



МОСКОВСКИЙ
ГОРОДСКОЙ
УНИВЕРСИТЕТ
МГПУ

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
Государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования города Москвы
«Московский городской педагогический университет»
(ГАОУ ВО МГПУ)

Институт системных проектов
Лаборатория здоровьесберегающей деятельности в образовании

Научно-методическое сопровождение
формирования здоровья обучающихся
как значимой компетентности педагогических
работников в рамках реализации
федеральных государственных образовательных
стандартов общего образования
и профессионального стандарта педагога

МОНОГРАФИЯ

Москва
2018

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
Государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования города Москвы
«Московский городской педагогический университет»
(ГАОУ ВО МГПУ)

Институт системных проектов
Лаборатория здоровьесберегающей деятельности в образовании

**Научно-методическое сопровождение
формирования здоровья обучающихся
как значимой компетентности педагогических
работников в рамках реализации федеральных
государственных образовательных стандартов
общего образования и профессионального
стандарта педагога**

Монография

Москва
2018

УДК 371.4+371.3
ББК 74.200.55+74.202.5
Н 34

Печатается по решению
Редакционно-издательского совета ГАОУ ВО МГПУ

Авторский коллектив:
Н.Н. Нежкина, И.В. Рябова, Т.А. Соболевская,
Ю.В. Чистякова, Е.В. Иванова

Под редакцией
доктора медицинских наук, профессора Н.Н. Нежкиной

Рецензенты:
заместитель директора по научной работе, профессор кафедры педагогики
и специального образования Ивановского государственного университета,
доктор психологических наук, доцент Е.А. Шмелева,
заведующий научно-исследовательской лабораторией развития
личности и здоровьесбережения МГПУ,
кандидат педагогических наук Е.В. Нехорошева

Н 34 **Научно-методическое сопровождение формирования
здоровья обучающихся как значимой компетентно-
сти педагогических работников в рамках реализа-
ции федеральных государственных образовательных
стандартов основного общего образования и профес-
сионального стандарта педагога:** монография /
авт. колл.: Н.Н. Нежкина, И.В. Рябова, Т.А. Соболевская,
Ю.В. Чистякова, Е.В. Иванова; под ред. Н.Н. Нежкиной. –
М.: МГПУ, 2018. – 112 с.

В монографии представлены современные данные о состоянии здоровья основ-
ных участников образовательных отношений, проанализированы ключевые подхо-
ды к формированию здоровья обучающихся как значимой компетентности педаго-
гических работников, систематизирована нормативно-правовая база, определяющая
необходимость формирования здорового образа жизни обучающихся. Представле-
на программа формирования здоровья школьников, имеющих проблемы со здоро-
вьем, приведены данные эффективности ее реализации в учебном процессе.

ISBN 978-5-243-00559-3

© Коллектив авторов, 2018
© ГАОУ ВО МГПУ, 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. Нормативная база, определяющая формирование здорового образа жизни обучающихся как значимую компетентность педагогических работников	6
Глава 2. Состояние здоровья основных участников образовательных отношений	11
§ 1. Состояние здоровья школьников	11
§ 2. Состояние здоровья педагогов	16
§ 3. Влияние состояния здоровья школьников на успешность обучения	25
Глава 3. Анализ основных подходов к формированию здоровья обучающихся как значимой компетентности педагогических работников	31
§ 1. Современные подходы к формированию здоровья обучающихся, условия их реализации, проблемы и перспективы решения	31
§ 2. Удовлетворенность педагогов системой формирования компетентности в области здоровьесберегающей деятельности	43
Глава 4. Новые технологии сопровождения неуспевающих школьников с нарушениями здоровья как значимой компетентности педагогических работников	79
Заключение	96
Литература	98
Сведения об авторах	110

ВВЕДЕНИЕ

Данные официальной статистики, результаты исследований ученых различных отраслей свидетельствуют об ухудшении состояния здоровья школьников и педагогов в России на протяжении последних десятилетий, что обуславливает необходимость разработки и внедрения в образовательный процесс здоровьесберегающих технологий [30, 91, 92, 94]. Приоритетом в этом направлении должно стать формирование и совершенствование компетентности здоровьесберегающей деятельности у педагога [27, 29, 31, 66, 84]. Только компетентный в вопросах здоровьесберегающей деятельности учитель владеет необходимыми знаниями о здоровье, здоровом образе жизни, здоровьесберегающих технологиях, осознает ценность здоровья, мотивирован к здоровьесберегающей деятельности и может реализовать знания и умения на практике в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта общего образования (ФГОС ОО) и профессиональным стандартом педагога [69, 93].

Однако желаемый образец педагога, сочетающий в себе профессиональные качества и пример культуры здоровья в широком смысле слова, в школьной среде пока еще не сформирован. Первостепенно следует отметить недооценку обществом кризисного состояния здоровья подрастающего поколения. Одной из причин непонимания является то, что результаты профилактического вмешательства наблюдаются через много лет после принимаемых сегодня решений. Несмотря на то что педагоги являются высококвалифицированными специалистами в своей области, у них в большинстве случаев не сформирована мотивация к здоровьесберегающей деятельности, что преимущественно связано с неподготовленностью к этой работе, дефицитом доступной, научно обоснованной информации и учебно-методических материалов.

В настоящей монографии систематизирована нормативно-правовая база, определяющая необходимость формирования здорового образа жизни обучающихся, представлены современные данные о состоянии здоровья основных участников образовательных

отношений; проанализированы ключевые подходы к формированию здоровья обучающихся как значимой компетентности педагогических работников. Представлена программа формирования здоровья школьников, имеющих проблемы со здоровьем, для повышения успешности их обучения, приведены данные эффективности ее реализации в учебном процессе. На основании собственных исследований научно обоснована необходимость создания программ повышения квалификации педагогов, содержательное наполнение которых позволит ликвидировать у них дефицит знаний по вопросам здоровьесбережения, особенно в области нормативного обеспечения этой деятельности, будет направлено на формирование культуры здорового образа жизни, прежде всего у самих педагогов, и, как следствие, повысит их мотивацию к совершенствованию компетенции здоровьесберегающей деятельности в образовании в соответствии с ФГОС ОО и профессиональным стандартом педагога.

ГЛАВА 1. НОРМАТИВНАЯ БАЗА, ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ОБУЧАЮЩИХСЯ КАК ЗНАЧИМУЮ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Модернизация системы образования обусловлена вызовами социально-экономического развития страны и, соответственно, новыми требованиями, предъявляемыми со стороны государства, в том числе по отношению к качеству подготовки кадров для всех сфер жизнедеятельности общества: духовной, социальной, экономической, политической. Образование как одна из базовых позиций обновляется прежде всего в соответствии с внутренними социально-экономическими потребностями страны.

С 2018 г. Президентом Российской Федерации объявлено Десятилетие детства. Согласно распоряжению Правительства РФ от 6 июля 2018 г. № 1375-р «Об утверждении плана основных мероприятий на 2018–2020 годы в рамках Десятилетия детства»¹ по направлению «Здоровье ребенка» предусмотрена не только «разработка долгосрочной комплексной программы фундаментальных и поисковых научных исследований в сфере охраны здоровья детей», но и «реализация мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у детей и молодежи, внедрение здоровьесберегающих технологий и основ медицинских знаний»².

В основных нормативных документах, регламентирующих функционирование системы образования на всех этапах профессиональной подготовки учителя, подчеркивается значимость формирования и постоянного развития у педагогов компетентности в области здоровьесберегающей деятельности как по отношению к ученикам, так и по отношению к собственному здоровью.

Правовые условия для формирования здоровья обучающихся как значимой компетентности педагогических работников отражены в концептуальных и стратегических документах федерального

¹ URL: <http://www.zakonrf.info/rasporiazhenie-pravitelstvo-rf-1375-r-06072018> (дата обращения: 01.10.2018).

² Там же.

уровня, федеральных законах, профессиональных стандартах, а также федеральных государственных образовательных стандартах. Одним из приоритетов социальной и экономической политики страны в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662-р, был провозглашен приоритет формирования здорового образа жизни: «Формирование здорового образа жизни должно стать важнейшим направлением политики в области охраны здоровья»¹. Одной из задач этого направления деятельности является «пропаганда и формирование здорового образа жизни и повышение ответственности работодателя за здоровье своих работников и населения за собственное здоровье»². Таким образом, каждый руководитель образовательной организации сегодня несет ответственность за свое здоровье и здоровье педагогических работников, а каждый педагогический работник — за свое здоровье и здоровье обучающихся.

В Концепции государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1618-р, подчеркнута важность решения задачи по развитию жизнеохранительной функции семьи и создание «условий для внедрения инновационных оздоровительных и физкультурно-спортивных технологий в работу образовательных организаций» [28: URL]. Это требование вновь актуализирует необходимость повышения профессионального уровня педагогических работников в сфере сохранения здоровья обучающихся.

В другом концептуальном документе — «Стратегии развития воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года», утвержденном распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 мая 2015 г. № 996-р, в содержание воспитания включается «формирование у подрастающего поколения ответственного отношения к своему здоровью и потребности в здоровом образе жизни и формирование в детской и семейной среде системы мо-

¹ URL: <http://www.government.ru/info/6217/> (дата обращения: 01.10.2018).

² Там же.

тивации к активному и здоровому образу жизни, занятиям физической культурой и спортом» [84: URL].

В Концепции Федеральной целевой программы развития образования на 2016–2020 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2014 г. № 2765-р, впервые на федеральном уровне была поставлена задача по «кардинальному и масштабному развитию компетенций педагогических кадров, системным мерам по повышению социальной направленности (ответственности) системы образования, в том числе за счет создания и реализации программ формирования у молодого поколения культуры здорового и безопасного образа жизни» [31].

Среди главных принципов в государственной политике и области правового регулирования отношений в сфере образования в Федеральном законе от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» определяется «приоритет жизни и здоровья человека» [94, с. 3]. К компетенции образовательной организации относится «создание необходимых условий для охраны и укрепления здоровья... обучающихся и работников образовательной организации» [94, с. 28]. В понятие «создание условий» в соответствии с требованиями ФГОС входят прежде всего кадровые условия. Повышение уровня компетенций педагогических работников в этом направлении — главная задача системы дополнительного профессионального образования.

В основные права обучающихся включено «предоставление условий для обучения с учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья, охрана жизни и здоровья» [94, с. 34]. Объем содержания данного направления образовательной деятельности раскрывается в ст. 41 Закона «Об образовании в Российской Федерации» «Охрана здоровья обучающихся». Кроме «наблюдения за состоянием здоровья обучающихся» (п. 1 в ред. Федерального закона от 03.07.2016 № 313-ФЗ), непосредственно необходимо и «обучение и воспитание в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [94, с. 41]. В соответствии со ст. 43 этого закона обучающиеся обязаны «заботиться о сохранении и об укреплении своего здоровья» [Там же]. Именно этому их должны научить в школе педагогические работники.

Финансовое обеспечение стратегических направлений деятельности в сфере образования представлено в Федеральной целевой программе развития образования (ФЦПРО) на 2016–2020 годы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 23 мая 2015 г. № 497 [90: URL]. В рамках второй задачи Федеральной целевой программы развития образования, предусматривающей реализацию мероприятий, направленных на обеспечение внедрения ФГОС, «необходимым условием внедрения нового содержания и технологий общего образования являются компетентные педагогические и руководящие кадры». Поэтому будут осуществлены меры по «повышению профессионального уровня педагогических работников общеобразовательных организаций, в том числе обеспечено сопровождение внедрения профессиональных стандартов педагога...»¹.

В Комплексной программе повышения профессионального уровня педагогических работников общеобразовательных организаций, утвержденной Заместителем Председателя Правительства Российской Федерации О. Голодец 28 мая 2014 г. № 3241п-П, поставлена проблема «отсутствия четкой и объективной взаимосвязи между квалификацией (профессиональным уровнем, уровнем владения компетенциями) педагогического работника, качеством и результатами его профессиональной деятельности и оплатой труда» [27: URL]. Данная проблема связана и со здоровьесформирующей компетентностью педагога. Ее необходимо решать прежде всего в «системе подготовки, переподготовки и повышения квалификации педагогических кадров» [27: URL]. Только педагог, умеющий заботиться о своем здоровье, может воспитать учащегося, мотивированного и умеющего сохранять собственное здоровье. Исходя из этого программного документа, в профессиональном стандарте «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего

URL: <http://base.garant.ru/71044750/> (дата обращения: 01.10.2018).

общего образования) (воспитатель, учитель)», утвержденном приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 18 октября 2013 г. № 544н, нормативно зафиксировано трудовое действие по «формированию у обучающихся культуры здорового и безопасного образа жизни» [69].

Данное трудовое действие педагогов позволяет получить тот планируемый результат освоения образовательной программы общего образования, который нормативно зафиксирован во ФГОС начального общего, основного общего и среднего общего образования. Так, «портрет выпускника начальной школы» ориентирован среди прочих личностных характеристик ребенка на выполнение правил здорового и безопасного для себя и окружающих образа жизни [91: URL].

На уровне основного общего образования выпускник должен осознанно выполнять правила здорового и экологически целесообразного образа жизни, безопасного для человека и окружающей его среды [92: URL].

Уровень среднего (полного) общего образования предусматривает в области личностных характеристик выпускника не только осознанное выполнение, но и пропагандирование правил здорового, безопасного и экологически целесообразного образа жизни [93: URL].

Таким образом, анализ нормативной базы, определяющей основные направления развития системы школьного образования в современной России, позволяет сделать заключение о том, что необходимым компонентом для ее полноценного функционирования в концепции ФГОС и профессионального стандарта педагога является создание условий для формирования и постоянного развития компетентности педагога в области здоровьесберегающей деятельности как по отношению к ученикам, так и по отношению к собственному здоровью.

ГЛАВА 2. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ОСНОВНЫХ УЧАСТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ

§ 1. Состояние здоровья школьников

За прошедшие десятилетия повсеместно отмечено ухудшение здоровья школьников, что подтверждается данными официальной статистики, результатами профилактических осмотров и научных исследований [63, 67, 70, 71, 88].

Так, по данным лонгитудинальных исследований, проводимых НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН, в процессе обучения от 1-го до 9-го класса включительно состояние здоровья школьников ухудшается: увеличивается наполняемость III–IV групп здоровья за счет уменьшения количества детей, отнесенных ко II группе здоровья, что говорит о возрастании распространенности функциональных отклонений и хронических заболеваний [71].

Анализ распределения детей на группы здоровья показал, что, если в 1-м классе к I группе здоровья было отнесено 4,3 % наблюдаемых школьников, то к концу 9-го класса всего 0,7 % школьников можно было считать здоровыми. За этот же период произошло уменьшение наполняемости II группы здоровья (функциональные расстройства) с 44,4 до 32,8 % и возрастание числа детей с хроническими заболеваниями (III группа здоровья) с 51,3 до 62,5 %.

В структуре функциональных отклонений пять первых ранговых мест принадлежат функциональным нарушениям сердечно-сосудистой, костно-мышечной, пищеварительной систем, нервной системы и психической сферы (вместе), функциональным расстройствам зрения.

В структуре хронической патологии ведущие ранговые места принадлежат болезням желудочно-кишечного тракта, костно-мышечной системы, ротоносоглотки, органа зрения. В динамике обучения в школе увеличивается удельный вес хронических болезней системы пищеварения (с 9 до 21 %) и органа зрения (с 1 до 11 %), уменьшается

доля болезней ротоносоглотки (с 26 до 15 %). Удельный вес болезней костно-мышечной системы колеблется в пределах 15–27 %.

Распространенность функциональных расстройств нервной системы и психической сферы целесообразно рассматривать через призму интегративности психического развития учащихся, что позволяет с большей точностью определить область и характер корригирующих воздействий. Указанные нарушения у школьников проявляются головными болями, невротическими и астеническими реакциями, вегетативной дисфункцией, гиперкинетическими расстройствами (легким синдромом дефицита внимания с гиперактивностью). Частота расстройств колеблется в пределах 50,8–68 %. Однако обращает на себя внимание резкое увеличение распространенности невротических и астенических реакций, вегетативных расстройств у девятиклассников, что, по-видимому, обусловлено эмоционально напряженным периодом подготовки к ГИА. В 9-х классах выявлено и существенное возрастание частоты хронических болезней нервной системы и психической сферы, в основном невротических, с 33 до 78 %.

При изучении заболеваемости московских школьников рассмотрена распространенность отклонений в физическом развитии мальчиков и девочек. Выявлены существенные возрастно-половые различия в динамике показателей. В группе мальчиков отчетливо прослеживаются следующие тенденции. Распространенность избыточной массы тела (включая ожирение) увеличивается с 1-го по 4-й класс (с 10,9 до 21,4 %), а затем снижается, составляя в 9-м классе 13,9 %. В то же время частота встречаемости дефицита массы тела нарастает с 5,9 до 21,5 %. Таким образом, к моменту завершения основного общего образования каждый пятый юноша — девятиклассник имеет дефицит массы.

В группе девочек столь отчетливо выраженных тенденций выявить не удалось. В начальных классах до 18 % девочек имели дефицит массы тела. Затем увеличивается число школьниц с избытком массы тела. Среди девятиклассниц равное число девочек имеет избыток и дефицит массы тела (15 %). Следует отметить, что в последние годы сформировалась группа учащихся, стра-

дающих ожирением I–II и более высоких степеней. Школьники с установленным диагнозом «ожирение» составляют в 8–9-х классах 4–5 % от числа наблюдаемых подростков.

Оценивая в целом динамику показателей состояния здоровья учащихся начиная с 1-го до 9-го класса, можно утверждать, что состояние здоровья школьников ухудшается, так как возрастает распространенность хронических заболеваний за счет уменьшения числа школьников с функциональными нарушениями и здоровых детей.

