Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://rospotrebnadzor.ru>

119. *Официальный сайт* Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://final.ron.rbcsoft.ru>

120. *Оценка* основных антропометрических данных полового созревания и артериального давления у детей [Текст]: метод. рекомендации / под ред. И. М. Воронцова. Л., 1984. 43 с.

121. *Павлова Л. В.* Международная защита прав ребенка [Текст] / Л. В. Павлова // *Права ребенка — законодательство и практика: материалы республ. науч.-практ. конф.* Минск, 1991. С. 4.

122. *Педагогический словарь* [Текст]. М., 2000. 153 с.

123. *Педагогический энциклопедический словарь* [Текст] / гл. ред. Б. М. Бим-Бад. М., 2002. 527 с.

124. *Педагогическое управление в школе: методология, теория, практика* [Текст]. М., 1990. 144 с.

125. *Петров А. С.* Что такое организация управления [Текст] / А. С. Петров. М., 1989. 126 с.

126. *Полетаева Н. М.* Теоретические основы системы валеологического воспитания школьников [Текст]: дис. ... д-ра. пед. наук / Н. М. Полетаева. СПб., 2001. 344 с.

127. *Попов С. В.* Валеология в школе и доме [Текст] / С. В. Попов. СПб., 1997. 256 с.

128. *Пригожин А. И.* Организации: системы и люди. Эффективность трудовых организаций в социальном обществе [Текст] / А. И. Пригожин. М., 1983. 176 с.

129. *Пригожин А. И.* Современная социология организации [Текст] / А. И. Пригожин. М., 1995. 296 с.
130. *Программно-целевое управление развитием образования: опыт, проблемы, перспективы* [Текст] / под общей ред. А. М. Моисеева. М., 2001. 256 с.
131. *Профессиональные объединения педагогов* [Текст] / под ред. М. М. Поташника. М., 1997. 118 с.
132. *Ростовцева Е. Е.* Деятельность центра здоровья в системе непрерывного валеологического образования модели «школа – детский сад» [Текст] Е. Е. Ростовцева // Здоровье и образование: материалы Междунар. конгресса валеологов и III Всерос. науч.-практ. конф. «Пед. пробл. валеологии». СПб., 1999. С. 156–157.
133. *Ростовцев В. Н.* Основания теории нормы и здоровья [Текст] / В. Н. Ростовцев // Здоровье и образование: материалы Междунар. конгресса валеологов и III Всерос. науч.-практ. конф. «Пед. пробл. валеологии». СПб., 1999. С. 154–155.
134. *Руководство по гигиене детей и подростков* [Текст] / под ред. С. М. Громбаха. М., 1964. 325 с.
135. *Семенов Л. А.* Организационные аспекты управления здоровьесбережением в образовательных учреждениях [Текст] / Л. А. Семенов, Н. В. Третьякова // Образование и наука: Известия Урал. отд-ния РАО. 2004. № 4 (28). С. 116–126.
136. *Симонов В. П.* Педагогический менеджмент [Текст] / В. П. Симонов. М., 1997. 264 с.
137. *Случанко И. С.* Статистическая информация в управлении учреждениями здравоохранения [Текст] / И. С. Случанко, Г. Ф. Церковный. М., 1983. 192 с.
138. *Смирнов Н. К.* Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе [Текст] / Н. К. Смирнов. М., 2002. 121 с.
139. *Смирнов Э. А.* Основы теории организации [Текст] / Э. А. Смирнов. М., 1998. 375 с.

140. *Советский* энциклопедический словарь [Текст] / гл. ред А. М. Прохоров. М., 1984. 216 с.

141. *Состояние* и перспективы валеологической службы образовательной системы Санкт-Петербурга [Текст]: материалы науч.-практ. семина. / под ред. В. В. Колбанова. СПб., 2000. 60 с.

142. *Социальная* гигиена и организация здравоохранения [Текст]: В 2 т. Т. 2. // под ред. Ю. П. Лисицына. М., 1987. 147 с.

143. *Старовойтов О. М.* Становление и развитие международной защиты прав ребенка [Электронный ресурс] / О. М. Старовойтов // Сайт Белорусского государственного университета. Режим доступа: <http://www.bsu.by>

144. *Строков Ю. П.* О формировании и обеспечении здоровья детей в образовательных учреждениях [Текст] / Ю. П. Строков, В. М. Чимаров // Здоровье человека: материалы III Междунар. конгресса валеологов. СПб., 2002. С. 191–192.

