

*Виниченко Мария Александровна,  
Белгородский государственный университет, доцент кафедры психологии*

## **Глава 5. Здоровьесберегающие технологии в современном образовательном процессе**

В соответствии с целями происходящей в настоящее время реформы образования в России, одной из актуальных проблем школы является сохранение и укрепление здоровья учащихся.

В современной психолого-педагогической практике становится очевидным, что учащиеся, находясь в стремительно изменяющихся условиях образовательной среды, нуждается в помощи и психологической поддержке. Такая поддержка может носить личностную ориентацию (работа психолога с ребенком), а может относиться к условиям, в которых осуществляется жизнедеятельность (учебно-воспитательная деятельность), и, прежде всего к совершенствованию той общности, в которой осуществляется непосредственное взаимодействие субъектов (образования). Особую актуальность приобретает проблема защищенности от психологического воздействия во взаимодействии участников образовательной профильного обучения. Необходимо смоделировать и спроектировать образовательную среду, где личность востребовалась и свободно функционировала, где бы все ее участники чувствовали защищенность и удовлетворенность основных потребностей, сохраняли и развивали психическое здоровье. Психически здоровой личностью может быть лишь в определенных условиях. Одним из важнейших условий является психологическая безопасность образовательной среды.

Таким образом, возможно отметить имеющиеся противоречия: в современном обществе существует четко определенная потребность государства, социальных групп в системе безопасности как для собственного развития, так и для сохранения жизненно-важных объектов и ценностей. В контексте экпсихологии, которая начинает исследовать проблему безопасности не только в отношениях с предметной средой, но и применительно к социальному окружению, это означает поиск путей снижения уровня психологического насилия во взаимодействии людей, в данном случае — субъектов образования.

В настоящее время возросла роль первичного профессионального самоопределения для учащихся, заканчивающих основную школу. Профиль обучения предопределяет профессиональный выбор учащихся, от которого в немалой степени зависит и успешность учения в старших классах, подготовка школьников к переходу на следующую образовательную ступень, а в целом и к будущей профессиональной деятельности. Чем точнее будут самоопределение, тем больше вероятность того, что общество получит хорошего специалиста-профессионала. Это приобретает особое звучание в свете того, что школа профессионального обучения является элементом довузовской подготовки, которая закладывает не только основы будущей специальности выпускника, но и дает первое представление о научно-исследовательской работе учащихся, что также является немаловажным фактором профессиональной довузовской подготовки.

В связи с этим, одной из целей школьного образования является расширение образовательного пространства. Реализация данной цели является необходимым условием для расширения круга лично-значимых для учащихся проблем. В педагогической науке и практике оперируют сегодня понятиями «образовательная среда» и «образовательное пространство». Следует подчеркнуть, что они не идентичны. В научной литературе образовательная среда рассматривается как часть социокультурной среды, как совокупность образовательных институтов и соответствующих им органов управления в кооперации с досуговыми, культурными, клубными, научно-производственными или другими объединениями, ориентированными в одном из направлений своей деятельности на цели образования. Под образовательным пространством обычно понимают осваиваемую учащимся окружающую среду для достижения целей образования. Образовательное пространство человека — это не просто его окружение, а то окружение, которое он воспринимает, на которое реагирует, с которым вступает в контакт, взаимодействует в процессе образовательной деятельности.

Необходимость профессионального выбора в этом возрасте обусловлено внутренними причинами: личностью молодого человека, его внутренней позицией, положением в социуме, желанием получить образование, обеспечить достойное существование. Формирование профессионального самоопределения подростков мы рассматриваем как один из компонентов и важнейших механизмов жизненного самоопределения, которое связано с выявлением наиболее значимых и психологически характерных для личности ориентиров жизни, реализующихся одновременно с практическим освоением подростками социального опыта. В своей работе мы исходим из положения о том, что формирование профессионального самоопределения должно осуществляться целенаправленно в совместной деятельности педагогов, родителей, социальных служб и детей на основе субъект-субъектных взаимоотношений.

Образовательную среду можно рассматривать как подсистему социокультурной среды, как совокупность исторически сложившихся факторов, обстоятельств, ситуаций и как целостность специально организованных педагогических условий развития личности ученика<sup>1</sup>.

Понятия «образовательная среда», «психологическая безопасность образовательной среды», «здоровьесберегающие ресурсы» в современной психологии только начинают разрабатываться. То, что предметом психологического исследования может быть не только человек, но и среда, известно давно. Однако этих исследований намного меньше, что делает данную проблему достаточно актуальной.

В соответствии с целями происходящей в настоящее время реформы образования в России, одной из актуальных проблем школы является сохранение и укрепление здоровья учащихся.

Одной из главных причин проводимой модернизации школьного образования является существенное ухудшение состояния здоровья современных детей и подростков: увеличение заболеваемости практически по всем классам болезней, ухудшение физического развития, снижение уровня физической подготовленности на фоне выраженной гипокинезии и гиподинамии школьников.

---

<sup>1</sup> Писарева С. А. Образовательная среда профильного обучения. Учебно-методическое пособие для учителей/Под ред. А. П. Тряпицкой. — СПб.: КАРО, 2005.

Многие исследователи<sup>1</sup> обращают особое внимание на неблагоприятную ситуацию со здоровьем учащихся в школах нового типа. Повышенная учебная нагрузка не проходит бесследно. До 50% гимназистов заканчивают учебный день с признаками сильного и выраженного переутомления. В общеобразовательных школах доля таких детей не превышает 20–30%. К концу учебного года у гимназистов в 2 раза увеличивалась частота гипертонических реакций, а общее число неблагоприятных изменений артериального давления достигало 90%. Проявления повышенной невротизации обнаружены у большинства (до 80%) учащихся школ нового типа.

Данное обстоятельство подтверждается и нашими многолетними (2002–2010 гг.) исследованиями психоэмоционального состояния старшеклассников в условиях организации профильного обучения, проведенными в ГОУ «Белгородском инженерном юношеском лицее-интернате». В ходе которого были получены результаты, свидетельствующие, что 33%, то есть каждый третий учащийся 10–11х классов, находится в субдепрессивном состоянии. Причем причины у этого состояния разные. Так, 10 класс решает проблему адаптационного характера, так как происходит полная смена и места жительства (школьники поступают в лицей со всей области), и формы обучения, и соответственно требований учителей к уровню подготовки, а 11-й класс живет в предвосхищении ЕГЭ.

Таким образом, состояние проблемы сохранения здоровья учащихся свидетельствует о необходимости проведения исследования влияния современных систем организации и содержания учебной деятельности на состояние здоровья и физической подготовки учащихся общеобразовательных учреждений области.

Департамент образования, культуры и молодежной политики Белгородской области выступил заказчиком мониторингового исследования «Оценка состояния здоровья учащихся как показатель психологической безопасности и здоровьесбережения общеобразовательного учреждения области» (2008–2011 гг.), которое организует Белгородский региональный центр оценки качества образования совместно с кафедрой психологии педагогического факультета Белгородского государственного университета, авторами Программы являются Виниченко М. А., Чеботарева Л. А., Новицкая М. И., Романов В. П.

Целью данного исследования является обеспечение педагогов, администрации школ и органов управления образованием объективной информацией о состоянии здоровья учащихся в условиях обучения в современных общеобразовательных учреждениях области как показателе безопасности и здоровьесберегающих психолого-педагогических условий организации образовательного пространства общеобразовательного учреждения.

Научная новизна исследования обусловлена, прежде всего, тем, что выявлена динамика состояния здоровья учащихся общеобразовательных учреждений области, охарактеризованы основные тенденции изменения здоровья в период обучения.

География исследования: 6 городов (г. Алексеевка, г. Белгород, г. Старый Оскол, г. Губкин, г. Валуйки, г. Шебекино) и 21 район области (Алексеевский, Белгородский, Борисовский, Валуйский, Вейделевский, Волоконовский, Грайворонский, Губкинский, Ивнянский, Корочанский, Красногвардейский, Краснояружский, Красненский, Ново-

---

<sup>1</sup> Баева И. А. Психологическая безопасность в образовании. — СПб, 2002..

оскольский, Прохоровский, Ракитянский, Ровеньской, Старооскольский, Чернянский, Шебекинский, Яковлевский).