В последние годы большое внимание уделяется особенностям сохранения здоровья школьников старшей возрастной группы (подростки 15–17 лет) — возрастного периода, который характеризуется особым своеобразием роста и развития как в биологическом, так и в социальном аспекте [88].

По данным официальной статистики, самый значительный рост заболеваемости (в 1,5 раза) за последние 10 лет отмечается среди подростков именно старшей возрастной группы. Анализ результатов общероссийской диспансеризации свидетельствует о том, что эта возрастная группа может быть охарактеризована как критическая [29, 30, 94].

За последние 15 лет уровень распространенности функциональных отклонений среди юношей 15–17 лет повысился на 89 %, среди их сверстниц — на 51,6 %; частота хронических заболеваний у юношей возросла на 33,6 %, у девушек — в менее значительных пределах [88].

Сравнительный анализ структуры функциональных нарушений у современных подростков и их сверстников 1990-х гг. свидетельствует о существенном ее изменении. Так, функциональные расстройства системы кровообращения переместились со II на I ранговое место, и их доля стала составлять 25 %. Следует отметить, что уровень распространенности данных нарушений за последнее десятилетие возрос почти в 3 раза: они выявляются у каждого второго подростка (47,8 %). Преобладают различные формы нейроциркуляторной астении, которая в настоящее время рассматривается как болезнь адаптации, «поломка» вегетативной регуляции сердца и сосудов. Около трети данных нарушений при-

ходится на отклонения в уровнях артериального давления. Отмечается значительный рост частоты встречаемости гипотензивных состояний у современных подростков. В то же время снижения уровня распространенности артериальной гипертензии у старших школьников за последние 10 лет также не наблюдается.

Второе место стали занимать функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата (нарушения осанки). Значительно увеличился удельный рост эндокринно-обменных нарушений (до 14,0 %), которые заняли III место [88].

Среди хронических болезней подростков 15–17 лет первое место стали занимать болезни органов пищеварения. Их удельный вес за последние 10 лет увеличился вдвое (с 10,8 до 20,3 %). В 4,5 раза увеличилась доля хронических болезней нервной системы (с 3,8 до 17,3 %). По-прежнему III место занимают болезни костно-мышечной системы, тогда как удельный вес хронических болезней ЛОР-органов сократился вдвое, они переместились с I на IV ранговое место. Гинекологическая патология у девочек-старшеклассниц занимала ведущие места в структуре хронических заболеваний.

Изучение основных показателей физического развития, анализ их изменений у подростков за последнее десятилетие выявили ряд особенностей. Установлено достоверное снижение темпов продольного роста, уменьшение широтных и обхватных размеров тела. Отмечается уменьшение численности старших школьников с нормальным физическим развитием.

Отклонения в физическом развитии у современных подростков в меньшей степени формируются за счет избыточной массы тела, удельный вес которой за последние 10 лет снизился с 10,2 до 6,6 % — у юношей и с 9,1 до 4,5 % — у девушек. В то же время число подростков с дефицитом массы тела значительно возросло с 12,8 до 20,2 % — у юношей и с 13,5 до 23 % — у девушек.

Показатели, характеризующие физическую работоспособность и физическую подготовленность, у современных подростков значительно (на 20–25 %) ниже, чем у их сверстников 1980–1990-х гг., вследствие чего выпускники 11-го класса (около

50 % юношей и до 75 % девушек) не в состоянии выполнить нормативы физической подготовленности.

Таким образом, современные подростки по уровню морфофункционального развития в целом отстают от своих сверстников предшествующего десятилетия, что обуславливает у 80 % выпускников школ ограничения в выборе профессии по состоянию здоровья и более чем у 35 % юношей непригодность к службе в армии в связи с имеющимися заболеваниями. Расстройства менструального цикла у 22–25 % девушек могут в дальнейшем привести к нарушениям реализации репродуктивной функции и сокращению рождаемости.

В настоящее время выделяют целую группу школьно-обусловленных факторов риска нарушения здоровья обучающихся. В контексте нашего исследования наиболее важны следующие: гиподинамия и учебные перегрузки.

С поступлением ребенка в школу его общая двигательная активность снижается во много раз, и дефицит двигательной активности уже в младших классах составляет 35–40 %, а среди старшеклассников — 75–85 %. Уроки физической культуры в малой степени (на 10–18 %) компенсируют дефицит движений, что явно недостаточно для профилактики отклонений в состоянии здоровья [88].

Учебные перегрузки на фоне физической гиподинамии также вносят существенный вклад в ухудшение здоровья учащихся.

Так, 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 происходит за счет чрезмерного напряжения функциональных систем организма, что приводит к формированию функциональных расстройств, в том числе нервной системы, их тяжелому течению, развитию хронических заболеваний.

Высокий объем учебных и внеучебных нагрузок, интенсификация процесса обучения, а также дефицит времени для усвоения информации являются выраженными психотравмирующими факторами для школьника, что в сочетании с уменьшением продолжительности сна и прогулок, снижением физической активности

оказывает стрессорное воздействие на развивающийся организм. Длительное пребывание в таких условиях способствует нарушению психологического состояния, повышенному уровню тревожности, «закреплению» негативных сдвигов в физиологических реакциях организма, что формирует невротические расстройства с последующей клинической манифестацией, формированием нарушений деятельности нервной системы, сердца, желудочно-кишечного тракта, других органов и систем [29, 30].

Приведенные данные, бесспорно, свидетельствуют об ухудшении здоровья современных школьников, для которых характерным стилем жизнедеятельности является физическая гиподинамия на фоне психических перегрузок, обусловленных негативными факторами системы обучения в школе. В этой связи задача формирования здорового образа жизни обучающихся, поставленная в федеральных государственных образовательных стандартах, является особенно актуальной. Этот вывод можно подтвердить и мнением экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), согласно которому здоровье человека на 50 % определяется его индивидуальным образом жизни [29, 30, 71].

§ 2. Состояние здоровья педагогов

Решение задач, направленных на повышение уровня здоровья участников образовательных отношений, напрямую связано со здоровьем педагога, его отношением к нему. Здоровье педагога должно являться значимой, личностной и профессиональной ценностью как для самого педагога, так и для других участников образовательного процесса, а также государства и общества [20, 21]. Именно учитель, являющийся центральным субъектом образовательного процесса в школе, должен выступать в роли активного носителя культуры здоровья, профессионально передающего ее своим ученикам.

Однако анализ данных многочисленных исследований показывает, что в настоящее время категория педагогических работников

характеризуется крайне низкими показателями соматического и психического здоровья, что обусловлено воздействием комплекса различных факторов [9, 23, 24, 28, 31, 38, 39, 60, 64, 70, 78].

Причинами этого являются как субъективные факторы поведения педагогов, так и педагогический процесс, который во многом является здоровьезатратным.

Один из ключевых и глобальных факторов, ухудшающих здоровье педагогов, — современное состояние развития системы образования, которое характеризуется постоянным повышением требований, изменением векторов профессиональной деятельности, введением новых технологий, возрастающим уровнем требований со стороны родителей и администрации образовательных организаций. Это приводит к перегрузке эмоциональной сферы педагогов, серьезным изменениям в отношении учителя к своей профессии и в итоге — к профессиональной дезадаптации и нарушению состояния здоровья [2, 7, 25, 38, 39].

Анализ данных анкетирования учителей школ показывает, что лишь 30–34 % из них считают себя здоровыми. При этом большинство учителей (97 %) при различных признаках заболевания не обращаются к врачам и продолжают работать, предпочитая переносить болезнь на ногах. Именно на отсутствие своевременного обращения к врачам как на причину заболевания указали 48 % педагогов. При этом более трети учителей отмечают собственную некомпетентность в сфере профилактики профессиональных заболеваний и необходимость усиления профилактической и разъяснительной работы о причинах заболеваний среди учителей [11].

Анализ структуры заболеваемости учителей позволяет констатировать, что в большинстве случаев (65 %) отмечается патология органов зрения, сердечно-сосудистые заболевания стоят на втором месте (47 %); заболевания опорно-двигательного аппарата регистрируются у 44 % педагогов. При этом в большинстве случаев у педагогов диагностируется комплекс из двух-трех заболеваний. Среди них заболевания органов пищеварения, нервной системы, органов дыхания, ожирение различной степени (избыточный вес), заболевания мочеполовой системы [21, 35, 59, 66, 94].

В качестве главной причины заболеваний большинство учителей (97 %) считают влияние негативных факторов профессиональной деятельности, которые связаны с перенапряжением и перегрузками, в том числе и психологическими стрессами. Наряду с этим, педагоги выделяют также низкую двигательную активность как фактор, негативно влияющий на состояние здоровья (65 %), и нерациональное и несвоевременное питание (54 %). Более половины учителей к причинам своих заболеваний относят отсутствие надлежащей системы медико-социальной поддержки (57 %) [72, 88].

Анализ гемодинамических показателей свидетельствует о том, что у 69 % учителей показатели артериального давления соответствуют возрастным нормам, у 22 % — фиксируется гипертония, а у 9 % — отмечены показатели, соответствующие гипотоническим значениям [93: URL].

Анализ показателей массы тела позволяет констатировать наличие различных степеней ожирения у современных педагогов. Нормальный вес зафиксирован лишь у 25 %, избыточный вес — у 35 %, ожирение I степени — у 22 %, ожирение II степени — у 8 %, ожирение III степени — у 4 % учителей, и 6 % учителей имеют недостаточный вес [30, 67].

Исследование показывают, что около 10 % педагогов употребляют алкоголь и курят. А 24 % респондентов ответили, что не заботятся о своем здоровье, осознавая при этом неправильность собственной позиции. Лишь 17 % учителей считают, что они в хорошей физической форме и их двигательная активность соответствует высокому уровню. При этом 22 % учителей занимаются ежедневно физическими упражнениями, 58 % вообще не занимаются, 20 % педагогов относятся к группе, которая характеризуется нерегулярностью занятий [46]. К сожалению, большинство учителей не используют средства физической культуры для повышения уровня физической активности, сохранения и укрепления здоровья.

Данные диспансеризации педагогов показывают, что лишь 28 % учителей здоровы, 22,5 % — имеют риск развития заболеваний, а 49,5 % — имеют хронические заболевания и нуждаются

в амбулаторном обследовании и лечении [65]. Обследования педагогов, выполненные в медицинских центрах, показывают более печальную статистику: лишь 1,8 % учителей здоровы (в основном это люди в возрасте до 25 лет), 3,5 % — имеют функциональные нарушения, а 94,7 % — хронические заболевания. При этом структура заболеваемости педагогов выглядит следующим образом: остеохондроз (90 %), гипертоническая болезнь (70 %), заболевания ЛОР-органов (70 %), вегетативные расстройства (60 %), заболевания органов зрения (50 %), варикозное расширение вен нижних конечностей (40 %), заболевания желудочно-кишечного тракта (30 %), заболевания эндокринной системы (10 %). Тем не менее субъективное восприятие собственного здоровья учителем иное: только 8 % учителей оценили свое здоровье как плохое, 80 % — как удовлетворительное, 12 % учителей считают, что они обладают хорошим здоровьем [16]. Расхождение результатов анкетирования и данных официальной статистики свидетельствует лишь о том, что учителя часто не обращают внимания на негативные показатели своего здоровья, не заботятся должным образом о состоянии своего организма. Не смотря на то что большинство педагогов считают здоровье базовым свойством личности, которое определяет их успешность в труде и жизнедеятельности в целом в современных условиях, у них не сформирована в достаточной степени внутренняя мотивация к собственному здоровьесбережению и развитию.

Проблема сохранения здоровья учителя как носителя специальных компетенций особой профессии обостряется еще и в связи с тем, что состояние его организма и психики напрямую отражается на качестве обучения, воспитания и формирования здоровья учащихся. Научные исследования позволяют констатировать, что неблагополучие здоровья педагога самым непосредственным образом влияет на здоровье учащихся. При этом структура патологии заболевания учителей практически повторяет структуру дезадаптационных проявлений у школьников.

Эти данные подтверждают результаты исследования эмоционально-вегетативной сферы педагогов и учащихся начальных классов одной из образовательных организаций Ивановской

области. У 81 % младших школьников и 90,5 % учителей начальных классов были выявлены вегетативные нарушения (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика жалоб обучающихся и педагогов по данным анкеты-опросника (А.М. Вейн, 1999)

Характер жалоб	Частота встречаемости, %	
	Обучающиеся	Педагоги
1. Боли в левой половине грудной клетки	20,0	60,0
2. Сердцебиения в покое или при незначительной физической нагрузке	21,5	61,9
3. Чувство нехватки воздуха	23,4	66,7
4. Боли в животе	45,5	42,9
5. Головные боли	53,8	76,2
6. Нарушения сна	54,0	74,0
7. Повышенная утомляемость	79,0	85,7
8. Эмоциональная лабильность	78,0	86,0

Дети и педагоги предъявляли примерно одинаковые жалобы, однако у педагогов они имели более выраженный и распространенный характер.

У подавляющего большинства учителей начальной школы был выявлен высокий уровень личностной тревожности, который оказывал негативное влияние на здоровье учащихся, обуславливая высокий уровень их эмоционального напряжения. Об этом свидетельствовали результаты диагностики тревожности у младших школьников, показавшие в 35 % случаев ее повышенный и высокий уровень.

Таким образом, проблема здоровья для учителя перестает быть только личной и требует для ее решения комплексного, системного подхода, усилий государства, органов управления образования разного уровня, систем переподготовки педагогических кадров, профессионального сообщества [25].

Теоретический анализ проблемы показал противоречие между потребностью общества в здоровом учителе и отсутствием механизмов актуализации педагогом своего здоровья как профессионально-личностной ценности.

В ряде исследований для изучения значимости и определения места здоровья в структуре профессиональных ценностей педагога использовался метод экспериментальной психосемантики. На его основе выстраивается индивидуальная система субъективных значений различных объектов путем построения субъективных семантических пространств (ССП). Учителям предложили составить список из максимально возможного числа профессиональных ценностей, затем из этой выборочной совокупности отобрали 11 наиболее часто встречающихся инвариант. В качестве конструкторов применялись 12 видов профессиональной деятельности (табл. 2). При реконструкции семантических пространств в исследуемых группах выявились как сходства, так и различия. Например, во всех педагогических коллективах в состав первого, наиболее значимого фактора в качестве линейных нагрузок вошли такие инварианты, как «самореализация», «работа в творческом коллективе» и «признание». В состав второго, менее значимого фактора во всех исследуемых группах вошла инварианта «любовь к детям».

Таблица 2

Профессиональные ценности педагога

Профессиональные ценности	Степень образования								
	Начальные классы					9–11-е классы			
	Ф1	Ф2	Ф3	Ф4	Ф5	Ф1	Ф2	Ф3	
Справедливость							+		
Трудолюбие				+				+	
Оптимизм					+				
Здоровье			+					+	
Любовь к детям		+					+		
Возможность самореализации	+					+			
Профессионализм (знание предмета)	+					+			
Зарплата								+	
Возможность работать в творческом коллективе	+					+			
Общественное признание	+					+			
Общение с молодежью		+							

Здоровье как профессиональная ценность в педагогическом коллективе школы оказалась на третьем месте по уровню значимости. Примечательно, что зарплата ни в одном коллективе не считалась высокоприоритетной профессиональной ценностью. Более того, у педагогов младшего звена она вообще не фигурировала в структуре профессионально значимых ценностей.

Оптимизм также являлся низкоприоритетной профессиональной ценностью. Лишь у педагогов начального звена он промелькнул в списке изучаемых ценностей, но и в этом случае он расположился на 5-м месте по степени важности.

Справедливость как профессиональная ценность довольно высоко котировалась лишь среди учителей старшего звена городской школы (2-е место по степени значимости). Таким образом, проведенное исследование позволило выделить наиболее общие для современных школьных учителей профессиональные ценности, определить степень их приоритетности, а также ответить на вопрос: чем же привлекателен труд учителя с позиций реальности сегодняшнего дня?

Итак, педагогическая деятельность в школе привлекательна прежде всего тем, что, по мнению учителей, она дает возможность для самореализации через работу в творческом коллективе и обретения признания.

Любовь к детям также является важной, но менее весомой профессиональной ценностью. А материальные ценности совершенно не определяют привлекательность педагогического труда.

Категория «здоровье» согласно факторному анализу усредненных ситуационно-операционных решеток занимает мало-значимое 3-е место в структуре профессиональных ценностей современных педагогов.

Анализ данных исследований группы авторов (И.Н. Ильченко, А.А. Александровым, М.Б. Котовой, Г.Г. Введенским) свидетельствует о том, что учителя и преподаватели разной квалификации московских школ относятся к группе повышенного риска по показателям физического и психического здоровья [7, 25]. Показано, что среди педагогов общеобразовательных школ г. Москвы высока частота факторов риска и распространенность хронических неин-

фекционных заболеваний. Так, 39,4 % педагогов мужчин и 18,3 % женщин оценивают свое здоровье как хорошее. При этом аналогичные результаты получены по выборке учителей городов Липецка и Тюмени (39,3 % — для мужчин и 23 % — для женщин соответственно). Установлено также, что самооценка здоровья российских педагогов остается ниже аналогичных данных, полученных в Великобритании, США и Финляндии [27]. В результатах исследований отмечается, что хорошая самооценка здоровья зависит от уровня образования и материального благополучия респондентов. Чем эти показатели выше, тем выше самооценка уровня здоровья. С возрастом уровень самооценки снижается.