145. *Татарникова Л. Г.* Педагогическая валеология: генезис, тенденции развития [Текст] / Л. Г. Татарникова. СПб., 1995. 352 с.

146. *Третьяков П. И.* Управление школой по результатам: практика педагогического менеджмента [Текст] / П. И. Третьяков. М., 1998. 288 с.

147. *Тутатчиков А. Т.* Педагогическое управление здоровьесберегающим образованием в средней школе [Текст]: дис. ... канд. пед. наук / А. Т. Тутатчиков. Челябинск, 2004. 179 с.

148. *Уманский Л. И.* Психология организаторской деятельности [Текст] / Л. И. Уманский. М., 1980. 160 с.

149. *Уманский Л. И.* Развитие группы как коллектива [Текст] / Л. И. Уманский // Коллектив и личность. М., 1975. С. 77–87.

150. *Управление* качеством образования [Текст]: практико-ориентир. моногр. и метод. пособие / под ред. М. М. Поташника. М., 2000. 448 с.

151. *Управление* развитием школы [Текст] / под ред. М. М. Поташника, В. С. Лазарева. М., 1995. 336 с.

152. *Уткина Л. И.* Реализация валеологического компонента в системе повышения квалификации педагога [Текст]: дис. ... канд. пед. наук / Л. И. Уткина. СПб., 1998. 184 с.
153. *Файоль А.* Управление – это наука и искусство [Текст] / А. Файоль, Г. Эмерсон, Ф. Тейлор. М., 1992. 167 с.
154. *Фалмер Р. М.* Энциклопедия современного управления [Текст]: В 5 т. Т. 2: Организация как функция управления / Р. М. Фалмер. М., 1992. 142 с.
155. *Федорова Н. Н.* Организация взаимодействия специалистов в процессе управления коррекционным образовательным учреждением [Текст]: дис. ... канд. пед. наук / Н. Н. Федорова. СПб., 2002. 169 с.
156. *Философский словарь* [Текст] / под ред. И. Г. Фролова. 5-е изд. М., 1987. 590 с.
157. *Хабин В. В.* Управление здоровьесберегающим образовательным процессом в условиях лицея [Текст]: дис. ... канд. пед. наук / В. В. Хабин. Челябинск, 2004. 216 с.
158. *Хрипкова А. Г.* Влияние учебной нагрузки и санитарно-гигиенических условий обучения на здоровье школьника [Текст] / А. Г. Хрипкова. М., 1982. 240 с.
159. *Хрипкова А. Г.* Гигиена и здоровье школьников [Текст] / А. Г. Хрипкова, Д. В. Колесов. М., 1988. 216 с.
160. *Хруцкий К. С.* Аксиологический подход в современной валеологии [Текст]: дис. ... канд. филос. Наук / К. С. Хруцкий. Новгород, 2000. 183 с.
161. *Хрущев С. В.* Врачебный контроль за физическим воспитанием школьников [Текст] / В. С. Хрущев. 2-е изд. М., 1977. 176 с.
162. *Шамова Т. И.* Менеджмент в управлении школой [Текст] / Т. И. Шамова. М., 1992. 218 с.
163. *Школа Е. О.* Валеологическое сопровождение образовательного процесса как условие реализации разноуровневых программ в современной школе [Текст]: дис. ... канд. пед. наук / Е. О. Школа. СПб., 1997. 175 с.

164. *Щедрина А. Г.* Понятие индивидуального здоровья – центральная проблема валеологии [Текст] / А. Г. Щедрина. Новосибирск, 1996. 50 с.

165. *Щеплягина Л. А.* Факторы риска и формирование здоровья детей [Текст] / Л. А. Щеплягина // Рос. Педиатр. журн. 2002. № 2. С. 4–6.

166. *Эрлих О. В.* Модель согласования целей субъектами педагогического процесса в условиях современной школы [Текст]: дис. ... канд. пед. наук / О. В. Эрлих. СПб., 1999. 161 с.

167. *Якиманская И. С.* Личностно-ориентированное обучение в современной школе [Текст] / И. С. Якиманская. М., 1996. 95 с.