Выборка исследования — учащиеся 2-х, 4-х, 5-х, 8-х, 9-х и 11-х классов, что составляет приблизительно 65% от общего количества учащихся общеобразовательных учреждений области. Репрезентативность выборки достигнута участием в исследовании школьников, проживающих в разных территориях области и обучающихся в образовательных учреждениях различного типа (гимназии, лицеи, школы с УИОП, средние, основные и начальные общеобразовательные школы).

По данным итоговых результатов анкет для медицинских работников по области наблюдается тенденция увеличения следующих хронических заболеваний: заболевания желудочно-кишечного тракта, внутренних органов (печень, почки, иное), эндокринной системы (желез внутренней секреции), нервной системы, аллергические и кожные заболевания, нарушения осанки, лор-заболевания, нарушения зрения, слуха.

О том, что школьное образование в России в последнее десятилетие оказывало на здоровье учащихся неблагоприятное воздействие, свидетельствует и сравнение числа практически здоровых детей, пришедших в школу (около 12–15%), с числом здоровых выпускников (около 5%).

Заболевания учащихся Белгородской области в своем процентном соотношении по распространению составляют увеличение со 2-го по 11-й класс почти в 2 раза, что напрямую отражается на количественных характеристиках медицинских групп учащихся.

По результатам заполнения анкеты медицинскими работниками различных типов средних общеобразовательных учреждений области были получены следующие данные, отражающие динамику изменений состояния здоровья учащихся за период обучения в среднем общеобразовательном учреждении.

Так, за период обучения (от 2-го к 11-му классу) происходит снижение количества школьников в выборках мальчиков и девочек основной группы в среднем на 18,5%.

Изменения в подготовительной группе составляют 11%, то есть определенное количество школьников из основной медицинской группы переходят в подготовительную.

Однако наибольшие изменения происходят в медицинской спецгруппе: ее количество к 11-му классу увеличивается в разы. Так, в выборке мальчиков увеличение составляет в 2,7 раза (почти в 3 раза), у девочек — в 3,9 раза (почти в 4 раза). Таким образом, изменения по спецгруппе составляют у мальчиков — 270%, у девочек — 390%. Мы видим, что изменения в выборке девочек на 120% больше, чем у мальчиков.

Это можно объяснить, прежде всего, гендерными особенностями девочек. Во-первых, изначально считается, что девочки более ответственны в выполнении всех школьных и учебных поручений, что не может не сказаться на нагрузках этих учащихся. Во-вторых, девочки более внимательно относятся к своему здоровью и самочувствию, поэтому не стесняются обращаться в школьный медпункт или в поликлинику к врачу. В то время как у мальчиков путь от заболевания к обращению к специалисту занимает гораздо больший срок, а то и вовсе на протяжении заболевания не обращается внимания или осуществляется лечение подручными средствами, самостоятельно.

Поэтому результаты, которые представлены в нашей таблице по данным, имеющимся у медицинских работников, соответствуют не реальной действительности

картины заболеваний мальчиков, а, по большому счету, только зафиксированным случаям обращения мальчиков за медицинской помощью.

Анализ инфраструктуры образовательных учреждений городов и районов области свидетельствует о том, что по многим показателям имеются достаточно высокие результаты по таким аспектам здоровьесберегающей деятельности, как: диспансеризация — в среднем по области составляет — 98,9%; прививки — в среднем по области — 99,4%; витаминизация — в среднем по области — составляет 87,4%; дни здоровья — в среднем по области — 99%.

Однако не все показатели имеют столь значимые результаты, наиболее проблемными аспектами являются такие, как: наличие врача — в среднем по области составляет — 8,6%; наличие фельдшера — в среднем по области составляет — 16,1%; наличие психолога — в среднем по области составляет — 34,2%; наличие валеолога — в среднем по области составляет — 0,6%; наличие медицинского кабинета — в среднем по области составляет — 41,1%; наличие стоматкабинета — в среднем по области составляет — 15,4%; наличие кабинета массажа — в среднем по области составляет — 4,4%; наличие солярия — в среднем по области составляет — 0,36%; наличие ингалятория — в среднем по области составляет — 1,4%.

И, тем не менее, большой процент значимости школьных факторов риска обусловлен тем, что фактическая учебная школьная нагрузка (по данным Института возрастной физиологии РАО, Научного центра охраны здоровья детей и подростков РАМН и ряда региональных институтов) особенно в лицеях и гимназиях, в гимназических классах, в классах с углубленным изучением ряда предметов, составляет в начальной школе в среднем 6,2–6,7 часа день, в основной школе — 7,2–8,3 часа в день и в средней школе — 8,6–9,2 часа в день. Рабочий день современного школьника, вместе с приготовлением домашних заданий, составляет — 9–10 часов в начальной, 10–12 в основной и 13–15 в средней школе. Существенное увеличение учебной нагрузки в подобных учебных заведениях и классах не проходит бесследно: у детей чаще отмечается большая распространенность и выраженность нервно-психических нарушений, большая утомляемость, сопровождаемая иммунными и гормональными дисфункциями, более низкая сопротивляемость болезням и другие нарушения. Среди учащихся этих школ в 1,2–2 раза больше, чем в общеобразовательной школе (хотя и в такой школе далеко не все благополучно), детей со сниженным функциональным резервом, дефицитом массы тела, патологией органов зрения, хронической патологией. В большинстве исследований отмечается четкая зависимость роста отклонений в состоянии здоровья от объема и интенсивности учебной нагрузки.

Интенсификация образовательного процесса идет различными путями. Один — увеличение количества учебных часов (уроков, внеурочных занятий, факультативов и т. д.). Другой путь — реальное уменьшение количества учебных часов при сохранении или увеличении объема учебного материала. По данным Минобразования РФ, за последние 50 лет в начальной школе резко сократилось количество часов на образовательные предметы: филологию (на 49%), математику (на 62%), но содержание и объем учебного материала ни в одной, ни в другой области за эти годы не уменьшились. Столь резкое сокращение количество часов неизбежно должно было привести к увеличению домашних заданий и интенсификации учебного процесса.

Таким образом, учебная нагрузка до 20% школьников 1 класса и от 20 до 40% школьников 10 класса значительно превышает существующие гигиенические и физио-

логические нормативы, что ведет к функциональной перегрузке, нарушению режима труда и отдыха и может неблагоприятно отразиться на состоянии здоровья<sup>1</sup>. В немалой степени неблагоприятное здоровье школьников зависит от недостаточного уровня грамотности в вопросах сохранения и укрепления здоровья — самих учащихся, их родителей и, что особенно огорчает, педагогов. У последних это проявляется не только в неумении правильно организовать свой образ жизни, сделать его здоровым, но и в незнании психолого-педагогических технологий, позволяющих осуществлять образовательный процесс без ущерба для здоровья учащихся.

К сожалению, неутешителен и прогноз состояния здоровья детей на ближайшие годы. Так, ухудшение питания будет способствовать учащению случаев дефицита массы тела, отставанию в росте, половом развитии, что замедлит общефизическое развитие, а также повышению распространенности анемий, снижению неспецифической резистентности и, как следствие, — учащению острых и хронических заболеваний.

В связи с неблагоприятной эколого-гигиенической обстановкой во многих регионах следует ожидать роста различных заболеваний, особенно аллергических. В связи с усилением стрессогенных воздействий возможно ухудшение нервно-психического здоровья, иммунитета, роста гастроэнтерологических заболеваний, вегетососудистой дистонии и дефицита массы тела.

К важнейшим причинам неблагоприятного здоровья учащихся относятся:

- стрессогенные (дидактогенные) технологии проведения урока и оценивания знаний учащихся;
- недостаток физической активности учащихся, приводящий к гиподинамии и другим нарушениям здоровья школьников;
- чрезмерная интенсификация образовательного процесса, перегруженность учебных программ фактологической информацией, вызывающие у учащихся переутомление и дистресс;
- невозможность (неспособность) многих учителей в условиях современной организации образовательного процесса реализовать индивидуальный подход к учащимся, с учетом их психологических, физиологических особенностей и состояния здоровья;
- несоблюдение элементарных гигиенических и физиологических требований к организации учебного процесса;
- неадекватная организация питания учащихся в школе (в частности, небезопасность детей горячим питанием);
- недостаточный уровень гигиенических и психологических знаний педагогов;
- низкий, слабо формируемый школой уровень культуры здоровья учащихся и их родителей.

Таким образом, местом формирования здоровья ребенка сегодня является, к сожалению, не семья, где опыт родителей зачастую недостаточен, не медицинские учреждения, занимающиеся болезнями и больными детьми, а система образования.