Сравнение показателей самооценки учителей-предметников (у них она выше) с результатами учителей начальных классов и психологов позволяет заключить, что такие данные связаны, очевидно, с большим уровнем психоэмоциональной нагрузки и ответственности. Данный факт, несомненно, способствует негативному влиянию на самооценку состояния здоровья психологами и учителями начальных классов. Отмечено, что среди них зафиксирована высокая частота хронических заболеваний (84,3 и 74,9 % соответственно) и инвалидности (5,1 и 3,6 % соответственно) [25].

Установлено, что одним из негативных факторов, влияющих на состояние здоровья московских учителей, является курение. Среди мужчин частота случаев составляет 37,8 %. При этом количество курящих женщин-педагогов значительно выросло за последние годы [25].

Для московских школ характерна значительно более высокая распространенность ожирения как среди мужчин (51,2 %), так и среди женщин (58,9 %) по сравнению с другими анализируемыми регионами (в частности, г. Липецка и г. Тюмени).

Среднестатистические данные исследований показывают, что по степени напряженности нагрузка учителя больше, чем у таких категорий служащих, как менеджеры, генеральные директора, президенты ассоциаций и банкиры. Большое количество объективных и субъективных эмоциогенных факторов оказывает негативное воздействие на здоровье учителей и вызывает у них сильное эмоциональное напряжение и стресс [25].

Согласно данным НИИ медицины труда РАМН, у 60 % педагогов в возрасте от 21 года до 50 лет констатируется склонность к неврозам, у 61 % — отмечается наличие хронических болезней, и лишь 23 % респондентов указывают на их отсутствие [25].

Исследование, проведенное в школах г. Москвы (ЦАО, ВАО, СВАО, ЗАО, ЮАО), позволило установить основные негативные факторы риска заболеваний учителей. Согласно данным Г.П. Артюнина, П.В. Семенова, Л.С. Орловой, А.А. Бояновской, основными факторами риска труда учителя являются: 1) повышенное психоэмоциональное напряжение; 2) значительная голосовая нагрузка; 3) статическая нагрузка при незначительной общей мышечной и двигательной нагрузке; 4) большой объем интенсивной зрительной работы; 5) высокая плотность эпидемических контактов; 6) отсутствие стабильного режима труда и отдыха [25].

Установлено, что примерно 30 % учителей, имеющих стаж педагогической деятельности от 10 до 15 лет, испытывают так называемый педагогический кризис, который характеризуется неудовлетворенностью результатами своего труда, признаками усталости, раздраженности, недомогания, физической и психологической истощенности. Возникновение педагогических кризисов в полной степени совпадает с появлением признаков и началом развития гипертонической болезни, ишемической болезни сердца [85, 87, 88].

В исследованиях ряда авторов установлено, что интегральными показателями неблагоприятного воздействия профессиональных факторов риска являются значительная распространенность артериальной гипертонии (48 %) Данные обследований и анкетирования свидетельствуют о том, что более трети из числа обследованных педагогов вузов (36,4 %) не знают о высоких показателях своего артериального давления. Причем лишь 30 % из числа гипертоников регулярно принимают медикаменты [35, 39, 85].

Таким образом, анализ научно-методической литературы, данные медицинских осмотров, а также результаты собственных исследований позволяют констатировать, что современный учитель имеет довольно низкие показатели состояния здоровья. Комплексность негативных факторов, характерных для профессиональной

педагогической деятельности учителей, влияет на все сферы здоровья педагогов. В современных условиях развития системы образования в России необходимым представляется разработка системных мер по предотвращению и профилактике заболеваний учителей и педагогов разных образовательных организаций, создание моделей и технологий здоровьесохранения и здоровьесбережения, содействие его сохранению и укреплению. В качестве предлагаемых направлений деятельности образовательных организаций по изменению негативной тенденции снижения уровня профессионального здоровья педагогов могут быть следующие мероприятия: разработка и внедрение комплексных программ формирования компетенций культуры здоровья педагогов; создание адекватных здоровьесбережению учителей и снижению рисков заболевания условий труда; достойное финансовое стимулирование и вознаграждение учителей за сохранение собственного здоровья; ежегодные обязательные комплексные профилактические медицинские осмотры; внедрение программ физической реабилитации и занятий физической культурой и спортом.

Таким образом, анализ показателей здоровья педагогов подтверждает необходимость совершенствования системы обучения педагогических кадров в целях формирования и развития их компетентности в области здоровьесберегающей деятельности не только по отношению к ученикам, но и, безусловно, по отношению к собственному здоровью.

§ 3. Влияние состояния здоровья школьников на успешность обучения

В современных условиях развития системы школьного образования качественное усвоение образовательной программы обучающимися приобретает особую актуальность. На протяжении многих десятилетий отечественными и зарубежными учеными исследовались факторы, определяющие успешность процесса обучения в школе: экологические, социокультурные, средовые, генети-

ческие, педагогические, психологические [5, 31, 37, 46, 96, 98, 100 и др.]. Большое количество работ посвящено изучению влияния состояния здоровья школьников на успешность школьного обучения.

Рассматривая данный вопрос, необходимо прежде всего обратиться в многообразии терминов и диагнозов, с которыми сталкиваются педагоги при работе с детьми в школе. К сожалению, чаще всего педагоги не знают, какой именно диагноз у того или иного ребенка, потому что между психологами, педагогами и медицинскими работниками нет должного взаимодействия [31].

Анализ данных литературы показывает, что наиболее часто встречающиеся трудности в обучении связаны с нарушениями психического развития детей. Вопрос о взаимосвязи усвоения знаний и психического развития учащихся изучался неоднократно многими учеными [38, 41, 47, 69, 71, 77, 78, 79 и др.].

В процессе обучения у детей может выявляться задержка психического развития в виде нарушения формирования школьных навыков: нарушение письма (дисграфия); нарушение письма и чтения (дислексия); нарушение счета и способности выполнять арифметические операции (дискалькулия). Частыми причинами нарушений письма и чтения является несформированность зрительной памяти и речевых функций. Выявление задержки формирования школьных навыков в большинстве случаев не означает, что ребенок не преодолеет с успехом возникающие у него трудности в процессе обучения и к тому же не может быть приравнено к понятию «диагноз».

В ряде диссертационных работ не только приводятся доказательства наличия взаимосвязи между уровнем психического развития школьников и их успеваемостью, но и предлагаются способы прогнозирования успешности обучения на основе данных о психическом развитии школьника.

По мнению ряда авторов, успешность обучения в начальной школе преимущественно детерминирована рядом психических качеств обучающихся [6, 18, 25]. Исследователи отмечают, что для успешного обучения в начальной школе (качественного усвоения учебной информации на всех уровнях, включая умения и навыки) необходимо оптимальное развитие психических качеств

ребенка: когнитивная сфера обеспечивает переработку учебной информации; психоэмоциональная сфера регулирует учебную деятельность и закрепление учебной информации; физическое развитие (включая координаторное) направлено на достижение конкретного промежуточного результата и поддержание гомеостаза организма, необходимых для осуществления учебной деятельности; развитие адекватного отношения как к себе, так и к окружающему миру способствует развитию личности школьника.

Установлено, что выраженность негативных психологических характеристик у школьников (высокая тревожность, агрессивность, неблагоприятный эмоциональный фон, выраженная невротизация и психопатизация, низкий уровень развития зрительно-моторной координации и умственной работоспособности) часто выступают психологическим фактором их школьной неуспеваемости.

Н.Е. Подгайский (2011) в своей работе представил способ прогнозирования уровня усвоения учебной информации у младших школьников на основе психологических особенностей [25]. Были выявлены психологические характеристики личности и особенности семейного воспитания младших школьников, влияющие на уровень усвоения ими учебной информации.

Одним из значимых факторов, влияющих на успешность процесса школьного обучения, является состояние соматического здоровья обучающихся. Фактором, снижающим успешность овладения школьниками учебной деятельностью, могут быть частые острые респираторные заболевания, которые снижают функциональные возможности организма, способствуют снижению работоспособности, быстрому развитию утомления, а следовательно, и снижению качества усвоения учебной информации [1, 12]. Для детей, имеющих хронические заболевания, характерны астенические состояния, низкая умственная работоспособность, сниженный фон настроения, нарушения аппетита и сна, пониженный иммунитет.

Исследователи В.П. Неделько и С.А. Руденко (2014) провели анализ состояния здоровья в группах младших школьников с низкой и высокой успеваемостью. У школьников с низкой успеваемостью чаще выявлялись функциональные нарушения

и хронические заболевания желудочно-кишечного тракта и нервной системы, в то время как у детей с высокой успеваемостью — заболевания опорно-двигательного аппарата и верхних дыхательных путей [19]. В работах С.А. Лих (2000), М.М. Безруких (2005), В.А. Доскина с соавторами (2007), посвященных исследованию формирования готовности к школьному обучению, отмечается, что здоровье ребенка выступает одним из важнейших элементов общей готовности к школе. Состояние здоровья ребенка в начале обучения — это тот резерв, тот запас сил, та стартовая позиция, которые и определяют во многом успешность не только первого года обучения, но и всего периода школьного обучения [1, 14, 31].

В настоящее время большое количество работ посвящено исследованию влияния процесса школьного обучения на состояние здоровья школьников [3, 23, 24, 29, 28, 94]. Результаты исследований свидетельствуют об ухудшении показателей физического развития, увеличении хронической заболеваемости детей в период окончания школьного обучения. Интенсификация учебного процесса, широкое использование различных педагогических инноваций приводят к несоответствию учебной нагрузки функциональным возможностям организма и развитию напряжения адаптационных механизмов у школьников.

Имеющиеся литературные данные позволяют установить тесные причинно-следственные связи между ухудшением состояния здоровья школьников и интенсивностью учебного процесса в рамках инновационного развития образования в современных условиях [4, 27, 91 и др.]. К концу обучения в школах интенсивного, углубленного изучения (лицеи, гимназии) у старшеклассников чаще диагностируются функциональные нарушения здоровья и хронические заболевания по сравнению с обучающимися общеобразовательными школами. Достоверно чаще у них выявляются нарушения вегетативной регуляции и астеноневротические расстройства.

В работе Н.Н. Нежкиной (1994) установлена достоверная связь между состоянием здоровья детей перед поступлением в школу с их состоянием здоровья в период начала обучения. Было установлено, что у детей с нарушениями здоровья (II и III группы

здоровья) уже на первых неделях обучения определяется неблагоприятная динамика функциональных показателей: стабильно низкая умственная работоспособность, выраженное напряжение вегетативной регуляции с явлениями перенапряжения у каждого четвертого ребенка, длительная активация катаболических процессов, сопровождающаяся достоверно меньшей среднегодовой прибавкой массы тела по сравнению со здоровыми первоклассниками, а также значительное ухудшение мозгового кровообращения в течение первого учебного года [23].

Доказано и влияние успеваемости на состояние здоровья, заключающееся в том, что низкие показатели умственной работоспособности по данным корректурных проб (коэффициент точности менее 60 баллов) у первоклассников на 17-й неделе учебного года прогнозируют последующие нарушения состояния здоровья детей в виде снижения остроты зрения, а также развития вегетативных нарушений и невротических реакций (Нежкина Н.Н. Способ прогнозирования нарушения состояния здоровья младших школьников. Патент на изобретение RUS 2197462).

Исследование Л.А. Ждановой (1990) посвящено изучению состояния здоровья школьников в период их адаптации к обучению в школе [3].

В начале обучения у младших школьников часто наблюдались негативные изменения эмоциональной сферы, острые респираторные заболевания, недостаточная прибавка массы тела, невротические расстройства. Переход к предметному и профильному обучению в школе сопровождался напряжением психической сферы, нарушением вегетативной и нейроэндокринной регуляции у детей. С учетом особенностей адаптации к процессу обучения в школе были выделены четыре группы детей:

- успешные в обучении, у которых отсутствовали нарушения здоровья в процессе обучения (высокий адаптационный ресурс);
- успешные в обучении, но имеющие отклонения в состоянии здоровья (высокая цена адаптации);
- неуспешные в обучении, которые при этом не ухудшили свое здоровье в процессе обучения (низкая мотивация к обучению);

– неуспешные в обучении и имеющие нарушения здоровья (дезадаптация к обучению).

Таким образом, анализ литературных данных свидетельствует о наличии тесной взаимосвязи состояния здоровья школьников и их успешности обучения в школе. Нарушения в состоянии здоровья являются одним из значимых факторов, снижающим успешность школьного обучения. С другой стороны, интенсификация обучения, не подкрепленная системой оздоровительных мероприятий в школе, приводит к неблагоприятным изменениям в состоянии здоровья школьников.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОДХОДОВ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ КАК ЗНАЧИМОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

§ 1. Современные подходы к формированию здоровья обучающихся, условия их реализации, проблемы и перспективы решения

Ключевым ресурсом профессиональной подготовки учителей является система повышения квалификации, которая в настоящее время характеризуется динамичным развитием, обновлением содержания, поиском новых организационно-технологических форм.

Сегодня крайне важно, чтобы качественная разработка содержания программ дополнительного профессионального образования проводилась в контексте решения проблемы формирования компетентности педагога в области здоровьесберегающей деятельности.

В специальных исследованиях сегодня сложилось множество определений здорового образа жизни. На наш взгляд, наиболее полным является дефинирование здорового образа жизни как системы осознанной деятельности и мотивированного поведения, направленной на сохранение, укрепление и восстановление здоровья человека (Г.И. Сопкина, М.В. Пазыркина, 2013) [78].

Подчеркнем, что, кроме понятия здорового образа жизни, в федеральных государственных образовательных стандартах представлено интегративное понятие культуры здорового и безопасного образа жизни. Под ней понимается модель поведения, в которой усвоение знаний о здоровье способствует формированию потребности в здоровом образе жизни и воспитанию ответственности за собственное здоровье и здоровье окружающих.

Данные определения свидетельствуют о том, что культура здорового образа жизни должна проявляться прежде всего в деятель-

ности. Подтверждение этому мы находим в профессиональном стандарте, в котором отмечается «формирование у обучающихся культуры здорового и безопасного образа жизни» как трудовое действие, обязательное для каждого учителя [93: URL].

Обращение к термину «культура здоровья» с уверенностью позволяет заключить, что его наиболее значимыми компонентами являются: ценностный, мотивационный и деятельностный. Данные компоненты здорового образа жизни должны стать концептуальной основой формирования компетентности педагогов в области охраны и укрепления здоровья обучающихся.

Важно отметить, что в процессе повышения квалификации необходимо обеспечить реализацию следующих взаимосвязанных процессов: присвоение как интериоризацию социальных ценностей здорового образа жизни (хочу); освоение знаний (знаю); овладение умениями и навыками (умею); развитие личностных качеств (могу); обогащение субъективного опыта (имею и буду).

Наша позиция по данному вопросу совпадает с мнением целого ряда исследователей (Н.Н. Нежкина, 2010; Л.М. Сухарева, И.К. Рапопорт, М.А. Поленова, 2014; Л.М. Сухарева, Л.С. Намазова-Баранова, И.К. Рапопорт, 2013). В отмеченных работах сложилось содержательное определение компетентности педагога в области здоровьесберегающей деятельности. Согласно этому определению под компетентностью здоровьесбережения подразумеваются: целенаправленная готовность к формированию здорового образа жизни; понимание факторов и условий, влияющих на здоровье; обладание знаниями об особенностях функционирования собственного организма; умение проводить самодиагностику и выстраивать образ жизни в соответствии с основными нарушениями здоровья; владение эффективными приемами психофизической саморегуляции; управление саморазвитием в области здоровья и здорового образа жизни; умение организовывать здоровьесберегающий образовательный процесс; владение здоровьесберегающими образовательными технологиями; умение создавать условия для получения планируемого результата в сфере здоровьесберегающей деятельности (рис. 1).



Рис. 1. Содержательное понятие компетентности педагогических работников в области здоровьесбережения

Приведенные позиции показывают, что здоровьесберегающая компетентность не что иное, как интегральное качество личности педагога. Оно представляет собой способность и готовность к здоровьесберегающей деятельности в образовательной среде, основанной на интеграции знаний и опыта. О сформированности здоровьесберегающей компетентности можно говорить только тогда, когда педагог не только владеет знаниями о здоровье, здоровом образе жизни, здоровьесберегающих технологиях, осознает ценность здоровья, мотивирован к здоровьесберегающей деятельности, но и конкретно реализует знания и умения на практике.

В конечном итоге только компетентный в вопросах здоровьесберегающей деятельности педагог, являясь центральным субъектом, организующим образовательный процесс в школе, может выступать активным носителем культуры здоровья, профессионально передавая ее ученикам.

Сегодня пришло время поиска совершенно иного подхода к подготовке учителей, которые должны осознавать, что здоровье подрастающего поколения — это не что иное, как государственное

богатство. Каждый педагог обязан понимать, что несет ответственность не только за качество знаний, но и за безопасность образовательного процесса.

При этом необходимо учитывать проблемы, которые существуют сегодня в области образования в сфере здоровья.

1. Действующие стандарты высшего образования по направлению «Педагогическое образование» фактически не формируют у выпускника-бакалавра необходимых компетенций, так как в них отсутствуют дисциплины, знакомящие студентов с морфофункциональными особенностями ребенка на различных возрастных этапах его развития, со способами минимизации школьных факторов риска, с современными здоровьесберегающими технологиями, методикой формирования у школьников культуры здорового и безопасного образа жизни [37]. Ввиду этого в системе послевузовского профессионального образования необходимо восполнить соответствующие пробелы (причем уже на этапе начала профессиональной деятельности молодого специалиста).

2. Существует фактор, сдерживающий разработку эффективных подходов к формированию компетентности педагога в области сохранения и укрепления здоровья: сегодня отсутствует четкое описание функций учителя в данной области (при этом здоровье обучающихся все-таки выступает критерием оценки качества и эффективности педагогической деятельности, например при аттестационных процедурах). Определенный ориентир в этом аспекте дает новый профессиональный стандарт педагога, который определяет наличие такого трудового действия, как «формирование у обучающихся культуры здорового и безопасного образа жизни» [69: URL].

3. Анализируя ФГОС ОО, а также примерные основные образовательные программы начального общего, основного общего и среднего общего образования, мы видим, что ценностями «здоровьесберегающего воспитания» являются «здоровье физическое, духовное и нравственное, здоровый образ жизни, здоровьесберегающие технологии...» [91, с. 208], что, в свою очередь, требует от педагога знания методики формирования здорового образа жизни,

а главное, принятия значимости здоровья в системе ценностей человека и общества. Последнее положение находит подтверждение в федеральных требованиях к образовательным организациям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников [65], где, например, сформулированы признаки культуры здоровья самих педагогических работников: наличие у них знаний и умений по вопросам использования здоровьесберегающих методов и технологий, здоровьесберегающий стиль общения и образ жизни, и наличие ответственного отношения к собственному здоровью. К сожалению, еще раз подчеркнем, что стандарты высшего образования по направлению «Педагогическое образование» не позволяют подготовить выпускника по перечисленным позициям.

4. Рассматривая повышение квалификации в контексте компетентностного подхода, наиболее распространенного в системе дополнительного профессионального образования, уместно говорить о недостаточном внимании к личности и личностным особенностям самого учителя, хотя это является, по мнению Н.В. Кузьминой [33], А.К. Марковой [42], Л.М. Митиной [45], В.А. Слостенина [68], Г.В. Сороковых [80], Н.Н. Нежкиной [53] и других ученых, одной из равноценных составляющих в структуре профессиональной компетентности педагога. На наш взгляд, реализация здоровьесберегающей и здоровьесформирующей функций педагогом невозможна без понимания сущности здоровья с позиций холистического подхода — единства биологического, психологического, социального, духовного компонентов.

5. Сегодня в системе повышения квалификации г. Москвы предлагается недостаточное количество программ здоровьесберегающей тематики. Например, для слушателей Москвы в 2011/12 уч. г. таких программ было более 25. По результатам анализа реестра дополнительных профессиональных программ повышения квалификации и переподготовки педагогических работников города Москвы (2016) в вопросах формирования компетентности педагога в области здоровьесберегающей деятельности было выявлено, что только две программы посвящены здоровьесберегающим технологиям, которые адресованы учителям

физической культуры¹. Таким образом, количество программ, формирующих компетентность педагога в области здоровьесберегающей деятельности в системе дополнительного профессионального образования г. Москвы, уменьшается. Что же касается программ по повышению квалификации педагогических кадров, направленных на формирование компетентности педагога в области здоровьесберегающей деятельности в соответствии с ФГОС ОО и профессиональным стандартом педагога, то на сегодняшний день комплексной программы, включающей в себя все аспекты здоровьесберегающей деятельности педагога нет. Педагоги вынуждены заниматься самообразованием, либо посещать курсы или семинары по отдельным направлениям данной работы.

6. Формирование компетентности в области здоровьесберегающей деятельности является обязательным условием профессионального совершенствования всех специалистов системы образования. Тем не менее практически все программы повышения квалификации носят адресный предметный характер (учитель биологии, педагог-психолог, учитель физической культуры и т. д.). Однако результативно внедрить здоровьесберегающую технологию в образовательный процесс одному педагогу очень сложно, так как «здоровьесберегающая технология — это воспроизводимая в определенных условиях система деятельности всех участников образовательных отношений, выстраивающая четкий путь к достижению учащимися конкретных результатов при условии сохранения ресурсов их здоровья». Поэтому необходимо объединение усилий всех педагогических работников, которые могут создавать условия для реализации здоровьесберегающих технологий как эффективного основания здоровьесберегающей деятельности: руководителя образовательной организации, учителей начальных классов, классных руководителей, педагогов-психологов, учителей физической культуры (школьные команды

¹ 01805. Создание безопасной образовательной среды в образовательной организации — проектирование и реализация. 01823. Организация физкультурно-оздоровительной работы с обучающимися образовательных организаций во внеурочное время в условиях реализации ФГОС общего образования.

здоровья). Поэтому в настоящее время требуется разработка комплексных программ повышения квалификации для команд специалистов, обеспечивающих здоровьесберегающую деятельность в образовательной организации.

На наш взгляд, данные проблемы имеют определенные перспективы решения.

1. В системе дополнительного профессионального образования необходимо обучение педагогов в целях формирования компетентности в области здоровьесберегающей деятельности уже на этапе начала профессиональной деятельности молодого специалиста, так как действующие стандарты высшего образования по направлению «Педагогическое образование» фактически не предусматривают формирование у выпускника-бакалавра необходимых здоровьесберегающих компетенций.

2. Требования нового профессионального стандарта педагога в реализации трудового действия по «формированию у обучающихся культуры здорового и безопасного образа жизни» диктуют необходимость разработки программ повышения квалификации, планируемым результатом которых является компетентность педагога в области здоровьесберегающей деятельности.

3. Необходимость наличия у педагогов знаний и умений в области использования здоровьесберегающих методов и технологий, формирования здоровьесберегающего стиля общения и образа жизни, ответственного отношения к собственному здоровью, выявленных при анализе ФГОС ОО и примерных основных образовательных программ, требует нового, лично ориентированного содержания дополнительных профессиональных программ повышения квалификации, формирующих ценностное отношение к здоровью, и новых технологий их реализации, построенных на деятельностном подходе.

4. Компетентностный подход в системе дополнительного профессионального образования, требующий особого внимания к личности и личностным особенностям слушателя, как одной из равноценных составляющих в структуре профессиональной компетентности педагога, может быть реализован через содержание программ повышения квалификации, направленное на гармо-

низацию личности с учетом имеющихся у педагогов нарушений здоровья, в формате модульного подхода, а также разработки индивидуального проекта формирования собственного здоровья.

5. Необходимо увеличение количества программ здоровьесберегающей тематики в системе повышения квалификации. При этом перспективным направлением является обучение не отдельных педагогов, а школьных команд здоровья (руководитель, учитель начальных классов, педагог физической культуры, педагог-психолог и т. д.) для объединения усилий всех специалистов в целях повышения эффективности реализации здоровьесберегающих технологий. В соответствии с этим в дополнительном профессиональном образовании программы должны состоять из достаточно самостоятельных в содержательном отношении модулей, которые при необходимости могут изучаться не только в рамках целостной программы, но и в рамках кредитно-модульной системы повышения квалификации как обособленные модули. Это диктует необходимость пересечения базовых понятий, которые в одних модулях должны быть даны глубоко и подробно, а в других присутствуют лишь как необходимая часть для введения в проблему нового модуля. Каждый модуль должен иметь самостоятельную цель и задачи частного характера.

В свою очередь, курсы повышения квалификации здоровьесберегающей направленности должны формировать системное представление о следующих обязательных компонентах: теоретико-методологических основах здоровьесберегающей деятельности в школе; морфофункциональной и психологической характеристике детей школьного возраста; здоровье педагога как основе профессиональной успешности; здоровьесформирующем содержании образования в школе; общественном управлении здоровьесберегающей деятельностью в школе; педагогическом инструментарии здоровьесберегающего урока и внеурочной деятельности (рис. 2).

В свете решения выявленных проблем можно выделить следующие направления, подходы к построению дополнительных профессиональных программ по формированию компетентности педагога в области здоровьесберегающей деятельности.

1. **Здоровьеориентированный подход.** Большинство программ, направленных на формирование компетентности педагога в области здоровьесбережения, отталкиваются от способов сохранения здоровья как некоего абстрактного понятия. Однако, учитывая, что подавляющее большинство обучающихся и педагогов уже имеют различные заболевания, логичнее опираться именно на нарушения здоровья в процессе обучения его сохранению.

Еще в работах Гераклита (530–470 гг. до н. э.) содержались важные мысли о роли потребностей в жизни человека. Гераклит писал, что «чувства удовольствия и неудовольствия проявляются через свою противоположность: голод делает приятным насыщение, усталость — отдых, болезнь — здоровье» [40: URL]. Мы разделяем также мнение Т.В. Карасевой (2013) о том, что личностно ориентированный подход (в нашей трактовке — здоровьеориентированный) должен обязательно учитывать состояние здоровья обучаемого [25]. Поэтому, с нашей точки зрения, первый этап формирования компетентности в области здоровьесберегающей деятельности эффективнее начать со знакомства педагога не с основами здоровья, а с основами болезни, которая у него уже имеется. Эти знания необходимо подкрепить самодиагностикой функционального состояния организма с последующим выходом на способы его улучшения. В настоящее время научно доказано, что успех программ

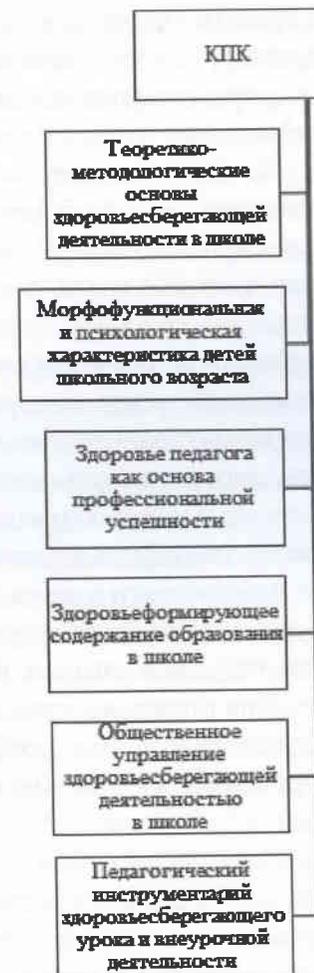


Рис. 2. Содержательное наполнение курсов повышения квалификации здоровьесберегающей направленности

в области здоровья и здорового образа жизни определяется в первую очередь тем, насколько человек, кому адресована эта информация, принимает ее как затрагивающую его лично, знает, как нужно действовать и готов к этому поведению [25].

2. Деятельностный подход. Формирование знаний без их практической отработки в виде конкретной здоровьесберегающей деятельности у слушателей, без повышения их мотивации к улучшению здоровья, в том числе собственного, значительно снижает возможность реального повышения эффективности работы педагогов в области здоровьесберегающей деятельности. Способность к управлению собственным здоровьем формируется не тогда, когда человека наполняют знаниями, а когда он обучается механизмам, технологиям, при которых это управление можно реализовать [12]. Поэтому важным разделом дополнительных профессиональных программ повышения квалификации педагога должен стать проект формирования его собственного здоровья в условиях образовательной организации. В этом случае будет сформировано трудовое действие по охране здоровья обучающихся, что и требует профессиональный стандарт.

При этом совершенно понятно, что для формирования компетентности педагога в области здоровьесберегающей деятельности необходимы определенные условия (рис. 3).



Рис. 3. Условия формирования компетентности педагога в области здоровьесберегающей деятельности

К кадровым условиям относится укомплектованность организации, обучающей педагогов, преподавателями в сфере форми-

рования здоровья с высоким уровнем квалификации и научным потенциалом. Данные специалисты должны создать образовательное пространство, которое не только способствует непрерывности профессионального развития педагогических работников, но и позволяет создать индивидуальные образовательные, а также оздоровительные маршруты для каждого слушателя. В системе дополнительного профессионального образования должны быть созданы условия для комплексного взаимодействия организаций, осуществляющих образовательную деятельность, обеспечивающих возможность восполнения недостающих кадровых ресурсов; оказания постоянной научно-теоретической, методической и информационной поддержки педагогических работников по вопросам здоровьесформирующих технологий, использования инновационного опыта других образовательных организаций.

Правовые условия формирования компетентности педагога в области здоровьесберегающей деятельности законодательно закреплены в целом ряде нормативно-правовых актов, анализ которых представлен в первой главе монографии. Организационные условия для формирования компетентности педагога в области здоровьесберегающей деятельности предполагают реализацию программ обучения как в очной, так и в очно-заочной форме с применением дистанционных образовательных технологий. Последние позволяют слушателям оптимально использовать ресурсы профессионального самосовершенствования в удобном для них режиме. Для повышения культуры профессионального самообразования и удобства самостоятельной работы слушателей дистанционные материалы курса должны иметь не только список основной и дополнительной литературы, но и систему гиперссылок на электронные источники, в том числе фонды электронных библиотек научно-методической литературы, образовательные порталы.

Психолого-педагогические условия для формирования компетентности педагога в области здоровьесберегающей деятельности должны обеспечивать: преемственность содержания и форм организации образовательной деятельности при формировании данной компетенции; дифференциацию и индивидуализацию обучения,

оптимистический характер обучения; вариативность направлений психолого-педагогического сопровождения педагогов (рис. 4).

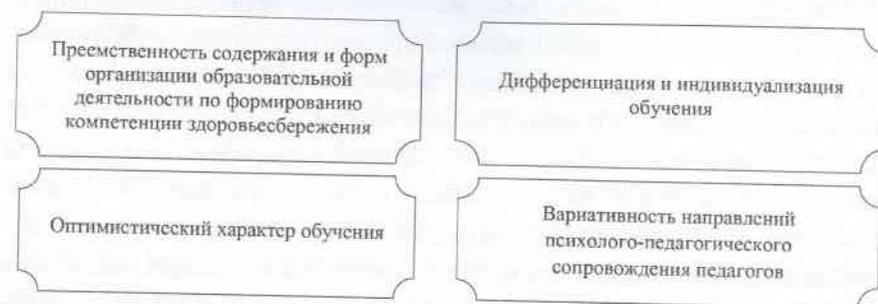


Рис. 4. Психолого-педагогические условия для формирования компетентности педагога в области здоровьесберегающей деятельности

Информационно-методические условия для формирования компетентности педагога в области здоровьесберегающей деятельности должны обеспечиваться и современной информационно-образовательной средой.

В свою очередь, данная среда объединяет в себе два значимых элемента: комплекс информационных образовательных ресурсов и совокупность технологических средств информационных и коммуникационных технологий. Последние включают в себя и компьютерную технику, и коммуникационные каналы, и систему современных педагогических технологий.

Следует подчеркнуть, что информационно-образовательная среда обеспечивает информационно-методическую поддержку образовательной деятельности, а также предполагает планирование образовательной деятельности, ее ресурсного обеспечения; мониторинг, фиксацию хода, результатов образовательной деятельности.

Таким образом, анализ показателей здоровья детей и педагогов как индикаторов эффективности существующих подходов к формированию здоровьесберегающих компетенций педагога показывает необходимость совершенствования системы обучения педагогических кадров в области здоровьесберегающей

деятельности как по отношению к обучающимся, так и, безусловно, по отношению к собственному здоровью.

Законодательная база, определяющая стратегию развития системы образования в России, подтверждает вывод о том, что необходимым компонентом для ее полноценного функционирования в концепции ФГОС и профессионального стандарта педагога является создание условий для формирования и постоянного развития компетентности педагога в области здоровьесберегающей деятельности. При этом здоровьесберегающая компетентность рассматривается как интегральное качество личности учителя, которое выражается в способности и готовности к здоровьесберегающей деятельности в образовательной среде, основанной на интеграции знаний и опыта.

§ 2. Удовлетворенность педагогов системой формирования компетентности в области здоровьесберегающей деятельности

В период реализации ФГОС ОО и профессионального стандарта педагога повышается интерес к новым инновационным программам, целью которых является «принятие и реализация ценностей здорового и безопасного образа жизни», а также «бережное, ответственное и компетентное отношение к физическому и психологическому здоровью, как собственному, так и других людей» [90, с. 5]. Данные официальной статистики, результаты исследований ученых различных отраслей свидетельствуют об ухудшении состояния здоровья как школьников, так и педагогов России на протяжении трех последних десятилетий, что обуславливает необходимость разработки и внедрения в образовательный процесс здоровьесберегающих технологий [17, 54]. Приоритетом в этом направлении должно стать формирование и совершенствование компетентности здоровьесберегающей деятельности у педагога [25, 48, 49]. Только компетентный в вопросах здоровьесберегающей деятельности педагог владеет необходимыми знаниями о здоровье, здоровом образе жизни, здоровьесберегающих тех-

нологиях, осознает ценность здоровья, мотивирован к здоровьесберегающей деятельности и может реализовать знания и умения на практике в соответствии с требованиями ФГОС ОО и профессионального стандарта педагога.

В связи с этим нами была разработана анкета для педагогических работников с целью определить их удовлетворенность системой формирования компетентности педагога в области здоровьесберегающей деятельности в соответствии с требованиями ФГОС ОО и профессионального стандарта педагога [81].

Анкета включала в себя 39 вопросов, которые представляли пять содержательных блоков. Каждый блок, за исключением блока запрашивающего общие данные, содержал вопросы, позволяющие определить отношение педагога к собственному здоровью и здоровью обучающихся (интерес к данному вопросу и оценка состояния), знания педагогов в области здорового образа жизни, а также знание и использование в процессе обучения здоровьесберегающих технологий.

Такая структурная организация анкеты позволяет решить ряд задач:

1. Оценить сформированность необходимых представлений педагога о здоровье и здоровом образе жизни (в контексте требований ФГОС и профстандарта педагога).
2. Выявить организационно-педагогические условия здоровьесберегающей деятельности педагога в современной школе.
3. Проанализировать навыки педагога в области объективной самооценки здоровья и здорового образа жизни.
4. Определить актуальные формы и методы совершенствования компетенции педагога в области здоровьесберегающей деятельности.