---

<sup>1</sup> Здоровьесберегающая деятельность в контексте государственной образовательной политики [Текст]: материалы II Всерос. науч.-практ. конф. «Сохранение и укрепление здоровья в образовательных учреждениях Рос. Федерации» (30–31 окт. 2008 г.). — М.: Федер. ин-т развития образования, 2009. — 384 с.



Результаты исследования показали объективность проявляющейся тенденции в стране в системе образования: здоровье учащихся области находится в постоянном динамическом состоянии, которое невозможно регулировать только наличием оздоровительной инфраструктуры и оздоровительной деятельностью. Изменение состояния здоровья учащихся — это показатель не только безопасности современной образовательной среды, но и качественная характеристика современной системы образования в целом.

Необходимо отметить, что основной задачей<sup>1</sup> современной школы является обеспечение комфортной среды для всех участников образовательного процесса, которая способствует сохранению и укреплению здоровья. В то же время интенсификация обучения — один из главных факторов неблагополучия здоровья учащихся — проявляется в разных формах. Объем учебных программ, их информационное насыщение часто не соразмерны с возрастными и функциональными возможностями школьников. В старших классах большинство городских детей вынуждены дополнительно заниматься на подготовительных курсах при вузах или с преподавателями. Повышаются требования на вступительных экзаменах, которые уже мало соответствуют школьным программам.

Университет с целью уменьшения адаптационного периода выпускника к новой форме обучения проводит обширную программу по приобщению старшеклассников не только к науке, но и к условиям обучения в вузе, его требованиям и особенностям. Для чего организовываются экскурсии на факультеты, приглашаются члены приемной комиссии вуза для разъяснения возникающих вопросов, донесения последней информации школьникам о требованиях к поступлению на тот или иной факультет. Более того, в лицее помимо работы научных школьных обществ, работают и научные студенческие общества, цель которых — сотрудничество с будущими студентами и популяризация научной деятельности среди старшеклассников. В данной ситуации основным привлекательным моментом для школьников является процесс общения со студентом: это не преподаватель, с которым необходимо соблюдать субординацию, и не сверстник, который обладает тем же количеством информации, что и он сам. Таким образом, в процессе общения «старшеклассник — студент» складывается своеобразная атмосфера межличностных взаимоотношений, которые помогают ученику не только в информативном плане: узнать интересующие его подробности особенностей обучения на том или ином факультете и студенческой жизни в целом, но и психологическом плане: помогает выстраивать тактику своего поведения в соответствии с полученной информацией и, что самое главное, научиться за время обучения в старших классах чувствовать себя в будущих условиях более комфортно и увереннее. Это возможно в силу того, что в профильных классах обучение ведут те преподаватели, которые в будущем станут преподавателями в студенческих группах. Таким образом, в плане психологической социальной адаптации к новым условиям обучения в вузе учащиеся лица находятся в более благоприятном положении, в отличие от выпускников других городских и сельских школ.

Данное обстоятельство является наиболее важным и определяющим с точки зрения психологической безопасности личности, так как у подготовленных выпускников

<sup>1</sup> Обеспечение психологической безопасности в образовательном учреждении/Под ред. И. А. Баевой. — СПб, 2006.

лица для вузовского обучения, объективно уходит меньше времени и эмоциональных сил на период социально-психологической адаптации. Вследствие чего они имеют возможность с первых же дней посвятить себя не просто учебной деятельности, а продолжать начатую научную работу или работу по интересу в университетских научных библиотеках. Это тем более ценно, так как они уже имеют опыт работы с научной литературой, чему они обучились, еще, будучи учащимися лица, участвуя в научных исследованиях своих школьных научных обществ.

Таким образом, опыт, который получают учащиеся за период своего обучения в профильных классах лица, имеет колоссальное значение для будущего становления и развития личности студента: и в образовательном, и в психологическом планах. Университет, сотрудничая с лицеем, обеспечивает, прежде всего, себя подготовленными и обученными навыкам научной работы студентами, которые, минуя острый кризис социально-психологической адаптации к условиям обучения в вузе, приступают непосредственно к образовательному процессу, что, в свою очередь, отражается на общей успеваемости студента.

Более того, выпускникам лица гораздо легче в психологическом плане приспособиться к новому коллективу. Это связано с тем, что лицеисты, как правило, поступают в профильные классы, то есть профильные классы формируются из числа поступивших, а не продолжающих свое обучение в 10-м классе школьников-одноклассников. Таким образом, лицеисты, выпускники профильных классов, переживают глубокий эмоциональный кризис приспособления к новым образовательным условиям и новому классному коллективу намного раньше, чем выпускники обычных общеобразовательных школ. Именно поэтому момент социально-психологической адаптации у лицеистов происходит очень тяжело. Однако результатом данного процесса является новый приобретенный социальный и, самое главное, психологический опыт адаптации к неизвестным условиям.

Старшеклассник формируется в социальной среде, и в ходе этого процесса у него вырабатываются такие способы действия, которые благоприятствуют возникновению и развитию сознательных психических свойств, преобразованию биологического социальным (когда социальное из внешних условий, воздействии, требований, образцов, знаний и впечатлений переходят во внутренние потребности, привычки, требования личности к себе и к окружающим). Индивидуальное постепенно, критически, не без борьбы, реорганизуется социальным и становится социальным, не утрачивая индивидуальности, но приобретая новый «социализированный» характер.

Таким образом, сотрудничество университета с лицеем в плане обучения учащихся профильных классов и дополнительной работы с ними, позволяет реализовать запрос вуза на подготовленных студентов не только в плане образовательной программы, но и в плане научно-исследовательской работы, а также в плане социально-психологической адаптации выпускников лица к полноценному образованию в новых условиях обучения в вузе.

Чтобы получить общее представление о проблемном поле, связанном с охраной здоровья учащихся, целесообразно рассмотреть его с нескольких уровней — в соответствии со степенью возможности влиять на ситуацию, степенью ответственности, кругом решаемых задач и профессиональными компетенциями.

В системе образования выделяют пять таких уровней.



1. **Общегосударственный уровень.** На этом уровне определяются политика в области образования, место образования в системе государственных приоритетов, его финансирование и опосредованно через общество — статус учителя и образованного человека вообще. Здесь отношение государства ко всей социальной сфере примерно одинаковое, и забота о здоровье населения неизбежно проявляется и в уровне заботы о здоровье школьников и учителей. Главные ответственные лица — Президент, Правительство и депутаты.

2. **Уровень Министерства образования.** На этом уровне вырабатываются стратегия развития образования, нормативно-правовая основа и его организация по всем аспектам: приоритеты финансирования, структура образования, учебные программы, подготовка кадров и т. д. Хотя в последнее десятилетие внимание к охране здоровья учащихся повысилось, но качественный скачок, который бы позволил сделать эту сторону образования одним из важнейших приоритетов, пока не произошел. Ответственные лица — Министр и чиновники его аппарата.

3. **Уровень района, города.** Решение вопросов, связанных со здоровьем учащихся, во многом зависит от позиции управления образованием и местной администрации. Поэтому наблюдается существенная разница в ситуациях, складывающихся на различных территориях — от замечательно поставленной работы (много школ здоровья, планомерно проходит подготовка кадров, введены уроки здоровья, проводится мониторинг здоровья и т. д.) до полного ее развала, закономерно приводящего к удручающим показателям заболеваемости учащихся и педагогов. Ответственные — главы администраций и начальники управлений образования.

4. **Уровень школы (или другого образовательного учреждения).** Выбор пути начинается с постановки целей, определения места проблем здоровья и предупреждения вредных привычек среди задач школы, активного внедрения в работу школы здоровьесберегающих технологий, перехода школы в статус школы здоровья и т. д. Хотя директор школы несет персональную ответственность за все в ней происходящее, в том числе за охрану здоровья учащихся, но принимать значимые решения ему целесообразно совместно с Советом школы, родительским комитетом, педагогическим коллективом, опираясь на мнение (экспертное заключение) ученых — педагогов, психологов, медиков.

5. **Уровень учителя.** Положение учителя отличается двойственностью: с одной стороны, он исполнитель требований, регламентации, приказов и легко (при наличии навыка) может переадресовать всю ответственность выше. С другой стороны, он основной субъект реализации задач всей образовательной системы.

От учителя, главным образом, зависит, какое воздействие на здоровье учащихся оказывает образовательный процесс.