В анкетировании приняли участие 593 педагога из 10 общеобразовательных комплексов, расположенных в разных административных округах г. Москвы.

Среди участников опроса самую большую выборку представляли респонденты от 30 до 40 и от 41 до 50 лет – 35,2 и 33,8 % соответственно. Респонденты до 30 лет — 12,2 %, старше 50 лет — 15,8 %, респонденты старше 60 лет составили 2,6 % от общего числа опрошенных (рис. 5).



Рис. 5. Распределение респондентов по возрасту

Всего в анкетировании участвовали 19,0 % мужчин и 81,0 % женщин (рис. 6).



Рис. 6. Распределение респондентов по полу

Распределение респондентов по преподаваемым предметам представлено на рисунке 7.

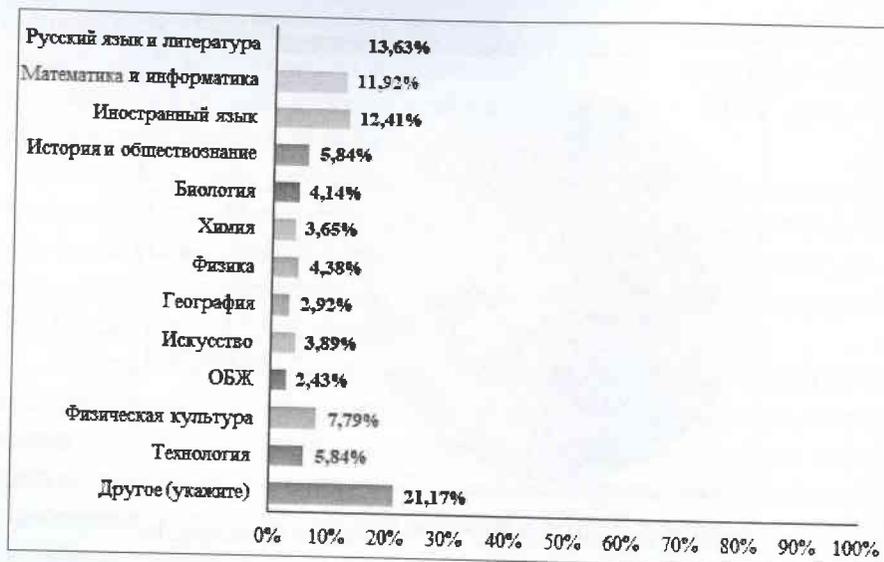


Рис. 7. Распределение респондентов по преподаваемому предмету

В исследование вошли также воспитатели дошкольных учреждений, учителя начальных классов, педагоги дополнительного образования и представители администрации (ответ «Другое»).

На рисунке 8 представлены данные, которые отражают информацию об уровнях образования, реализуемых респондентами. Так, наибольшее количество респондентов преподают на уровне основного общего образования (33,0 %), на уровне начального — 25,1 %, на уровне среднего общего образования — 17,6 %. В исследовании также приняли участие представители администрации школ — 6,7 %, специалисты школьной службы сопровождения — 7,3 % (педагог-психолог, социальный педагог, тьютор и др.). Подобный состав анкетированных позволяет получить более полное представление о методах, технологиях и программах формирования культуры и ценности здоровья, а также о правовых, организационных, кадровых и психолого-педагогических условиях для формирования компетентности педагога в области здоровьесберегающей деятельности, в соответствии с требованиями ФГОС ОО и профессиональным стандартом педагога (рис. 8).

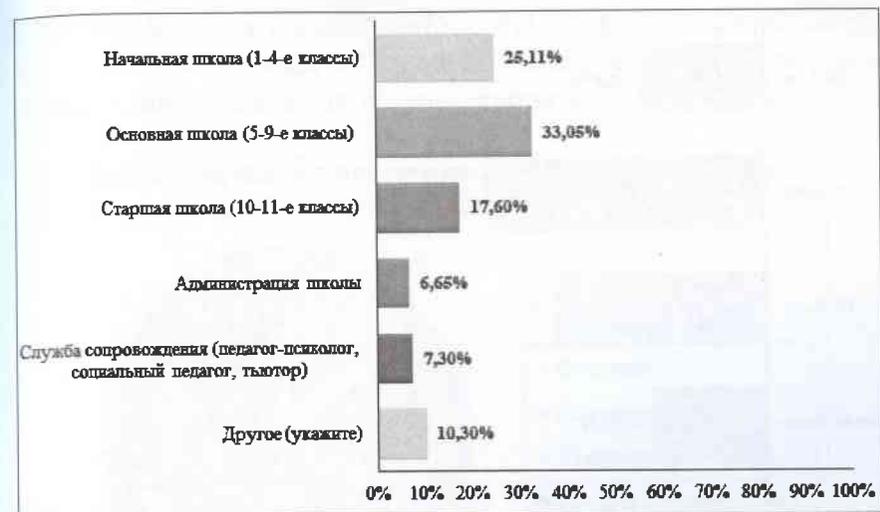


Рис. 8. Распределение респондентов по реализуемым уровням образования

Следует отметить, что данное распределение респондентов в зависимости от их специальности, а также преподаваемых ими предметов важно учитывать при создании образовательных программ по формированию компетентности педагога в области здоровьесбережения. Логично предположить, что в целях повышения эффективности реализации здоровьесберегающих технологий в образовательных организациях необходимо объединение усилий всех специалистов и, следовательно, обучение не отдельных педагогов, а школьных команд здоровья (руководитель, учитель начальных классов, педагог физической культуры, педагог-психолог и т. д.). Это предположение нашло свое подтверждение и в ответах педагогов, которые будут проанализированы далее.

На рисунке 9 представлено распределение респондентов по педагогическому стажу. Самую большую выборку составили респонденты со стажем работы от 6 до 15 лет — 38,6 %, на втором месте — от 16 до 25 лет (28,9 %), и примерно одинаковое количество педагогов имеют стаж до 5 лет (16,8 %) и свыше 26 лет (15,7 %). Сопоставляя данные возраста и стажа, можно сделать вывод о том, что большинство респондентов в возрасте

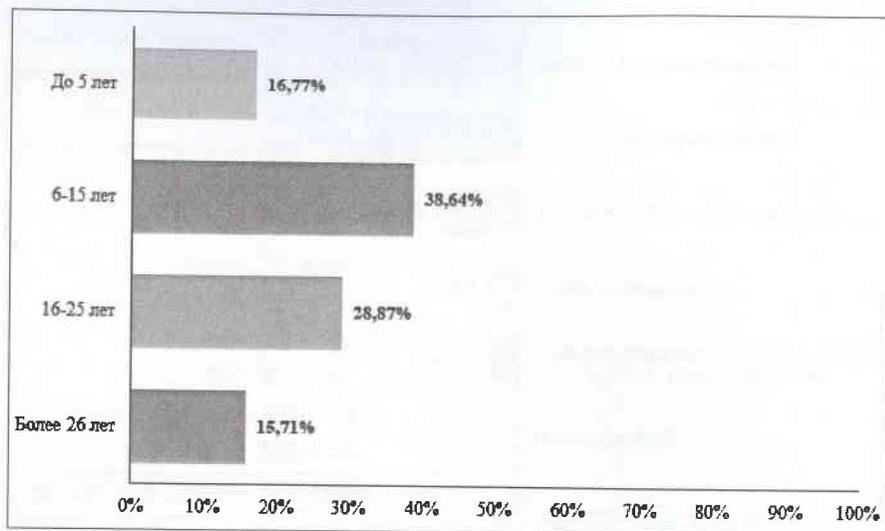


Рис. 9. Распределение респондентов в соответствии с длительностью педагогического стажа

от 30 до 50 лет имеют педагогический стаж от 6 до 25 лет. На эту группу приходится основной объем организации урочной и внеурочной деятельности обучающихся в школе. Именно в данном возрастном диапазоне у педагогов наиболее часто возникают различные нарушения здоровья, как следствие, повышается внимание к собственному здоровью, и, соответственно, педагогический работник становится более мотивированным в его сохранении. Кроме того, такой педагогический стаж дает перспективу профессионального развития, в том числе совершенствования компетенции здоровьесбережения.

В соответствии с требованиями ФГОС ОО значимым условием, позволяющим формировать здоровый образ жизни, является уровень информированности о здоровье как обучающихся, так и педагогов. Поэтому следующий блок вопросов посвящен оценке сформированности понятийного аппарата педагогических работников в области здоровьесберегающей деятельности.

Результаты анкетирования показали, что подавляющее большинство респондентов оценивают состояние здоровья обучаю-

щихся как хорошее и отличное (51,9%), а также удовлетворительное — 42,8%. И лишь 4,4% опрошенных оценивают состояние здоровья школьников как неудовлетворительное (рис. 10).

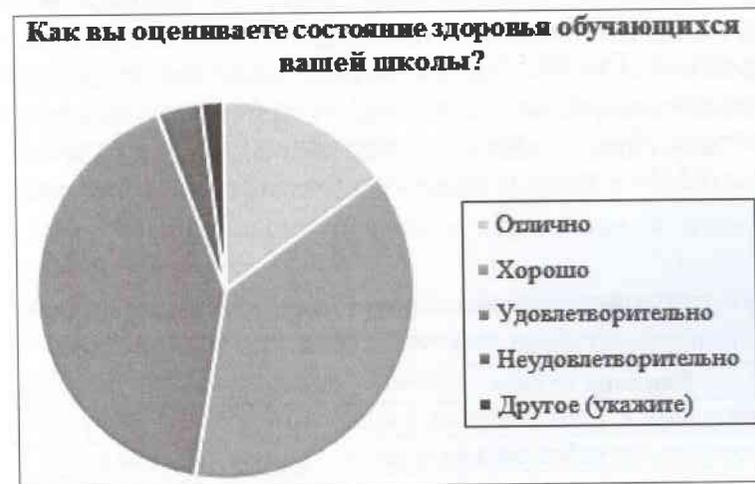


Рис. 10. Оценка респондентами состояния здоровья обучающихся школы

Кроме того, большинство респондентов (48,7%) считает, что в процессе обучения здоровье школьников не изменяется, а 14,8% даже отмечают его улучшение (табл. 3).

Таблица 3

Как изменяется здоровье обучающихся в процессе школьного обучения

Вариант ответа	Число респондентов, чел. (%)
Улучшается	88 (14,8)
Не изменяется	289 (48,7)
Ухудшается	206 (34,7)
Другое (укажите)	10 (1,7)

Полученные данные противоречат результатам официальной статистики, которые свидетельствуют о том, что на протяжении последних тридцати лет состояние здоровья школьников в России permanently ухудшается [7, с. 4–9; 83; 86: с. 28–30; 85, с. 48–53].

Однако мнения респондентов о хорошем состоянии здоровья школьников, противоречащие данным официальной статистики, становятся понятными в результате анализа их ответов, представленных в таблице 4. Он свидетельствует о том, что педагоги обладают недостаточным объемом информации о состоянии здоровья обучающихся. Так, 69,5 % респондентов получают такие сведения непосредственно от родителей, 50,1 % — от медицинского работника школы, 34,4 % — узнают о состоянии здоровья от самих учеников, а 6,2 % — вообще не интересуются такой информацией.

Таблица 4

Из каких источников педагоги получают информацию о здоровье учеников

Вариант ответа	Число респондентов, чел. (%)
От родителей	412 (69,5)
От медицинского работника школы	297 (50,1)
Из поликлиники (Центра здоровья)	76 (12,8)
От обучающегося	204 (34,4)
Я такой информацией не располагаю	37 (6,2)
Другое (укажите)	9 (1,5)

Анализируя результаты ответов респондентов на вопрос о том, существуют ли заболевания, обусловленные обучением в школе, спецификой организации учебного процесса, 42,0 % отвечают утвердительно, 33,4 % — не знают, а 23,3 % опрошенных уверены, что таких заболеваний нет (табл. 5).

Таблица 5

Существуют ли заболевания, обусловленные обучением в школе, спецификой организации учебного процесса

Вариант ответа	Число респондентов, чел. (%)
Да	249 (42,0)
Нет	138 (23,3)
Не знаю	198 (33,4)
Другое (укажите)	8 (1,3)

На просьбу перечислить заболевания, которые можно отнести к обусловленным обучением в школе, респонденты дали следующие ответы: нарушение осанки, ухудшение зрения, миопия, заболевания желудочно-кишечного тракта, простудные заболевания, аллергия, сколиоз, невроты и др. Педагоги, ответившие на вопрос утвердительно, указали состояния, которые совпадают с последними данными, представленными НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России:

- 1-я группа — нарушения зрения;
- 2-я группа — функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата;
- 3-я группа — заболевания органов пищеварения;
- 4-я группа — функциональные расстройства нервной системы (вегетативные дисфункции).

Анализируя все данные блока, можно сделать выводы о том, что половина опрошенных респондентов оценивают состояние здоровья обучающихся как хорошее и даже отличное, большинство педагогов указывают на то, что состояние здоровья обучающихся в процессе школьного обучения не изменяется, а 14,8 % — вообще отмечают улучшение состояния здоровья в процессе обучения. Такая неадекватная оценка должна учитываться при разработке дополнительной профессиональной программы повышения квалификации с включением в ее содержание статистических данных федерального и регионального уровней.

Особое значение в контексте темы настоящей монографии имеют вопросы, связанные с уровнем сформированности психического аппарата педагогических работников по заявленной теме. На вопрос «Что такое здоровый образ жизни?» (ЗОЖ) были получены следующие ответы: по мнению большей части опрошенных (82,3 %), это форма жизнедеятельности, которая укрепляет адаптационные возможности организма человека и включает в себя рациональный режим, правильное питание, адекватную физическую активность, эффективную психологическую саморегуляцию, отсутствие вредных привычек. Однако 8,4 и 9,3 % респондентов имеют достаточно узкое представление о ЗОЖ (табл. 6).

Таблица 6

Что такое здоровый образ жизни

Вариант ответа	Число респондентов, чел. (%)
Такая форма жизнедеятельности, которая укрепляет адаптационные возможности человека и включает в себя рациональный режим, правильное питание, адекватную физическую активность, эффективную психологическую саморегуляцию, отсутствие вредных привычек	488 (82,3)
Адекватная реакция на стрессовые ситуации и отсутствие вредных привычек	50 (8,4)
Регулярные занятия физической культурой и спортом, отсутствие вредных привычек	55 (9,3)

Отвечая на вопрос «Что такое культура здоровья?», 70,7 % респондентов справедливо заметили, что принятие ответственности за свое здоровье и здоровье окружающих путем осознанного выбора ЗОЖ и есть основополагающее в понимании культуры здоровья. Однако настораживает тот факт, что 26,1 % из числа опрошенных вкладывают в понятие культуры здоровья осознанное ведение ЗОЖ, а 3,2 % считают, что это всего лишь осознанный отказ от вредных привычек (табл. 7). Полученные данные подтверждают наши предположения о том, что большой процент педагогов не имеет достаточной теоретической базы для формирования ЗОЖ.

Таблица 7

Что такое культура здоровья

Вариант ответа	Число респондентов, чел. (%)
Осознанное ведение здорового образа жизни	155 (26,1)
Принятие ответственности за свое здоровье и здоровье окружающих путем осознанного выбора здорового образа жизни	419 (70,7)
Осознанный отказ от вредных привычек	19 (3,2)

В исследовании было изучено мнение педагогов об основных факторах, влияющих на здоровье участников образовательных отношений, о наиболее важных направлениях здоровьесберегающей деятельности в школе, ее организационно-педагогических условиях (табл. 8). Перечисленные в таблице факторы предлагалось оценить по пятибалльной шкале, где 1 балл имел наименьшую значимость, а 5 — наибольшую.

Таблица 8

Факторы образовательного пространства, оказывающие наибольшее влияние на здоровье участников образовательных отношений

Фактор образовательного пространства	Распределение ответивших респондентов по баллам				
	1	2	3	4	5
Санитарно-гигиенические условия	15	26	79	187	286
Организация питания	13	16	76	179	309
Организация пространства для полноценной реализации процесса физического воспитания	11	23	94	206	259
Режим двигательной активности	10	26	83	219	255
Содержание двигательной активности	9	28	97	218	241
Количество и качество учебной нагрузки	10	18	65	186	314
Качество медицинского обслуживания	6	29	98	186	274
Психологическая безопасность и комфорт	9	21	66	195	302
Компетенции здорового образа жизни у педагога	14	38	113	209	219
Компетенции здорового образа жизни у обучающегося	5	20	82	218	268
Реализация здоровьесберегающих образовательных технологий	9	29	92	204	259
Наличие программы формирования здорового и безопасного образа жизни обучающихся	11	28	126	194	234

По мнению респондентов, наибольшее влияние на здоровье участников образовательного процесса оказывают такие факторы, как количество и качество учебной нагрузки, психологическая безопасность и комфорт, организация питания и компетенции здорового

деятельности требует грамотных управленческих решений и достаточного уровня квалификации педагогического коллектива и его подготовленности по вопросам сохранения здоровья. К сожалению, именно этим организационно-педагогическим условиям респонденты отдают наименьшее количество выборов. Это еще раз подтверждает наш вывод о необходимости разработки программ повышения квалификации, мотивирующих педагогов на здоровьесберегающую деятельность, ликвидирующих дефицит их знаний в вопросах формирования здоровья с акцентом на нормативное обеспечение этой деятельности. При этом необходимо учесть мнение педагогов о том, что наличие командного взаимодействия внутри школы (педагоги, психологи, учителя, администрация и т. д.) повышает эффективность работы образовательной организации по сохранению здоровья детей.

Таблица 10

Наиболее важные организационно-педагогические условия для сохранения и укрепления здоровья обучающихся

Вариант ответа	Число респондентов, чел. (%)
Управленческое решение	66 (11,1)
Наличие командного взаимодействия внутри школы (педагоги, психологи, учителя, администрация и т. д.)	284 (47,9)
Качество взаимодействия семьи и школы в вопросе сохранения и укрепления здоровья несовершеннолетних	411 (69,3)
Уровень квалификации педагогического коллектива и его подготовленность по вопросам сохранения здоровья	152 (25,6)
Система внутришкольных мероприятий по укреплению здоровья и формированию ЗОЖ	226 (38,1)

Необходимость ликвидации информационного дефицита в области сохранения здоровья подтверждается ответами респондентов на вопрос, где они получают информацию по данной теме

(табл. 11). Так, больше половины (59,2 %) респондентов указали в качестве основных источников средства массовой информации, Интернет, различного рода популярную литературу, которые не всегда являются достоверными источниками информации. Лишь каждый пятый респондент получает информацию о здоровье и ЗОЖ из профессиональных источников (курсы повышения квалификации, конференции), что подтверждает необходимость формирования здоровьесберегающей компетенции педагогов в системе дополнительного профессионального образования.

Таблица 11

Где педагоги получают информацию о здоровье и здоровом образе жизни

Вариант ответа	Число респондентов, чел. (%)
По месту работы (в школе)	188 (31,7)
В процессе профессионального образования (получения профессии в вузе)	172 (29,0)
На курсах повышения квалификации / профессиональной переподготовки	139 (23,4)
На специализированных семинарах, мастерских, круглых столах	141 (23,8)
Самостоятельно (средства массовой информации, Интернет, специальная литература, периодическая печать)	351 (59,2)
Такой информацией не интересуюсь	31 (5,2)
Другое (укажите)	1 (0,2)

Рассмотрим, какие формы работы по сохранению и укреплению здоровья, по мнению респондентов, являются необходимыми в школе (табл. 12). Как и в случае с важными элементами здоровьесберегающей деятельности, которые реализуются в образовательных организациях опрошенных (см. табл. 10), на первое место они ставят медицинское обслуживание (45,5 %), на второе место — общешкольные мероприятия (36,9 %), на третье место — обязательные уроки здоровья (28,7 %). Создается такое впечатление,

что педагоги пытаются переложить ответственность за здоровье обучающихся на медицинских работников и администрацию школы. Между тем в настоящее время известно, что наиболее действенной является стратегия, основанная на приоритете психолого-педагогических принципов в деятельности по формированию здоровья и основная роль в ее реализации отводится учителю [76]. Это еще раз подчеркивает необходимость мотивационного блока в программах повышения квалификации педагогов.

Таблица 12

Какие формы работы по сохранению и укреплению здоровья необходимы в школе

Вариант ответа	Число респондентов, чел. (%)
Медицинское обслуживание	270 (45,5)
Внутришкольная служба здоровья (автономный центр здоровья, школьные команды здоровья)	160 (27,0)
Обязательные уроки здоровья	170 (28,7)
Факультатив, внеклассная работа	111 (18,7)
Общешкольные мероприятия (День здоровья и пр.)	219 (36,9)
Консультирование обучающихся и их родителей	157 (26,5)
Повышение квалификации педагогического коллектива	68 (11,5)
Сотрудничество с Центром здоровья поликлиники	89 (15,0)
Все вышеперечисленное	151 (25,5)
Такая работа не нужна в школе	11 (1,9)
Другое (укажите)	6 (1,0)

Меньше половины (47,2 %) респондентов удовлетворены существующей системой повышения квалификации по формированию компетентности в области здоровьесберегающей деятельности, тогда как большая часть либо не удовлетворена, либо не имеет собственного мнения по данному вопросу (табл. 13).

Таким образом, существующая система совершенствования компетенций здоровьесберегающей деятельности педагогов не может рассматриваться как достаточная и удовлетворительная. К возможным факторам такой ситуации можно отнести недостаточный набор интересных программ, отсутствие информации об их наличии, возможное невысокое качество существующих, отсутствие мотивации к участию в организованных формах обучения и проч. Это ещё раз подчеркивает необходимость совершенствования системы повышения квалификации педагогов по формированию у них здоровьесберегающей компетенции.

Таблица 13

Удовлетворены ли вы существующей системой повышения квалификации по формированию здоровьесберегающей компетенции у педагогов

Вариант ответа	Число респондентов, чел. (%)
Да	280 (47,2)
Нет	98 (16,5)
Не знаю	215 (36,3)

В настоящем исследовании мы исходили из положения о взаимосвязи между отношением учителя к своему здоровью, его потребностью в соблюдении ЗОЖ и реализацией соответствующего воспитательного воздействия на учеников. Этому посвящен следующий блок вопросов. На момент заполнения анкеты большая часть педагогов положительно оценила свое состояние здоровья (на «отлично» — 18,8 %, на «хорошо» — 48,2 %). Только треть респондентов посчитала свое здоровье удовлетворительным, либо плохим — 30,9, и 2,2 % соответственно (рис. 11).

Такая тенденция прослеживается и в ответах респондентов на вопрос о наличии у них хронических заболеваний (рис. 12). В свою очередь, данные углубленных осмотров дают противоположенную статистику, согласно которой лишь 4 % педагогов имеют I группу здоровья. Расхождение результатов анкетирования и данных официальной статистики свидетельствует о том, что

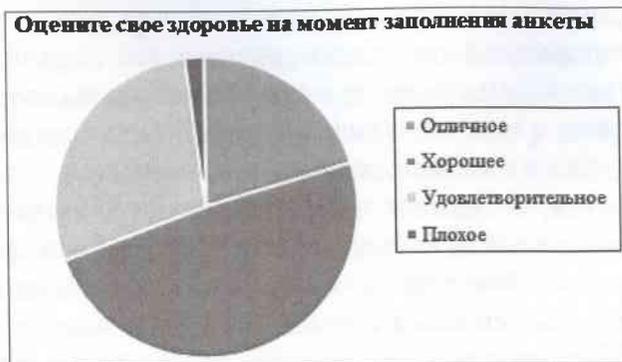


Рис. 11. Оценка своего здоровья респондентами на момент заполнения анкеты



Рис. 12. Наличие хронических заболеваний у педагогов

учителя часто не обращают внимания на негативные показатели своего здоровья, не заботятся должным образом о состоянии своего организма или не имеют навыков сохранения и укрепления здоровья [53, с. 25–31]. Данное обстоятельство позволяет сформулировать вполне обоснованный вопрос: если педагог не обучен регулировать состояние своего здоровья, то, как же он сможет научить этому своих учеников [4, с. 9–17; 5, с. 23–27; 11, с. 277–280; 22, с. 12–17; 59, с. 162–165; 63, с. 57–66; 77, с. 99–102]?

Таким образом, приведенные результаты анкетирования подтверждают необходимость совершенствования системы обучения педагогических кадров в целях формирования и развития их компетентности в области здоровьесберегающей деятельности как по отношению к ученикам, так и, безусловно, по отношению к собственному здоровью. Каждый педагог должен понимать, что несет ответственность за качество планируемых результатов, в том числе и в области формирования ЗОЖ, ценности и культуры здоровья согласно требованиям ФГОС ОО [92].

Среди основных факторов, негативно влияющих на здоровье, педагоги указали недостаток времени (52,0 %), плохую экологию (39 %) и профессиональные факторы (16,9 %) (табл. 14).

Таблица 14

Что мешает быть здоровым

Вариант ответа	Число респондентов, чел. (%)
Материальные трудности	75 (13,8)
Экология	217 (39,9)
Недостаток времени	283 (52,0)
Низкая информированность по вопросам здоровья	44 (8,1)
Недостаток опыта в области сохранения здоровья	43 (7,9)
Психологический дискомфорт в семье	17 (3,1)
Профессиональные факторы	92 (16,9)
Другое (укажите)	52 (9,6)

Между тем на сегодняшний день известно, что самым важным фактором, формирующим здоровье, является индивидуальный образ жизни. При этом для создания собственного здорового жизненного стиля необходимы систематизированные знания, реализуемые в целенаправленной деятельности (суть компетенции здоровьесбережения).

Считаем необходимым подчеркнуть, что респонденты не относят «низкую информированность по вопросам здоровья» и «недостаток опыта» его сохранения к важным факторам, мешающим

им быть здоровыми. Из этого следует, что в процессе повышения квалификации необходимо обеспечить реализацию следующих взаимосвязанных процессов: присвоение как интериоризацию социальных ценностей ЗОЖ (хочу); освоение знаний (знаю); овладение умениями и навыками (умею); развитие личностных качеств (могу); обогащение субъективного опыта (имею и буду).

При анализе самооценки респондентами собственного образа жизни нам было интересно сопоставить их представления о факторах, влияющих на здоровье (образ жизни), и фактической организации собственного здоровьесберегающего образа жизни. В качестве показателей ЗОЖ были определены следующие: рациональное питание, полноценный сон, достаточная физическая активность, режим дня, адекватная реакция на стресс, закаливание, удовлетворенность взаимоотношениями с коллегами, членами семьи, отдых.

Анализируя компоненты образа жизни респондентов, следует сделать вывод, что их образ жизни нельзя назвать здоровым. Так, рациональное питание отмечают лишь 31,8 % респондентов (рис. 13), полноценный сон — 22,6 % анкетированных. Режим дня соблюдают 20,96 % респондентов, полноценная физическая активность свойственна 22,24 % педагогов, и умение отдыхать — 35,29 %.



Рис. 13. Оценка респондентами своего образа жизни

Несмотря на то что анализ компонентов образа жизни респондентов показал, что его нельзя назвать здоровым, 52,4 % педагогов дали позитивную самооценку своего образа жизни (рис. 14). Таким образом, результаты экспертной оценки показывают расхождение в ответах педагогов на вопросы о собственном образе жизни, что свидетельствует о неспособности части педагогов адекватно оценивать его и недостаточном уровне развития рефлексии.

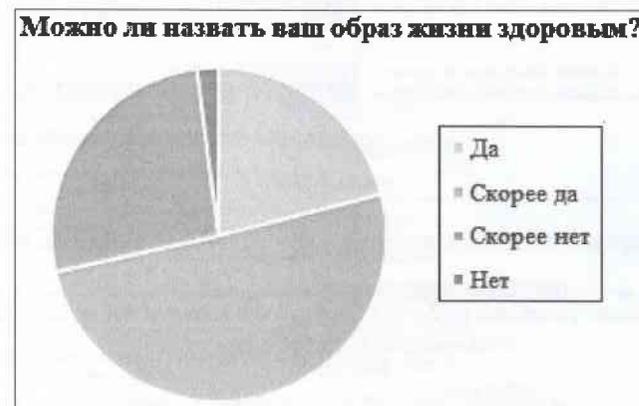


Рис. 14. Оценка педагогами своего образа жизни

Вывод подтверждается и при оценке типичного поведения респондентов в стрессовой ситуации, показавшей, что достаточно большое число педагогов неадекватно реагируют на стресс: 50,55 % — всегда расстраиваются и огорчаются, 48,16 % — впадают в состояние глубоких переживаний, 20,77 % — испытывают раздражительность и чувство агрессии, а у 27,76 % — наблюдается соматизация эмоциональных расстройств (рис. 15).

Анализируя отношение педагогов к собственному здоровью, мы уточнили, выходят ли они на работу при наличии признаков инфекционного заболевания. Пятая часть респондентов ответила, что всегда выходит на работу, половина педагогов (52,6 %) старается не посещать работу при первых признаках заболевания, и только 27,4 % респондентов никогда не работают при плохом самочувствии (рис. 16).

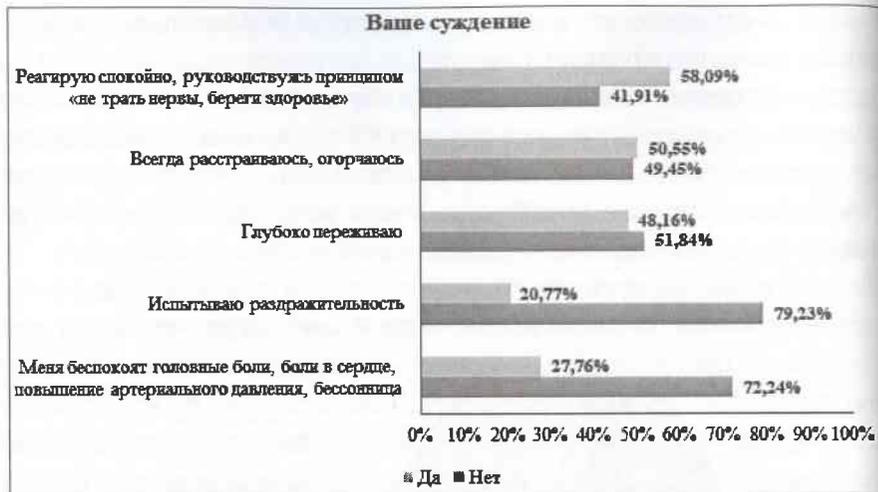


Рис. 15. Характеристика поведения респондентов в стрессовой ситуации

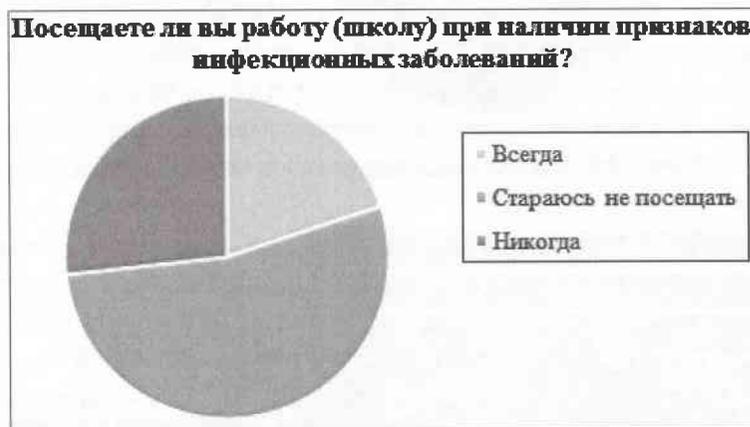


Рис. 16. Выход на работу (в школу) педагогов при наличии признаков инфекционных заболеваний

При определении причин, мешающих вести ЗОЖ (рис. 17), респонденты поставили на первое место отсутствие времени на себя (57,9 %), на второе место — материальные проблемы (19,9 %), третье место — равнодушие к собственному здоровью (недостаточно желания, мотивации вести ЗОЖ) и отсутствие информации

о функциональном состоянии собственного организма (15,8 и 15,1 % соответственно).

Из представленных данных следует, что педагоги образовательных организаций часто не мотивированы к ведению здорового образа жизни. Исходя из этого, а также учитывая, что подавляющее большинство обучающихся и педагогов уже имеют различные заболевания, логично в дополнительных профессиональных программах в области здоровьесбережения опираться именно на нарушения здоровья, как на возможный мотивирующий фактор к его сохранению.



Рис. 17. Что мешает вести здоровый образ жизни

Последний содержательный блок анкеты посвящен вопросам понимания и использования педагогами в процессе обучения здоровьесберегающих технологий.

Большинство респондентов (68,9 %) имеет правильное представление о том, что такое здоровьесберегающая образовательная технология. При этом 14,2 % респондентов уверены, что просто методика обучения, которая не наносит вред здоровью обучающихся, а 19,7 % респондентов считают, что это система деятельности педагога, направленная на сохранение и укрепление здоровья обучающихся (табл. 15).

Таблица 15

Что такое здоровьесберегающая образовательная технология

Вариант ответа	Число респондентов, чел. (%)
Воспроизводимая в определенных условиях система деятельности участников образовательных отношений, выстраивающая четкий путь к достижению обучающимися конкретных образовательных результатов при условии сохранения ресурсов их здоровья	325 (68,9)
Воспроизводимая в определенных условиях система деятельности педагога, обеспечивающая сохранения ресурсов здоровья обучающихся	80 (16,9)
Ответили на вопрос	472
Пропустили вопрос	121

В таблице 16 представлены данные о самооценке педагогами знаний в области ЗОЖ, демонстрирующие ее достаточно высокий уровень. Возникает закономерный вопрос: почему при столь высокой самооценке знаний респонденты не реализуют их на практике. По-видимому, это можно объяснить несформированностью их мотивации к здоровьесберегающей деятельности.

Таблица 16

Самооценка педагогами знаний в области ЗОЖ

Область знаний	Ответ, %	
	Да	Нет
Правильное питание	82,84	17,16
Режим дня	88,35	11,65
Закаливающие процедуры	67,80	32,20
Массаж биологически активных точек	31,99	68,01
Лекарственные свойства растений	46,19	53,81
Дыхательная гимнастика	50,00	50,00
Правила работы за компьютером	84,11	15,89
Способы снятия зрительного утомления	72,46	27,54

Область знаний	Ответ, %	
	Да	Нет
Способы сохранения правильной осанки	79,87	20,13
Способы снятия эмоционального напряжения, регуляции настроения	58,26	41,74
Способы мышечного расслабления	55,08	44,92
Способы оздоровительного применения физических упражнений	66,53	33,47
Способы улучшения умственной деятельности	62,08	37,92
Оказание первой медицинской помощи	72,46	27,54
Современные подходы к комплексной оценке здоровья	48,31	51,69
Функциональные обязанности врача и медицинской сестры в образовательном учреждении	55,51	44,49

Результаты исследования показали недостаточность знаний педагогов основных нормативных документов. Так, половина респондентов (50,8 %) полагает, что согласно требованиям ФГОС ценность здорового и безопасного образа жизни должна быть сформирована у обучающихся на уровне начального общего образования, 10,4 % — на уровне среднего общего образования, и только треть респондентов (38,8 %) правильно считает, что ценность здорового и безопасного образа жизни формируется на уровне основного общего образования (рис. 18).