Именно учитель может дискредитировать грамотно выстроенную систему заботы о здоровье школьников или, наоборот, своей педагогической работой, своей общественной активностью произвести позитивную подвигу в отношении к этой проблеме со стороны своих коллег, администрации школы, вышестоящего руководства. Многое здесь основано на взаимопонимании между учителем и директором школы. Как семья — ячейка общества, так и взаимосвязи директора с каждым учителем — ячейки школьной административной структуры, определяющие здоровье всего школьного организма.

Возможности использования здоровьесберегающих технологий в школе могут быть соотнесены с ее основными проблемами, касающимися здоровья учащихся. К таким проблемам относятся следующие.

Проблема учебных перегрузок школьников, приводящих к состоянию переутомления. Многие специалисты — педагоги, физиологи, медики, психологи — считают учебные перегрузки главной причиной неблагополучия состояния здоровья учащихся. Об этом косвенно свидетельствуют данные многочисленных исследований: в тех образовательных учреждениях, где учебная нагрузка выше (в гимназиях, лицеях, школах с углубленным изучением нескольких предметов), несмотря на лучшие условия обучения и отобранный контингент учащихся, состояние их здоровья оказывается хуже, чем в обычных школах.

В наши дни проблема учебных перегрузок школьников усугубилась. Более того, в школе появились новые, действительно необходимые для современной жизни предметы: информатика, граждановедение, ОБЖ, валеология и др. — но объемы прежних программ практически не были сокращены, т. е. произошло уплотнение учебных программ с интенсификацией учебного процесса. Продолжительность рабочего дня современного пятиклассника с учетом выполнения домашних заданий и посещения кружков, секций приближается к 12 часам, а старшекласника подчас составляет 14–16 часов. При этом у выпускников повышается ответственность за результаты, качество обучения — они готовятся поступать в вузы и колледжи, получать профессию.

Развитие цивилизации и одно из ее следствий — интенсификация образовательного процесса — привели к тому, что в развитых странах мира перед системами образования и здравоохранения встал вопрос: продолжать интенсификацию образования с неизбежным ущербом для здоровья учащихся или признать приоритет здоровья и соответствующим образом перестроить образовательную политику? В США и большинстве стран Запада этот вопрос был решен в интересах здоровья. В России ситуация пока противоположная, что и вызывает рост интереса к здоровьесберегающим технологиям.

Проблема организации физической активности учащихся, профилактики гиподинамии. Поддержание и укрепление физического здоровья учащихся напрямую связано с их двигательной активностью. Учебные перегрузки школьников, заставляющие их часами просиживать над тетрадами и книгами, процесс интенсификации обучения, увлечение компьютерными играми, Интернетом и видеофильмами, недостаток возможностей для занятий физкультурой и спортом — главные причины малоподвижного (а значит, нездорового) образа жизни, распространения, особенно среди городских школьников, гиподинамии. Это приводит к задержке роста и развития, снижению адаптационных возможностей организма школьников, общему ухудшению состояния здоровья.

Возможные пути решения этой проблемы:

— увеличение количества уроков физической культуры как минимум до трех в неделю (в оптимальном варианте — до ежедневных);

— изменение содержания уроков физкультуры, превращение их в «тропинки к здоровью»;

— использование на уроках и между ними малых форм физической активности учащихся (физкультминутки, физкульт паузы и др.);

- проведение специальных физкультурных занятий для детей с ограничениями по здоровью;
- коррекция педагогических технологий учителей-предметников, способствующая формированию у школьников гиподинамии и мышечных зажимов;
- предоставление школьникам возможности заниматься в спортзале, бассейне и на спортплощадках школы во внеурочное время.

Проблема питания школьников. Специалисты во многом связывают неблагополучие здоровья учащихся с невозможностью школьников получать полноценное, в том числе горячее, питание в своих школах, особенно в группах продленного дня. Решение этой проблемы с полным основанием можно рассматривать как здоровьесберегающую технологию, дополняющую образовательные технологии сохранения и укрепления здоровья учащихся.

Если состав блюд, их качество контролируются медиками, то правильная организация питания школьников и учителей — задача администрации школы. Возможность принимать пищу в школе должны иметь и те дети, которым требуется диета, и питающиеся принесенными из дома продуктами. Желательно также, чтобы Совет школы и родительский комитет следили за ассортиментом буфета, исключив выгодные торговле, но вредные для здоровья продукты: газированные напитки, чипсы, жареные пирожки и др.

Проблема предупреждения вредного воздействия на здоровье учащихся факторов, непосредственно связанных с образовательным процессом (профилактика школьных болезней). С образовательным процессом вообще и недостатками работы отечественных школ в частности во многом связаны такие распространенные недуги школьников, как нарушения осанки, близорукость, пограничные нервно-психические расстройства и др., т. е. школьные болезни. И хотя уже в первый класс попадают до четверти детей с соответствующими проявлениями нездоровья, 11 лет, проведенных в школе, в большинстве случаев усугубляют эту патологию и способствуют ее возникновению еще примерно у такого же количества школьников.

Целенаправленная их профилактика складывается из программ, реализуемых медиками школы на основе результатов проведенной диагностики, администрацией школы (замена парт, досок и другого учебного оборудования на более современные, правильная организация перемен и внеурочной работы учащихся, подготовка учителей по этим вопросам здоровья), каждым учителем на своих уроках. Необходимо, чтобы и сами школьники ощущали ответственность за состояние своего зрения, осанки, нервной системы, понимали, что только совместными усилиями можно получить необходимые результаты.

Проблема охраны и укрепления психологического здоровья учащихся (предупреждение школьных стрессов, распространения среди учащихся вредных привычек, зависимостей и т. п.). Школьные стрессы — разновидность школьных болезней — традиционно актуальны для системы образования. Существующая организация образовательного процесса не оставляет большинству детей шансов окончить школу без нарушений нервно-психической сферы. Состояния переутомления также можно было бы отнести к этой группе нарушений здоровья школьников.

Накопление стрессов (кумуляция) приводит к ухудшению психологического здоровья, а невозможность справиться со стрессами, в свою очередь, является индикатором

тором нервно-психического неблагополучия. На этом фоне снижается успеваемость учащихся, ухудшается их дисциплина, появляются проблемы личного плана, которые не удастся разрешить адекватными средствами. К их числу относится и использование таких средств преодоления стрессов и решения проблем, как употребление психоактивных веществ (ПАВ). Именно в состоянии острого или хронического стресса подростки с большей вероятностью могут попасть в тоталитарную секту, пристраститься к азартным играм, уйти в виртуальный мир компьютерных игр.

Все это обусловило появление нового междисциплинарного направления — педагогической психологии здоровья, с ее разделами: педагогической психогигиены и педагогической психотерапией.

Проблема формирования культуры здоровья учащихся и компетентности педагогов в вопросах здоровья и здоровье-сберегающих технологий. Вопросы обучения здоровью часто выделяют в отдельную область — педагогику здоровья. Здесь это важнейшее направление работы школы рассматривается в рамках здоровьесберегающей педагогики, без чего все усилия медиков и педагогического коллектива школы будут в лучшем случае малоэффективны. Решение проблемы начинается с повышения грамотности всех учителей школы по вопросам здоровья и здоровьесберегающих технологий, включения специального предмета (валеология, культура здоровья и др.) в расписание уроков во всех классах и логически переходит в другие последовательные шаги, направленные на формирование здоровьесберегающего пространства школы.

Проблема организации сотрудничества с родителями учащихся по вопросам сохранения и укрепления здоровья их детей. Взаимодействие семьи и школы — традиционная проблема педагогики. Если обучить ребенка школа может и без помощи его родителей, то эффективно осуществить процесс воспитания без поддержки (а иногда и при противодействии) со стороны семьи крайне трудно. То же касается и вопросов здоровья. Здесь надо учитывать две особенности. Первая: здоровый образ жизни, которому учат школьника, дома может или находить каждодневную реализацию — и тогда закрепляться, наполняться практическим содержанием, или игнорироваться, оставаясь для школьника отвлеченной, балластной информацией. Вторая: здоровье своего ребенка важно для любого родителя (в отличие от познаний этого ребенка по какому-то предмету), и поэтому организация сотрудничества школы и родителей на этой основе гораздо более вероятна и продуктивна. Вместе с тем, школы пока недостаточно используют этот ресурс.

Задача-минимум — обеспечить такой уровень взаимодействия, чтобы родители хотя бы не мешали педагогам. Задача-максимум — интегрировать наиболее подготовленных родителей школьников в работу школы для совместной реализации планов превращения ее в реальное здоровьесберегающее пространство. Все чаще правильно организованное сотрудничество приводит к тому, что некоторые родители переходят на постоянную работу в школу или, не имея финансовых проблем, занимаются этой деятельностью в качестве общественно-благотворительной.

Проблемам, связанным со здоровьем учащихся, соответствуют задачи в этой области, стоящие перед школой:

- снятие учебных перегрузок школьников, приводящих их к состоянию переутомления;
- организация физической активности учащихся, профилактика гиподинамии;

- организация правильного питания школьников во время их пребывания в образовательном учреждении;
- предупреждение вредного воздействия на здоровье учащихся факторов, непосредственно связанных с образовательным процессом (профилактика школьных болезней);
- охрана и укрепление психологического здоровья учащихся (предупреждение школьных стрессов, распространения среди учащихся вредных привычек, зависимости и т. д.);
- формирование культуры здоровья учащихся и компетентности педагогов в вопросах здоровья и здоровьесберегающих технологий.
- организация сотрудничества с родителями учащихся по вопросам сохранения и укрепления здоровья их детей.

Отличительной особенностью здоровьесберегающей педагогики является приоритет здоровья, т. е. грамотная забота о здоровье как обязательное условие образовательного процесса. Это определяет последовательное формирование в школе здоровьесберегающего образовательного пространства, в котором все педагоги, специалисты, учащиеся, их родители согласованно решают общие задачи, связанные с заботой о здоровье, и принимают на себя солидарную ответственность за результаты. Благодаря этому обеспечивается не только защита здоровья учащихся и педагогов от угрожающих или патогенных воздействий, но и формирование и укрепление здоровья школьников, воспитание у них и у их учителей культуры здоровья.

Приведенный далее перечень принципов здоровьесберегающей педагогики разработан Н. К. Смирновым<sup>1</sup>, который во главу угла ставит *принцип не нанесения вреда*. Как отмечает автор «принцип не нанесения вреда — «No nocere!» — одинаково первостепенен и для медиков, и для педагогов, и для родителей. На его соблюдении строятся профессиональная этика любой человековедческой профессии, медицинской деонтологии, основы педагогики и дидактики».

*Принцип приоритета действенной заботы* о здоровье учащихся и педагогов предполагает, что все происходящее в образовательном учреждении — от разработки планов, программ до проверки их выполнения, включая проведение уроков, перемен, организацию внеурочной деятельности учащихся, подготовку педагогических кадров, работу с родителями и др. — должно оцениваться с позиции влияния на психофизиологическое состояние и здоровье учащихся и учителей.

В теории влияние педагогических воздействий на здоровье учащихся и педагогов учитывается во всех педагогических системах и технологиях. Невозможно себе представить, чтобы кто-то разработал, а другие использовали такие методы, приемы, которые очевидно наносили бы вред здоровью. Забота о здоровье сама собой подразумевается. В такой очевидности кроется опасность, которая и приводит к неблагоприятному состоянию здоровья учащихся: ведь если разработчики программы, методики действительно учитывали ее влияние на здоровье, то и не возникала бы необходимость проверять ее. А учет этот происходит обычно на уровне здравого смысла, так как никакие специальные исследования не проводятся. Поэтому реализация данного

---

<sup>1</sup> Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе учителя и школы [Текст] — М.: Изд-во: Аркти, 2003. — С. 272

принципа невозможна без проведения мониторинга здоровья учащихся — физического, психологического, духовно-нравственного.

Принцип триединого представления о здоровье обуславливает необходимость подходить к категории здоровья в соответствии с определением Всемирной организации здравоохранения, т. е. как к единству физического, психического и духовно-нравственного здоровья. При его несоблюдении все внимание обращается на физическое здоровье с возложением ответственности за его сохранение на врача, физиолога, учителя физкультуры. При этом другие стороны здоровья как единого целого — душевное, духовно-нравственное — остаются за рамками рассмотрения и оценки. В здоровьесберегающей деятельности школы эта методологическая ошибка не только снижает эффективность проводимой работы, но и дезориентирует ее исполнителей.

Принцип непрерывности и преемственности определяет необходимость проводить здоровьесберегающую работу в образовательных учреждениях не от случая к случаю и по предписанию СЭС, как часто бывает, а каждый день и на каждом уроке. Причем обязателен учет того, что уже было сделано ранее в рамках организационных мероприятий и непосредственно в учебно-воспитательной работе.

Принцип субъект-субъектного взаимоотношения с учащимися. Связь главной задачи школы — образовательной с заботой о здоровье учащихся проявляется на двух уровнях: содержательном и процессуальном. Первый определяется включением вопросов здоровья в содержание учебных программ; второй — обеспечением здоровьесберегающего характера (результата) проведения процесса обучения. В решении главной задачи на обоих уровнях принципиально важны заинтересованность и ответственность учащегося. Это его, школьника, задача состоит в обретении компетенций грамотной заботы о своем здоровье. Задача же учителя — максимальное содействие ему в этом стремлении. То же и на процессуальном уровне: не только педагоги обязаны обеспечивать здоровьесберегающие условия образовательного процесса — сам школьник должен помогать им в решении этой общей (и более важной лично для него!) задачи. Иначе из субъекта образовательного процесса учащийся превращается в его объект — некий сосуд, который требуется наполнить знаниями, придать ему определенный вид и при этом уберечь от разрушающих воздействий, царапин и т. д. Сосуд, который, когда он не нужен, можно поставить в темный уголок или хранить на складе. Объектное отношение к школьнику в условиях «массовой педагогики» не может быть здоровьесберегающим.

Субъект, в отличие от объекта, всегда индивидуален, поэтому одно из условий реализации этого принципа — необходимость индивидуального подхода к учащемуся, без обеспечения которого трудно рассчитывать на достижение здоровьесберегающих результатов.

Принцип соответствия содержания и организации обучения возрастным особенностям учащихся. Речь идет об уровне и содержании программ, терминологии, решаемых задачах, формах и методах преподавания и т. д.

Традиционная для педагогики проблема: что и как преподавать, чтобы, с одной стороны, учебный материал не был слишком сложен для учащихся, а с другой — способствовал бы их развитию. При рассмотрении этой проблемы в аспекте охраны здоровья учащихся основное внимание обычно обращают на риск перегрузок, развитие состояния утомления от сложности изучаемого материала и слишком высокий темп



учебной работы, на формирование дистресса, фрустрации от постоянного ощущения неуспеха. Явно недостаточно внимания уделяется вопросу о влиянии образовательной программы на формирование поведения учащихся, их образ мыслей, привычки, основные компетенции, адаптирующие к реальной жизни. Большинство учебных программ содержат сведения и понятия, лишь перегружающие память школьников, например неграмотное проведение антинаркотической работы без учета возрастных особенностей учащихся нередко приводит к повышению интереса к наркотикам.

Соответствие объема учебной нагрузки и уровня сложности изучаемого материала индивидуальным возможностям учащегося — одно из обязательных требований к любой образовательной технологии, определяющей характер ее влияния на личность и здоровье учащихся.

Принцип комплексного междисциплинарного подхода — основа эффективной работы по охране здоровья человека. Только тесное, согласованное взаимодействие педагогов, психологов и врачей является условием достижения намеченных результатов здоровьесберегающих программ. Взаимопонимание между специалистами, занимающимися проблемами здоровья детей, должно быть таким, чтобы они составляли единую команду, понимая друг друга с полуслова, поэтому необходима их компетентность в смежных областях знаний. Хороший врач не только медик, но и психолог, а детский врач — еще и педагог. Те педагоги, которые на деле заботятся о здоровье своих подопечных, должны быть компетентны и в практической психологии, и в вопросах охраны здоровья.

Эффективно работающий педагог — это всегда и хороший психолог. В современной школе невозможно разрешить большинство вопросов, связанных в том числе и со здоровьем школьников, без должного уровня психологической грамотности учителя, не столько теоретической, сколько практической. И уж тем более недопустимо брать на себя ответственность за формирование здоровьесберегающего пространства школы, обучать вопросам здоровья детей учителю, не имеющему специальной подготовки. Необходимы жесткие требования к уровню профессионализма педагогов, занимающихся вопросами здоровья учащихся.