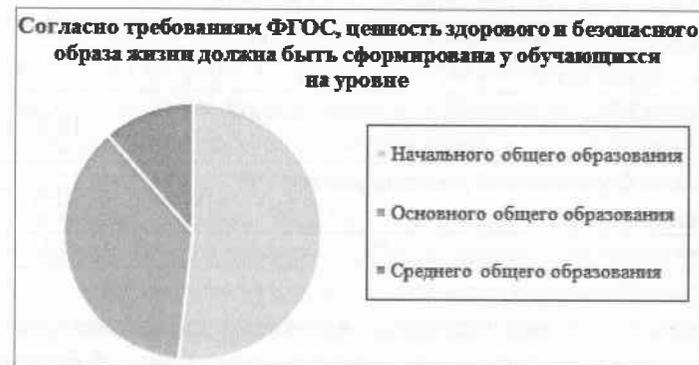


Рис. 18. Формирование ценности здорового и безопасного образа жизни у обучающихся

Анализ видов деятельности по формированию здорового и безопасного образа жизни выявил, что лишь 10,4 % из общего числа опрошенных реализуют в своей работе мероприятия системного характера, а именно здоровьесформирующие образовательные технологии (табл. 17). Остальные педагоги проводят классные часы, посвященные ЗОЖ (43,2 %), дополняют некоторые темы уроков вопросами по сохранению здоровья (39,8 %), ведут разъяснительную работу (33,7 %), а пятая часть педагогов (21,2 %) игнорируют вопросы ЗОЖ в образовательном процессе, тем самым не выполняя требования ФГОС ОО.

Таблица 17

Формы индивидуальной и групповой работы, направленные на сохранение и укрепление здоровья обучающихся, формирование ЗОЖ

Вариант ответа	Число респондентов, чел. (%)
Провожу интегрированные уроки, включая здоровьесберегающие технологии	37,1
Дополняю некоторые темы уроков вопросами по сохранению здоровья	39,8
Провожу классные часы, посвященные ЗОЖ	43,2
Руковожу проектной работой по ЗОЖ	8,5
Веду индивидуальную разъяснительную работу	33,7
Реализую здоровьесформирующую образовательную технологию	10,4
Я ограничиваюсь тематикой, предусмотренной программой	10,6
Я не акцентирую в своей деятельности проблематику ЗОЖ	10,8
Другое (укажите)	0,2

Приведенные выше данные показывают, что педагоги теоретически выделяют командное взаимодействие как важный фактор повышения эффективности здоровьесберегающей деятельности в школе. Однако результаты анкетирования говорят о том, что лишь половина

респондентов принимает активное участие в медико-педагогических мероприятиях школы (рис. 19). Таким образом, мы в очередной раз наблюдаем расхождение между теоретическими представлениями педагогов об укреплении и сохранении здоровья обучающихся и их реальным практическим участием в данном процессе. Поэтому программы повышения квалификации должны не только наполнять педагогов знаниями, но и обучать использовать их на практике.

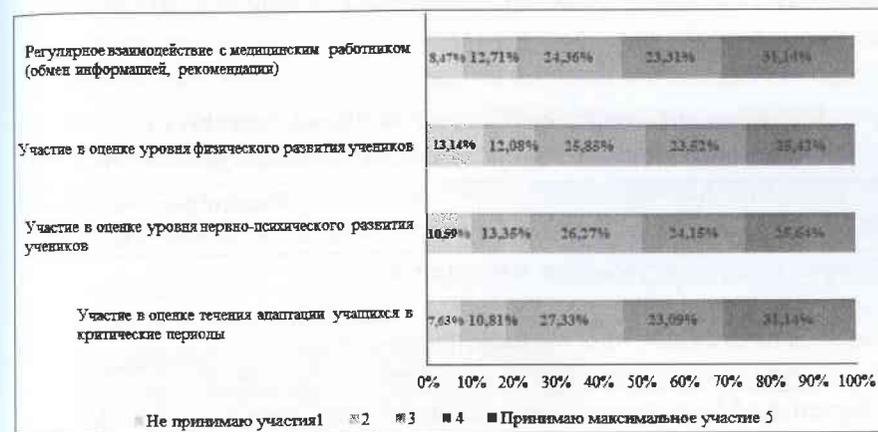


Рис. 19. Степень участия педагогов в медико-педагогических мероприятиях школы

В этом направлении нам было важно изучить образовательный запрос педагогов, а именно какие направления совершенствования компетентности в сфере здоровьесбережения являются, по их мнению, наиболее актуальными (табл. 18). Большинство респондентов (47,5 %) нацелено на обучение эффективным способам улучшения функционального состояния собственного организма с последующей отработкой навыка, 36,2 % — на получение систематизированных знаний о заболеваниях, обусловленных обучением в школе, 27,1 % — на индивидуальное консультирование по актуальным проблемам состояния здоровья у педагога. Хочется отметить, что заинтересованность респондентов в совершенствовании своей компетентности в сфере здоровьесбережения достаточно высока и имеет направленность на состояние собственного здоровья. Это

подтверждает наш вывод о том, что личностно ориентированный подход в обучении должен обязательно учитывать состояние здоровья обучаемого и, как указывалось ранее, формирование компетентности в области здоровьесберегающей деятельности эффективнее начать со знакомства педагога не с основами здоровья, а с основами болезни, которая у него уже имеется. Эти знания необходимо подкрепить самодиагностикой функционального состояния организма с последующим выходом на способы его улучшения.

Таблица 18

Какие направления совершенствования компетентности в сфере здоровьесбережения являются актуальными

Вариант ответа	Число респондентов, чел. (%)
Вопрос совершенствования компетентности для меня не актуален	12,9
Получение систематизированных знаний о заболеваниях, обусловленных обучением в школе	36,2
Обучение эффективным способам улучшения функционального состояния собственного организма с последующей отработкой навыка	47,5
Индивидуальное консультирование об актуальных проблемах со здоровьем у педагога	27,1
Самодиагностика функционального состояния своего организма (физического и психологического)	20,3
Другое	0,4

В настоящее время научно доказано, что успех программ в области здоровья и ЗОЖ определяется в первую очередь тем, насколько адресат данной информации понимает ее и принимает как затрагивающую его лично, знает, как нужно действовать и готов к этому поведению [1, с. 90–93; 3, с. 73–79; 11, с. 277–280; 22, с. 12–17, 35, с. 163–166].

В настоящее время общепризнанно, что наибольший эффект в достижении планируемого результата по формированию ЗОЖ

в системе образования достигается за счет внедрения здоровьесберегающих технологий [19; 20; 35, с. 163–166; 73, с. 48–55; 89, с. 143–145; 97, с. 18–21]. Приведенные выше данные (см. табл. 15) свидетельствуют о том, что большинство респондентов (68,9 %) дает правильное теоретическое определение здоровьесберегающей образовательной технологии. Однако в практической деятельности педагоги часто путают понятия, принимая за здоровьесформирующую технологию приемы, методы и методики. Например, наиболее часто в качестве здоровьесберегающих образовательных технологий педагоги воспринимают дыхательную гимнастику, физкультминутки, релаксацию, игротерапию, спортивные и подвижные игры, закаливание, массаж, ЛФК, занятия на тренажерах и т. д. Отсюда 64 % респондентов считают, что используют в работе здоровьесберегающие технологии (рис. 20).

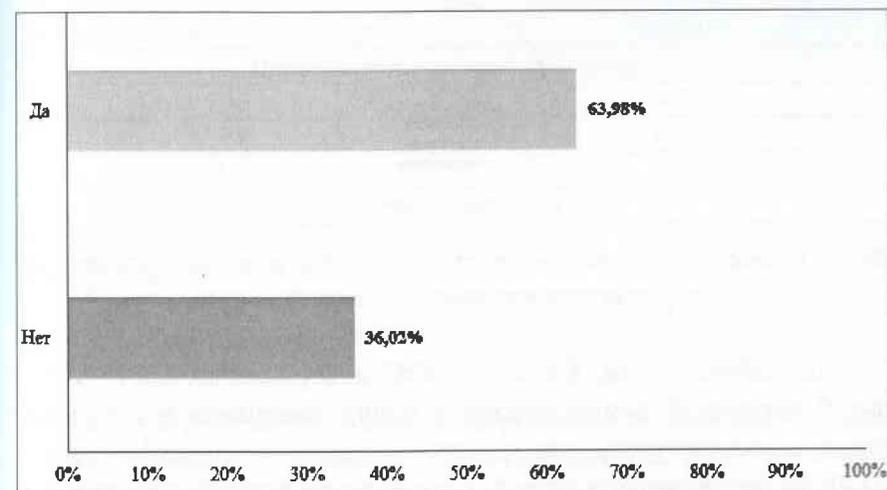


Рис. 20. Использование респондентами в педагогической деятельности здоровьесберегающих / здоровьесформирующих образовательных технологий

Важно отметить, что полученные результаты опроса педагогов объективизируют необходимость разработки образовательных программ на основе учета четырех факторов (рис. 21).

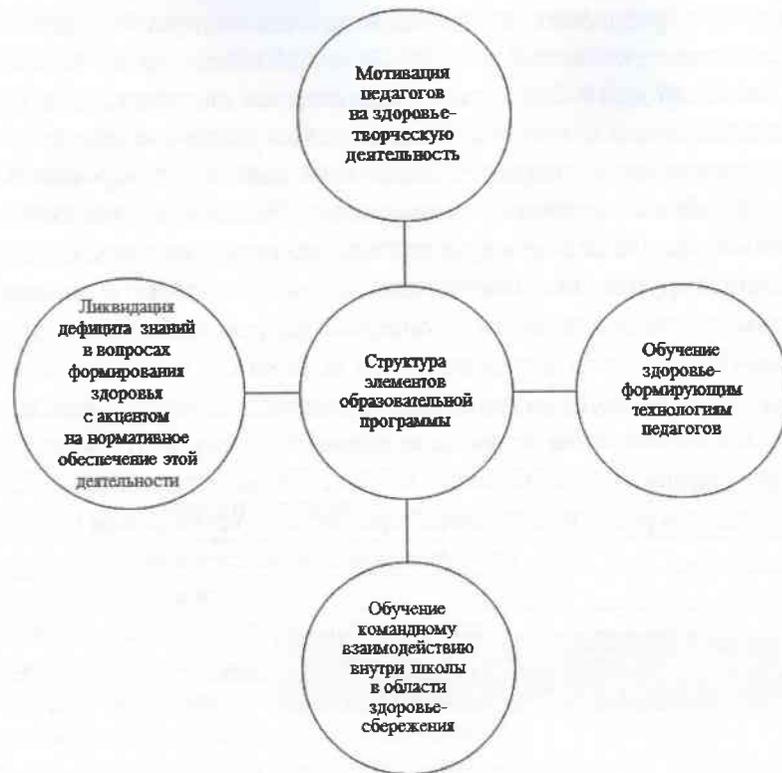


Рис. 21. Факторы, влияющие на структуру образовательных программ для педагогов в сфере здоровьесбережения

На вопрос о том, какие условия совершенствования здоровьесберегающей компетентности будут удобными и оптимальными для педагогов, мы получили следующую информацию: 62,29 % респондентов предпочитают проходить обучение в дистанционной форме, 20,76 % — в очно-заочной форме и лишь 16,95 % — в очной форме. Очевидно, что такие предпочтения при выборе формы обучения связаны с высокой загруженностью педагогов на работе. Больше половины респондентов (54,24 %) считают оптимальным объемом продолжительности программ курсов повышения квалификации (КПК) 36 ч, а 34,75 % — 72 ч. В определении методов обучения мнения разделились: 25,79 % респон-

дентов предпочитают лекции, 27,54 % — практические занятия, 21,82 % — тренинги и 25,85 % — мастер-классы (табл. 19, рис. 22). Возникает противоречие между формой и методами обучения, так как в дистанционном режиме достаточно сложно эффективно организовать практические занятия, тренинги и мастер-классы. Между тем, учитывая пожелания педагогов, рационально вынести лекционный материал в дистанционный режим обучения.

Таблица 19

Какие условия совершенствования здоровьесберегающей компетентности удобны и оптимальны

Условие обучения	Число респондентов, чел. (%)
<i>Форма обучения</i>	
Очная	16,95
Очно-заочная	20,76
Дистанционная	62,29
<i>Продолжительность обучения, ч</i>	
36	54,24
72	34,75
144	11,02
<i>Метод обучения</i>	
Лекция	24,79
Практикум	27,54
Тренинг	21,82
Мастер-класс	25,85

Анализируя полученную информацию о том, какое содержание программ повышения квалификации наиболее интересно педагогам (табл. 20), мы выяснили, что 51,5 % респондентов хотели бы получить знания о доступных способах коррекции собственного здоровья, с их последующей практической отработкой; 44,7 % — знания о наиболее часто встречающихся заболеваниях, особенно школьно обусловленных; 38,6 % респондентов хотели бы научиться проводить динамическую самодиагностику состояния организма и 20,8 % — разрабатывать индивидуальные проекты формирования здорового образа жизни.

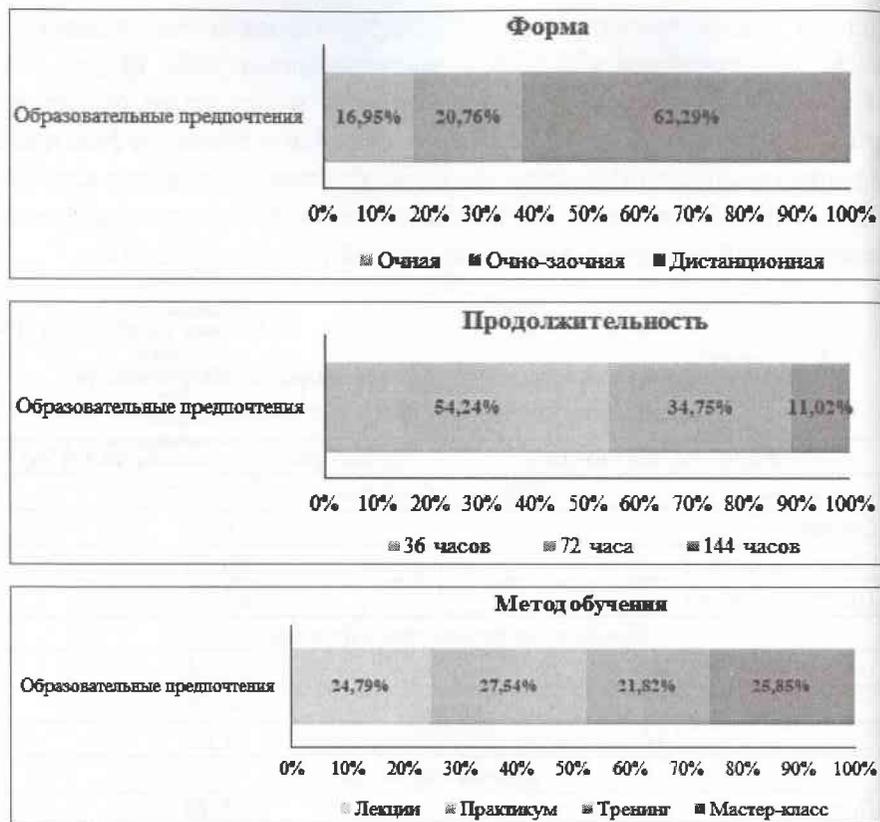


Рис. 22. Какие условия совершенствования здоровьесберегающей компетентности удобны и оптимальны

Таким образом, качественное отличие современной педагогической науки и практики от предыдущих этапов их развития характеризуется поиском решения проблем на интегративном уровне. Категория «здоровье» в настоящее время уже не является исключительно медицинской и включается в разряд понятий педагогики. Одной из наиболее значимых проблем в современном образовании выступает вопрос о здоровье участников образовательных отношений. Данный вопрос важен как при определении подходов к разработке критериев качества образования, так и при разработке ключевых компетенций содержания современного образования.

Какое содержание программы повышения квалификации наиболее интересно?

Вариант ответа	Число респондентов, чел. (%)
Знания о наиболее часто встречающихся заболеваниях, особенно школьно обусловленных	44,7
Умение проводить динамическую самодиагностику состояния организма	38,6
Знания о доступных способах коррекции, с их практической отработкой	51,5
Разработка индивидуальных проектов формирования ЗОЖ	20,8
Другое (укажите)	0,0

В обоих случаях акцентируется внимание на здоровье учащихся, и с этим утверждением нельзя не согласиться. Однако здоровье учителя необходимо рассматривать как равнозначный показатель качества образования не только конкретной педагогической системы, но и системы государственного образования в целом. В свою очередь, здоровьесбережение целесообразно считать компонентом ключевых компетенций на уровне среднего общего образования и профессиональных компетенций в структуре педагогической подготовки учителя.

Проведенное исследование позволило выявить определенные противоречия в сфере здоровьесберегающей деятельности, характерные для нашей фокус-группы.

Наиболее характерной закономерностью является установленная неудовлетворенность большей части педагогов существующей системой формирования компетентности в области здоровьесберегающей деятельности.

Результаты исследования показали недостаточность знаний педагогов основных нормативных документов. Респонденты не считают низкую информированность по вопросам здоровья и недостаток опыта его сохранения важными факторами, мешающими им быть здоровыми.

Анализ полученных в анкетировании сведений убедительно показал, что вопрос сохранения личного здоровья актуален для наиболее активной и опытной группы современных педагогов (женщины 30–50 летнего возраста со стажем работы свыше 6 лет), но не подкреплен систематизированными знаниями и не находит своего полного выражения в профессиональной деятельности.