Общепедагогический принцип гармоничного сочетания обучающихся, воспитывающих и развивающих педагогических воздействий конкретизируется в практике здоровьесберегающей педагогики путем разведения понятий, программ, форм и методов: а) обучения здоровью; б) воспитания культуры здоровья; в) формирования здоровья; г) укрепления здоровья, пополнения адаптационных ресурсов, возможностей организма и психики.

Приоритет позитивных воздействий (подкреплений) над негативными (запретами, порицаниями) — один из важнейших общепедагогических постулатов и одно из важнейших условий здоровьесберегающей педагогики. Неблагоприятное воздействие на здоровье и психическое развитие детей оказывает преобладание запретов, порицаний, неодобрений и т. д., превалирующих как в профессиональной, так и в родительской педагогике. Привычка учителя (а дома родителя) фиксировать внимание ребенка преимущественно на недостатках, ошибках, ограничениях и т. д. формирует психологически ущербную личность, с заниженной самооценкой, комплексом неполноценности, не способную ставить настоящих целей и добиваться их достижения.

А это признак психологического нездоровья. Однако, по результатам многих исследований, именно такие педагогические воздействия преобладают в российской школе.

Приоритет активных методов обучения влияет на процесс здоровьесбережения тем, что достигается снижение риска появления у школьников переутомления в результате беспощадной эксплуатации резервов механической памяти в сочетании с гиподинамией и хроническим дистрессом; кроме того, происходит более гармоничное развитие личности в условиях активного включения в процесс социального взаимодействия.

Принцип сочетания охранительной и тренирующей стратегий. В соответствии с охранительной стратегией следует оберегать человека от всех (по возможности) вредных воздействий, подстилать соломку где только можно. Эта стратегия больше коррелирует с медико-гигиеническим подходом. Стремление перестраховаться свойственно плохим врачам, которые даже при незначительном повышении температуры спешат назначить пациенту антибиотики, не думая о том, какой сопутствующий ущерб это нанесет его здоровью.

Тренирующая стратегия построена на стремлении повысить адаптационные возможности человека, наилучшим образом подготовить его к встрече с нежелательными, опасными для здоровья воздействиями. Эта стратегия более рискованная, более творческая, но и более индивидуализированная. Необходимо точно выбрать тот порог потенциально вредных воздействий, с ущербом от которых организм сможет справиться, обретая при этом способность самостоятельно противостоять в дальнейшем агрессивным воздействиям окружающей среды. Формирование в организме иммунитета к инфекциям путем проведения прививок, закалывание с помощью обливаний холодной водой, участие в жестких психологических тренингах — примеры реализации такой стратегии.

Две стратегии заботы о здоровье есть проявление диалектического единства и борьбы противоположностей, а грамотное использование этого противоречия позволяет подняться на качественно новый, более высокий уровень заботы о здоровье. Соблюдение правильного соотношения между оберегающими и тренирующими воздействиями требует высокой медико-психологической и физиологической грамотности, полноценной реализации индивидуального подхода.

Стимулировать процессы развития личности, формирования, укрепления здоровья, накопления адаптационных ресурсов организма на таком уровне напряжения сил и возможностей, при котором проявление заботы о перспективах развития и жизнедеятельности организма не вступает в противоречие с заботой об актуальном состоянии и здоровье человека, — вот суть принципа сочетания охранительной и тренирующей стратегий.

Принцип формирования ответственности учащихся за свое здоровье как частный случай ответственности за свое поведение, свою жизнь. Привнесен в педагогику из психологии, где этой проблеме уделяется должное внимание не на констатирующем уровне — в призывах и декларациях, а в воспитательных программах и многочисленных приемах индивидуальной и групповой работы с целью формирования этого важнейшего качества у личности, ее ориентации на здоровый образ жизни. Отсутствие у ребенка, подростка чувства такой ответственности, по сути, сводит на нет все усилия по формированию культуры здоровья, так как не обеспечивает необходимых

психологических предпосылок для реализации знаний, умений, навыков в ситуации, требующей принятия решений, связанных со здоровьем.

Принцип отсроченного результата не относится к важнейшим, но часто не учитывается при оценке результативности программ и мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья учащихся. Неспециалисты (управленцы, чиновники или лица, распределяющие финансовые потоки), от решения которых нередко зависит судьба того или иного проекта, а часто и сами учителя склонны ориентироваться на быстрые результаты и контрастные внешние «картинки». Для этого существует немало эффективных приемов, тренингов, позволяющих получить быстрый показательный, но иллюзорный результат.

В реальности же личностные изменения, определяющие систему отношений и рисунок поведения человека, формируются подспудно и длительно. Результат чаще проявляется в альтернативной ситуации неожиданно как определенный выбор, не свойственный ранее этому человеку. У опытных педагогов и занимающихся тренингом психологов имеется немало тому примеров. Поэтому на старте работы, направленной на сохранение и укрепление здоровья школьников, необходимо запастись терпением и не опускать руки при отсутствии видимых результатов в первые недели и месяцы ожидания изменений.

Принцип контроля за результатами, основанный на получении обратной связи, должен быть реализован в работе как всей школы (проведение диагностики, мониторинга здоровья), так и каждого учителя, в его индивидуальной педагогической технологии.

Здоровьесберегающие технологии ориентированы на развитие готовности и способности работников образования обеспечить высокий уровень образовательной деятельности без ущерба для здоровья учащихся.

Понятие здоровьесберегающие образовательные технологии появилось в педагогическом лексиконе в последние несколько лет и до сих пор воспринимается многими педагогами как аналог санитарно-гигиенических мероприятий.

Здоровьесберегающие образовательные технологии составляют технологическую основу здоровьесберегающей педагогики. Определить их представляется возможным, исходя из родового понятия — образовательные технологии. В условиях, когда образование стало всеобщим, а профессия учителя — массовой, надеяться на индивидуальное мастерство педагога становится все труднее. Поэтому в настоящее время педагоги и методисты ведут активные поиски дидактических средств, которые могли бы сделать процесс обучения похожим на хорошо отлаженный механизм. Еще Я. А. Коменский стремился найти такой общий порядок обучения, при котором оно осуществлялось бы по законам, единым для человека и природы. Тогда обучение не потребовало бы ничего иного, кроме искусного распределения времени, предметов и метода. Об актуальности такого технологического подхода к образованию можно судить потому, что в настоящее время, с которым методисты, педагоги обращаются к новым для них понятиям: педагогические технологии, технологии обучения, образовательные технологии.

С точки зрения здоровьесбережения учить нужно так, чтобы не наносить вреда здоровью субъектов образовательного процесса — учащихся и педагогов.

При любом аспекте рассмотрения важнейшим элементом образовательной технологии оказывается диагностический блок, позволяющий оценить, достигнут ли запланированный результат, ибо только в этом случае можно говорить о технологии.

Цель педагогической (образовательной) технологии — достижение заданного образовательного результата в обучении, воспитании, развитии. Например, технология вероятностного образования А. М. Лобка<sup>1</sup> направлена на формирование авторской позиции ребенка в вопросах культуры; технология В. Н. Зайцева ориентирована на достижение оптимальных результатов в овладении младшими школьниками общеучебными умениями; цель системы развивающего обучения Л. В. Занкова — всестороннее гармоничное развитие личности и т. д. Здоровьесбережение по определению не может быть основной целью образовательного процесса, а может быть только условием, одной из задач, связанных с достижением главной цели.

Прилагательное здоровьесберегающая относится к качественной характеристике любой образовательной технологии, показывающей, насколько при реализации данной технологии (педагогической системы) решается задача сохранения здоровья основных субъектов образовательного процесса — учащихся и педагогов. В то же время оно определяет направленность действий, совокупность задач, решаемых в процессе достижения главной цели образовательной системы и таким образом фиксирует соответствующий приоритет в идеологии и принципах педагогической деятельности. Это гарантия того, что с учащихся не взимается «плата» за получаемое ими образование в форме непреднамеренного нанесения ущерба их здоровью.

В контексте задач здоровьесбережения все педагогические технологии делятся на 3 группы.

Первая группа включает технологии, с большой вероятностью наносящие ущерб здоровью учащихся и педагогов. К этой группе, к сожалению, приходится отнести традиционную технологию обучения, разработанную Я. А. Каменским. «К сожалению» — поскольку именно она используется в массовом порядке в российских школах. Сюда же должны быть отнесены технологии, для которых характерны чрезмерная интенсификация образовательного процесса, активное использование приемов авторитарной педагогики и т. д.

Вторая группа альтернативна первой, так как в технологиях этой группы сохранение и укрепление здоровья заявляется в качестве приоритета, обеспечивается на технологическом уровне (в принципах работы, задачах, методах, программах), реализуется на практике и подтверждается результатами диагностики (мониторинга). Именно эти технологии обозначаются как здоровьесберегающие (им и посвящено дальнейшее содержание книги).

К третьей группе, самой многочисленной, относятся все остальные педагогические технологии, по описанию которых невозможно судить об их воздействии на здоровье участников образовательного процесса. Поэтому для отнесения какой-то из них в первую или вторую группу необходимо провести изучение ее самой и получаемых результатов с точки зрения воздействия на здоровье учащихся и педагогов. (В отличие от производственных, человековедческие технологии не поддаются детальному описанию, иначе это схема, инструкция по работе с человеком, а достигаемый результат может быть задан лишь определенными параметрами и критериями.)

Возложение на школу и учителя такой, казалось бы, несвойственной им задачи — заботы о здоровье учащихся — определяется следующими причинами.

---

<sup>1</sup> Лобок А. М. Рекомендации по разработке и совершенствованию образовательных программ//Муниципальное образование: инновации и эксперимент, 2008. — № 2

Во-первых, взрослые всегда несут ответственность за все, что происходит с детьми, находящимися под их опекой. Это касается и детского здоровья. Именно в школе под присмотром учителей школьники проводят значительную часть времени, и не полагать им сохранить здоровье — проявление бездушия и непрофессионализма.

Во-вторых, большая часть всех воздействий на здоровье учащихся — желательных и нежелательных — осуществляется именно педагогами в стенах образовательных учреждений. Если же придерживаться точки зрения, что всеми вопросами здоровья должны заниматься медики, то к каждому классу надо прикрепить хотя бы одного врача. Однако по штатному расписанию одна врачебная ставка приходится на 1200 школьников!

В-третьих, современная медицина занимается не здоровьем, а болезнями, не профилактикой, а лечением. Задача же школы — сохранить и укрепить здоровье своих воспитанников, поэтому главное действующее лицо, заботящееся о здоровье учащихся в образовательных учреждениях, — педагог. Вместе с тем, все, чем занимаются в школах врачи и средний медицинский персонал, важно, необходимо и должно быть согласовано со здоровьесберегающей деятельностью каждого учителя. Поскольку в среднем 90% школьников имеют различные отклонения здоровья, а у 2/3 диагностируются те или иные хронические заболевания, учитель должен постоянно помнить и учитывать в своей работе, что он обучает и воспитывает нездоровых детей!

В последние годы произошла некоторая мифологизация представлений о здоровьесберегающих технологиях как о чем-то таинственном и чудодейственном. От специалиста, как от мага и чародея, ждут открытия какого-то секрета, как в средние века от алхимиков ждали рецепта превращения ртути в золото. Особенной представляется и картинка такой технологии, ее образ. Это обязательно должно быть что-то необычное, яркое, демонстративное. Например, красиво оформленный фитобар — это здоровьесберегающие технологии, а чистота и порядок в туалетах — это просто санитарно-гигиеническое состояние; открытый в школе кабинет физиотерапии или конторки в классе — это здоровьесберегающие технологии, а грамотно составленное расписание уроков и используемые учителем приемы нейтрализации стресса у школьников — это повседневная, общеизвестная работа школы и т. д. Хотя все перечисленное и относится к охране здоровья учащихся, называть отдельные акции, мероприятия, связанные со здоровьем, здоровьесберегающей технологией было бы неверно.

Эффективность позитивного воздействия на здоровье школьников различных оздоровительных мероприятий определяется не столько качеством используемых приемов и методов, сколько их грамотной встроенностью в общую систему, направленную на благо здоровья учащихся и педагогов и отвечающую единству целей, задач, идеологии. Хаотичный набор методов, имеющих то или иное отношение к заявленной цели, не составляет никакой технологии, в том числе и здоровьесберегающей.

Комплексные программы заботы о здоровье учащихся используются во всех развитых странах мира. Так, Программа здравоохранения в школе, рекомендуемая к использованию в США с 1999 г. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, включает 8 основных модулей:

- Школьная среда (School environment).
- Образование детей в сфере здоровья (Health education).
- Программы и практические руководства по физической активности (Physical activity programs and practices).

- Школьное питание (Nutrition services).
- Медицинские услуги в школе (School health services).
- Психологическое и социальное консультирование (School counseling, psychological and social services).
- Повышение квалификации работников школ в области здравоохранения (School-site health promotion for staff).
- Активное участие семьи и общества (Family and community involvement).

Близок к профилактическим программам, используемым в образовательных учреждениях экономически развитых стран, и комплексный подход к укреплению и охране здоровья учащихся в России.

Обязательными компонентами государственной политики в области охраны и укрепления здоровья детей и подростков являются:

- научно-методическое обеспечение;
- законодательная база и подзаконные акты, обеспечивающие сохранение и укрепление здоровья в процессе обучения и воспитания;
- создание условий для благоприятного роста и развития детей в школе;
- использование здоровьесберегающих образовательных технологий;
- формирование здорового образа жизни подрастающего поколения;
- эффективное медицинское обеспечение в школе<sup>1</sup>.

Можно выделить две стратегии работы школ по сохранению и укреплению здоровья учащихся.

Стратегия вынужденных мер. Это отдельные действия и локальные программы, осуществлять которые руководство школы или управления образования вынуждают факты неблагополучия здоровья учащихся, высокий процент курящих школьников или предстоящие проверки работы со стороны вышестоящих организаций. Начинается кампания, направленная на устранение выявленных недостатков. Меры принимаются, что-то изменяется в целенаправленной, комплексной и последовательной работы происходит латание дыр. Объясняется это, как правило, традиционно — недостатком финансирования. На самом деле, имеют место соответствующий выбор приоритетов (не в пользу вопросов здоровья) и нерациональное использование средств. То же, что на общегосударственном уровне происходит в системе здравоохранения и в профилактике наркозависимости: вместо предупреждения заболеваний и условий, стимулирующих употребление наркотиков, основные средства направляются на лечение уже проявившихся недугов.

Дополнительные признаки стратегии вынужденных мер:

- проводится не комплексный мониторинг здоровья учащихся, а только отдельные обследования;
- вопросы здоровья не обсуждаются ни учителями (на педсоветах, тематических занятиях), ни учащимися (в ходе опросов, анкетирований), ни их родителями (проявляющими свое беспокойство только при посещении врача в поликлинике);

---

<sup>1</sup> Здоровьесберегающая деятельность в контексте государственной образовательной политики [Текст]: материалы II Всерос. науч.-практ. конф. «Сохранение и укрепление здоровья в образовательных учреждениях Рос. Федерации» (30–31 окт. 2008 г.). — М.: Федер. ин-т развития образования, 2009. — 384 с.



- показатели здоровья учащихся не учитываются при оценке работы педагогического коллектива и отдельных учителей;
- большинство учителей (а иногда все учителя) не проходили подготовку (повышение квалификации) по охране здоровья учащихся.

Стратегия формирования здоровьесберегающего пространства школы. Она реализуется в форме медицинской и психолого-педагогической моделей. Медицинская модель предполагает обеспечение здоровья учащихся путем максимального наполнения школы медицинскими (физиологическими) технологиями диагностики, поддержания и укрепления здоровья. Создаются фитобары, комнаты горного воздуха, физиотерапевтические кабинеты, реализуются программы сложной диагностики заболеваний детей и др. Появляются позитивные результаты: такая школа становится привлекательной для родителей (в нее стремятся отдать своих детей) и сами школьники начинают внимательно относиться к своему здоровью.

Негативные моменты медицинской модели. Для ее реализации требуются значительные финансовые средства. Их могут позволить себе или частные школы, для которых часто важен лишь внешний рисунок происходящих процессов, или школы, участвующие в реализации проектов с целевым финансированием, например школы, содействующие укреплению здоровья. Основное внимание сосредоточено на медицинской стороне изменений, образовательная (педагогическая) же сторона фактически остается на втором плане. Это приводит к тому, что учителя перекалдывают ответственность за проводимую работу и ее результаты на плечи медиков, психологов, ученых, забывая о том, что главные проблемы для здоровья учащихся создают они сами.

Более перспективной и действенной является психолого-педагогическая модель. Она основана на приоритете психолого-педагогических принципов и здоровьесберегающей педагогики, и в ней учителю отводится основная роль в сохранении и укреплении здоровья учащихся (именно этой модели и посвящена данная книга). Ее реализация предполагает формирование в школе здоровьесберегающего образовательного пространства (такого, при котором исключаются или минимизируются вредные для здоровья учащихся воздействия школы и всего образовательного процесса), а в дальнейшем — здоровьесозидающего, здоровьеукрепляющего пространства школы. То есть последовательно решаются задачи минимум и оптимум. (Здесь отход от традиционной дихотомии минимум — максимум обусловлен тем, что задача максимум по отношению к здоровью представляется скорее полюсом, к которому надо стремиться.)

Обе модели не являются антагонистическими по отношению друг к другу и в идеальном варианте дополняют друг друга. Успешность реализации любой модели, связанной с вопросами здоровья, зависит от трех лиц, принимающих решения:

- руководителя администрации города, района, его зама или руководителя управления образования; он определяет общую стратегию решения социальных проблем, распоряжается финансами, без которых масштабные проекты не выполнимы;
- директора школы, располагающего несколько меньшими финансовыми, зато большими организационными возможностями; от его умения подобрать кадры, распределить обязанности, обеспечить ответственность, контроль и многое другое в немалой степени зависит успех здоровьесберегающей работы школы;

— учителя; от уровня его квалификации, понимания стоящих задач, заинтересованности в этой работе, инициативности и других качеств зависит конечный результат — сохранение здоровья школьников.

Основная нагрузка по профилактике здоровья школьников ложится на образовательные учреждения. Очень важным становится вопрос подготовки педагогических кадров для работы с детьми, основным критерием профессиональной компетентности которых должны являться высокий уровень развития культуры здоровья специалиста.

Практикующим работникам образования и будущим специалистам образовательной сферы необходимо учитывать, что присутствующий на уроке в обычной школе ребенок, как правило, не здоров. Игнорировать этот факт, проводя занятия так, как если бы никто из школьников не имел проблем со здоровьем, — неправильная и непрофессиональная позиция педагога. Визуальная оценка психофизиологического состояния школьника, влияющая на его учебные успехи и поведение, с одной стороны, и на его здоровье, с другой стороны, умение позитивно воздействовать на него (снизить учебную нагрузку, оказать психологическую поддержку, успокоить, переключить внимание и т.п.), так же относится к профессиональной компетенции учителя, как и знание приемов и методик обучения своему предмету.

Термин школьные болезни за последние годы прочно вошел в педагогический обиход. В эту группу относятся, в первую очередь, сколиоз и близорукость. Сюда же относятся нервно-психические расстройства, обусловленные воздействием дистрессов, астено-невротические состояния, нарушения обмена веществ и заболевания пищеварительной системы, обусловленные неправильным питанием, гиподинамией и др.

Начальные проявления этих нарушений здоровья становятся заметны уже в первых классах, а в последующем возрастают год от года.

Планами мероприятий по профилактике близорукости предусматриваются:

- 1) рассадка детей в классе с учетом состояния их зрения;
- 2) рациональная организация режима учебных занятий, направленная на уменьшение зрительной нагрузки, чередование устной и письменной работ, отдых глаз в ходе работы (перевод взгляда с близких на удаленные предметы и специальные комплексы гимнастики для глаз), минуты тишины с закрытыми глазами;
- 3) оборудование учебных помещений плакатами и стендами для гимнастики зрения, снятия зрительного напряжения, зрительно-координатных тренажей;
- 4) проведение на каждом уроке специальных упражнений гимнастики зрения; в планы уроков включается методика по строению занятий в режиме подвижных объектов и зрительных горизонтов;
- 5) питание с достаточным количеством минеральных солей и витаминов (главным образом А, Р и С);
- 6) правильное использование технических (видеоэкранных) средств обучения в школе: расстояние при просмотре телевизионных передач в пределах 3–5 м, длительность просмотра передач — 15–20 мин, подсветка, использование специальных школьных компьютеров, соответствующих гигиеническим нормам;
- 7) использование только допущенных Министерством образования учебников;
- 8) контроль за гигиеной чтения школьников: шрифт, печать, поля должны отвечать требованиям СанПиНов, неотрывное чтение — не более 3–7 мин (1–2 классы); 7–15 мин (3–4 классы); 20–25 мин (5–10 классы); расстояние от глаз до текста для

младших школьников — 24 см, для средних и старших — 29 см, исключение чтения в положении лежа;

9) рациональная организация освещения в учебных помещениях школы и дома; ежедневное пребывание на воздухе — не менее 2–3 ч;

10) организация занятий с офтальмотренажером, гимнастики специальных форм для детей с прогрессирующей близорукостью под контролем медиков на большой перемене или в специально выделенное время, использование методики сферопризматической коррекции Ю. Утехина и др.

11) инструктаж родителей школьников по правилам гигиены зрения;

12) учет состояния зрения школьника при определении его в группу для занятий физкультурой.

Планами мероприятий по профилактике нарушений осанки предусматриваются:

1) ранняя диагностика отклонений в осанке и своде стопы;

2) активное формирование правильной осанки за счет укрепления мышечного корсета (мышц спины, живота, плеч, шеи) средствами лечебной физической культуры (ЛФК);

3) обеспечение соответствия мебели в школе и дома росту и пропорциям тела учащихся;

4) контроль учителя за правильной позой школьника на уроках; обмен учащихся местами в младших классах не менее 2 раз в год;

5) правильное расположение рабочего места (столов, парт), всего помещения, где идут занятия или приготовление уроков, и достаточное их освещение;

6) правильная организация режима учебных занятий;

7) ежедневное использование активного отдыха на уроках физкультуры, переменах (подвижные игры), во внеурочное время (плавание, лыжи, специальные упражнения для домашних заданий);

8) проведение занятий корригирующей гимнастики, ЛФК, оздоровительного массажа, самомассажа, суставной гимнастики;

9) оборудование класса несколькими настольными конторками, регулируемые по росту;

10) обеспечение полноценного питания, сбалансированного по солевому составу.

Ознакомление с основными моделями и здоровьесберегающими образовательными технологиями будет способствовать формированию профессиональной культуры в целом и культуры здоровья в частности, а также позволит продолжить разработку новых методов и приемов здоровьесберегающего образования на более качественном уровне.

Реализация здоровьесберегающих образовательных технологий — такая организация образовательного процесса на всех его уровнях, при которой качественное обучение, развитие и воспитание учащихся происходит без нанесения ущерба их здоровью. Грамотное решение этой задачи позволяет решить также и другие, непосредственно с ней связанные задачи образования: формирование и укрепление здоровья учащихся, воспитание у них культуры здоровья, а также сохранение здоровья педагогов.

Вышеперечисленные проблемы не являются новыми. Однако актуальность их не становится меньше, а наоборот, все увеличивается. Кроме того, сегодня становится очевидным, что инертность субъектов образования на всех вышеперечисленных

уровнях решения проблем, привела к резкому ухудшению психического и психосоматического здоровья, а также проявлению фактов девиантного и делинквентного поведения учащихся и профессиональному выгоранию школьных учителей.

Психическое здоровье и психологическое благополучие учащихся и учителей, проявляющееся в результативности учебно-педагогической деятельности и психологической удовлетворенности субъектов обучения в полной мере будет зависеть от осознания руководителями учебно-воспитательного процесса важности и значимости внедрения здоровьесберегающей технологии, основывающейся на данных принципах. Использование в практике реализации здоровьесберегающих технологий образования вышеперечисленных принципов будет способствовать повышению эффективности данной реализации.

### Список литературы

1. Баева И. А. Психологическая безопасность в образовании. — СПб, 2002..
2. Обеспечение психологической безопасности в образовательном учреждении/Под ред. И. А. Баевой. — СПб, 2006.
3. Писарева С. А. Образовательная среда профильного обучения. Учебно-методическое пособие для учителей/Под ред. А. П. Тряпициной. — СПб.: КАРО, 2005.
4. Здоровьесберегающая деятельность в контексте государственной образовательной политики [Текст]: материалы II Всерос. науч.-практ. конф. “Сохранение и укрепление здоровья в образовательных учреждениях Рос. Федерации” (30–31 окт. 2008 г.). — М.: Федер. ин-т развития образования, 2009. — 384 с.
5. Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе учителя и школы [Текст] — М.: Изд-во: Аркти, 2003. — С. 272
6. Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья [Текст] — М.: Изд-во Аркти, 2005. — С. 320