Семантически все обнаруженные инструментарием анкетирования противоречия базируются на антитезе праксиса и логоса. Это допущение позволило нам сгруппировать их по критерию конструктивности.

В первую деструктивную группу включены следующие противоречия:

- между потребностью общества в профессионально здоровом учителе и отсутствием механизмов актуализации педагогом своего здоровья как профессионально-личностной ценности;
- большинство респондентов (68,9 %) дают верное теоретическое определение здоровьесберегающей образовательной технологии, но в реальной практической деятельности педагоги допускают ошибки. Наиболее распространенными являются смешение понятия здоровьесформирующей технологии с приемами, методами и методиками.

Во вторую конструктивную группу включены такие противоречия, как:

- наличие у педагогов необходимых знаний, умений, навыков в сфере ФГОС ОО и профессионального стандарта педагога и отсутствие системно сформированной методической культуры в области собственного здоровьесбережения;
- наличие потребности в непрерывном повышении квалификации в рамках предметно-методической области, в том числе в здоровьесбережении, и отсутствие потребности в применении полученных знаний на практике;
- заинтересованность респондентов в совершенствовании компетентности в сфере здоровьесбережения достаточно высока и имеет направленность на состояние собственного здоровья, но не выражается в реальных действиях по сохранению здоровья.

Выявленные конструктивные противоречия позволили установить важный факт: образовательные программы должны не только наполнять педагогов знаниями, но и обучать использовать их на практике.

Стремление найти пути разрешения данных противоречий легло в основу разработки технологии сохранения и укрепления здоровья педагогов, являющегося системообразующей профессиональной ценностью, на основе индивидуального здоровьесориентированного подхода.

Также это позволяет обосновать концептуальные подходы к разработке дополнительной профессиональной программы повышения квалификации с учетом образовательных запросов педагогов, а также в соответствии с требованиями ФГОС ОО и профессионального стандарта педагога.

Индивидуальный здоровьесориентированный подход предполагает изменение мировоззрения педагога и реализуется через внедрение кластеров здоровьесформирующей самоактуализации в систему личностного роста.

Первый кластер — ликвидация дефицита знаний в вопросах формирования здоровья с акцентом на состояние собственного здоровья и функциональное состояние своего организма. Эти знания необходимо подкрепить самодиагностикой функционального состояния организма с последующим выходом на способы его улучшения.

Второй кластер — обучение практической технологии улучшения здоровья с последующим переносом ее в практическую здоровьесформирующую деятельность.

Третий кластер — непрерывное корпоративное сопровождение управления педагогом собственным здоровьем. Формирование знаний без их практической отработки в виде конкретной здоровьесберегающей деятельности у слушателей без повышения их мотивации к улучшению здоровья (в том числе и собственного) значительно снижает возможность реального повышения эффективности работы педагогов в области здоровьесберегающей деятельности.

Способность к управлению собственным здоровьем формируется не тогда, когда человека наполняют знаниями, а когда он

обучается механизмам, технологиям, при которых это управление можно реализовать [1, с. 90–93; 3, с. 73–79; 11, с. 277–280; 12; 22, с. 12–17; 35, с. 163–166]. Поэтому важным разделом программ повышения квалификации педагога должен стать проект формирования его собственного здоровья в условиях образовательной организации. В этом случае будет сформировано трудовое действие по охране здоровья обучающихся, что и требует профессиональный стандарт [69].

Таким образом, анализ анкетирования педагогов подтверждает вывод о необходимости разработки образовательных программ, отвечающих следующим требованиям:

- 1) мотивация педагогов на здоровьесотворческую деятельность;
- 2) ликвидация дефицита знаний в вопросах формирования здоровья с акцентом на нормативное обеспечение этой деятельности;
- 3) обучение здоровьесформирующим технологиям, направленным на улучшение здоровья как обучающихся, так и педагогов;
- 4) обучение командному взаимодействию внутри школы (педагоги, психологи, медицинский работник, администрация и т. д.) по вопросам сохранения здоровья детей.

ГЛАВА 4. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СОПРОВОЖДЕНИЯ НЕУСПЕВАЮЩИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ КАК ЗНАЧИМОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют об ухудшении состояния здоровья детей за время обучения в общеобразовательной школе [10]. Особое внимание специалистов привлекает первый год, когда происходит адаптация ребенка к резкой смене динамического стереотипа. Показано, что у значительной доли первоклассников возникает комплекс функциональных расстройств, среди которых лидируют нарушения деятельности вегетативной нервной системы, регистрируемые у 81 % детей [36]. Это, с одной стороны, создает основу для формирования различных нарушений здоровья, а с другой — снижает успешность обучения [55]. В литературе приводятся данные о том, что трудности в обучении испытывают 40 % первоклассников [8]. При этом основные причины школьных трудностей исследователи связывают с нарушением процесса адаптации, в основе которого лежит незрелость структур головного мозга и его регуляторных, в том числе вегетативных, систем [62]. В свою очередь, трудности в обучении способствуют повышению тревожности, агрессивности первоклассников, создают неблагоприятный эмоциональный фон, снижают уровень зрительно-моторных координаций и умственной работоспособности, усугубляют нарушения здоровья, что еще более увеличивает школьную неуспеваемость. Поэтому внедрение новых технологий, программ, методик, повышающих адаптационные резервы организма неуспевающих школьников с нарушениями здоровья, является актуальным направлением их психолого-педагогического сопровождения в образовательном процессе [52].

В этой связи перспективна образовательная программа психофизической тренировки (ПФТ), позволяющая нормализовать эмоционально-вегетативную сферу ребенка с нарушениями здоровья, повысить его умственную и физическую работоспособность, улучшить социально-психологическую адаптацию и школьную успеваемость.

ПРОГРАММА «ПСИХОФИЗИЧЕСКАЯ ТРЕНИРОВКА»
(для обучающихся 1-х классов общеобразовательной школы)

Цель программы: коррекция нарушений вегетативной регуляции младших школьников для улучшения состояния их здоровья и повышения успешности обучения.

Задачи:

1. *Образовательные:*

- обучение произвольному регулированию тонуса основных мышечных групп с помощью различных по форме и интенсивности физических нагрузок;
- формирование практических навыков самоорганизации деятельности: планирования, самоконтроля и самооценки, умения действовать по инструкции, внесения коррекций по ходу деятельности, организации рабочего пространства, переключения от активности к расслаблению.

2. *Оздоровительные:*

- обеспечение тренировки вегетативной нервной системы;
- гармонизация эмоциональной сферы;
- повышение функциональных возможностей дыхательной, сердечно-сосудистой, мышечной и других систем организма;
- улучшение умственной работоспособности;
- увеличение физической выносливости.

3. *Развивающие:*

- повышение мотивации к обучению в школе;
- тренировка эмоциональной устойчивости в процессе чередования деятельности;
- развитие произвольности, способности к самоорганизации;
- формирование ответственного отношения к собственному здоровью.

• **Содержание программы**

Подходя к разработке содержания программы, особое внимание мы уделяли тем порочным патогенетическим кругам, которые формируются при длительно существующей вегетативной дисфункции.

Первый — круг патологических мышечных зажимов. Эмоционально-вегетативные нарушения всегда сопровождаются патологически измененным мышечным тонусом, который выражается в формировании зажимов различных мышечных групп. При длительном существовании мышечные зажимы способствуют поддержанию старых и возникновению новых нарушений вегетативной регуляции. Поэтому очень важно научить ребенка регулировать тонус всех мышечных групп с помощью различных по форме и интенсивности физических нагрузок. Следовательно, предполагаемая модель практических занятий программы должна включать в себя как мышечное напряжение, так и мышечное расслабление.

Второй порочный патогенетический круг поддерживается фактором гиподинамии. Вегетативная нервная система, как и любая другая система организма, для поддержания оптимального уровня функционирования нуждается в тренировке. В этом смысле одним из самых мощных тренирующих факторов является скелетная мускулатура, так как нет ни одной вегетативной функции, которая по механизму моторно-висцеральных рефлексов не подчинялась бы влиянию со стороны мышечно-суставного аппарата. Доказано, что гиподинамия приводит к разрегуляции вегетативной нервной системы с последующим снижением адаптации к физическим нагрузкам [38]. Следовательно, модель практического занятия должна, с одной стороны, ликвидировать гиподинамию, а с другой — обеспечить тренировку вегетативных структур. Известно, что динамические упражнения аэробного характера создают во время занятия эффекты симпатикотонии. Изометрические упражнения с малой и средней степенью статического усилия вызывают парасимпатикотонические эффекты. Упражнения в релаксации гармонизирующе влияют на состояние вегетативной нервной системы в целом, снимая накопившееся эмоциональное и мышечное напряжение.

Третий порочный круг связан с неотреагированными эмоциями. Любая эмоция в своем выражении имеет три компонента: мышечный, вегетативный, психический. Жизнь в социуме заставляет нас сознательно подавлять первый компонент эмоций — мышечный. Часто нет возможности проявлять свои негативные

эмоции, что вынуждает сдерживать их насильственным способом, при этом мышечное и вегетативное напряжение усиливается. Поэтому важно, чтобы создаваемая модель занятия сочетала в себе активную мышечную деятельность с сеансом психофизической релаксации. Первая часть будет способствовать выходу гиперстенических эмоций, а вторая — осуществлять выход эмоций спокойствия, радости, умиротворения.

Исходя из этих позиций, мы пришли к универсальной, патогенетически обоснованной структуре практического занятия, направленного на гармонизацию эмоционально-вегетативной сферы ребенка, — ПФТ. Это занятие включает в себя три последовательных этапа:

- 1) динамические упражнения аэробного характера;
- 2) напряжение отдельных мышечных групп с последующим их расслаблением в форме определенных статических поз;
- 3) сеанс психофизической саморегуляции в состоянии релаксации.

Еще один порочный патогенетический круг запускается отсутствием у детей достоверной информации о своем заболевании, незнанием и непониманием тех процессов, которые происходят в организме при вегетативных расстройствах. Головные боли, боли в области сердца, метеозависимость, изменения настроения, расстройства сна, несомненно, беспокоят ребенка, а вот объяснения этим явлениям он редко получает и от врачей, и от родителей, и от учителей. Незнание потенцирует внутреннее напряжение, непонимание поддерживает тревогу и страх. В конечном итоге повышенная тревога усиливает имеющиеся и способствует возникновению новых вегетативных расстройств. Поэтому очевидна важность доступного информирования ребенка о происходящих с ним процессах. Не менее важно научить его регулировать свое состояние с помощью доступных средств физической культуры.

Следовательно, разработанное практическое занятие должно стать основой системы, предполагающей получение знаний, их эмоциональное отреагирование и формирование на этой основе умения и навыка психофизической саморегуляции.

Исходя из этого, содержание программы «Психофизическая тренировка» состоит из трех взаимосвязанных блоков.

1. *Теоретический блок.* Основная цель блока — восполнить у детей дефицит информации о своем здоровье, новом способе самооздоровления; сформировать положительную мотивацию к обучению и практическим занятиям психофизической тренировкой. Первоклассники получают представление о способах изменения настроения и самочувствия, необходимых для успешной учебы. По тематической направленности занятия выстроены в последовательности, которая позволяет постепенно помочь им понять взаимосвязь хорошего настроения и здоровья с успешностью обучения в школе.

2. *Диагностический блок.* Поскольку вегетативная нервная система находится в тесной взаимосвязи с эмоциональным состоянием детей, очень важно научить их самодиагностике собственного настроения. С этой целью используется дидактическое пособие «Домик настроения». Это панно, условно разделенное на две части. Каждая часть предназначена для фиксирования настроения до и после практического занятия психофизической тренировкой. Каждый ребенок в группе имеет свой личный символ — изображение природного объекта, на который крепит с помощью магнита цветную пиктограмму своего настроения (красная — веселое, радостное настроение; зеленая — спокойное, уравновешенное; серая — плохое, тревожное). Таким образом в начале и в конце практического занятия дети самостоятельно определяют свое настроение и самочувствие и фиксируют его с помощью условных обозначений.

3. *Практический блок.* Он представлен циклом занятий, структура которых была описана ранее.

Занятия начинаются с динамических упражнений аэробного характера, которые:

- мягко тренируют симпатический отдел вегетативной нервной системы;
- восполняют дефицит двигательной активности;
- повышают функциональные возможности сердечно-сосудистой и дыхательной систем;

– обеспечивают развитие мышечно-кинестетического чувства, умения управлять своим телом, способности объединять простые движения в сложную двигательную композицию;

– формируют динамическое равновесие, улучшают ориентировку в пространстве;

– способствуют выходу негативных гиперстенических эмоций.

Учитывая возрастные особенности развития детей 7 лет, в динамической части занятий используются несложные по форме упражнения. Аэробную композицию составляют из 5–7 упражнений, которые циклично повторяются 6–8 раз, что создает условия для облегчения их разучивания. Суммарная физическая нагрузка — малая и средняя, сопровождается учащением пульса до 120–140 уд./мин. Продолжительность данной части занятий составляет 10–15 мин.

Следующим этапом ПФТ является смена мышечного напряжения расслаблением в форме определенных статических поз. Особенность упражнений — фиксация тела в одном положении в течение 2–3 с. Дыхание во время их выполнения ровное, спокойное, без задержек. Степень развиваемого статического усилия — малая.

Основные задачи статической части:

– нормализация деятельности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы;

– улучшение мозгового кровообращения;

– тренировка активного внимания, равновесия, координации;

– укрепление мышечного корсета;

– формирование положительного эмоционального фона, способствующего появлению радости и ощущения общего спокойствия;

– развитие таких важных психических качеств, как выдержанность, целеустремленность, умение организовывать свою деятельность в условиях ограниченного пространства.

В ходе занятия детям предлагается выполнить 5–7 несложных статических упражнений в течение 10 мин на фоне мелодии, характеризующейся средним диапазоном громкости, средними по высоте регистрами, спокойными мелодическими сочетаниями.

Педагог, используя простые словесные объяснения, демонстрирует технику выполнения всех движений, выделяет их основ-

ное, ведущее звено. Применяются слова и фразы, имеющие существенное значение для выработки правильной самооценки и самоконтроля ребенка, являющиеся эффективным средством поддержания его интереса к выполнению физического упражнения (ты молодец, у тебя все получается, и т. д.).

Заключительная часть каждого практического занятия — сеанс психофизической саморегуляции в состоянии релаксации, который проводится в положении лежа, на фоне музыкальной композиции, сочетающей классические произведения в медленном темпе с элементами так называемой экологической музыки и текстом. Словесные формулы направлены на общее успокоение, расслабление, улучшение настроения, гармонизацию эмоциональной и вегетативной сфер, помогают ребенку почувствовать себя уверенным, нужным, любимым, защищенным.

Реализация программы ПФТ в образовательной организации подразумевает обязательную интеграцию деятельности следующих специалистов: учителя физической культуры, педагога-психолога и медицинского работника. Учитель проводит оценку физического развития и выносливости ребенка. Педагог-психолог определяет состояние эмоциональной сферы, оценивает уровень умственной работоспособности. Медицинский работник совместно с родителями проводит скрининг-оценку состояния вегетативной нервной системы, самочувствия, здоровья.

Методическое обеспечение образовательного процесса

Достижению программных задач способствует организация занятий в привлекательной, интересной для первоклассников форме. В этом помогает применение проблемного метода, эвристической беседы, словесно-графических аналогий, просмотры видеофильмов и мультфильмов.

Для проведения теоретических занятий педагогу предлагаются подробные конспекты занятий, наглядно-дидактические пособия и современные технические средства обучения:

- фотографии детей с различным настроением;
- дидактическая игра «На что похоже настроение»;

- дидактическая игра «Паровозик настроения»;
- дидактическое пособие «Домик настроения»;
- диск с видеофильмом практического занятия психофизической тренировкой с детьми младшего школьного возраста;
 - аудиодиск с записью музыкального и текстового сопровождения всех частей практического занятия;
 - музыкальный центр.

Практические занятия проводятся в специальном помещении, отвечающем требованиям программы. Оно должно быть просторным (из расчета 4 м² на одного занимающегося ребенка), хорошо проветриваемым, в холодное время года достаточно отапливаемым (в прохладном помещении мышечное расслабление затруднено), иметь регулируемое освещение (не слишком яркое). Важно, чтобы помещение было изолировано от внешних шумов. Стены окрашены в пастельный желтый цвет. Две стены зала зеркальные. На полу — легко обрабатываемое ковровое покрытие изумрудного цвета. Для организации рабочего места каждого ребенка во время проведения статических упражнений и релаксации предусматриваются легкие туристические коврики.

Практические занятия психофизической тренировкой проводятся по подгруппам до 15 человек, их продолжительность составляет 35 мин. Для достижения тренировочного эффекта занятия проводятся 3 раза в неделю.

Практические занятия проводит педагог, прошедший специальное обучение по авторской программе Н.Н. Нежкиной «Технологии формирования здоровья обучающихся как значимой компетенции педагогических работников в рамках реализации ФГОС общего образования и профессионального стандарта педагога».

Организационно-методические рекомендации к проведению теоретических и практических занятий

Для 7-летнего ребенка игра продолжает оставаться ведущей деятельностью. В то же время к числу основных источников его психического развития прибавляется учение. У детей зарождается интерес к новым знаниям и умениям, складываются обобщенные

формы познания. Это приводит к своеобразной интеллектуализации всех психических процессов (восприятия, памяти, внимания и др.), что, в свою очередь, определяет новый уровень развития произвольного поведения. Принимая во внимание психофизиологические особенности детей данного возраста (слабость тормозных процессов, склонность к возбуждению, легкая физическая и психическая ранимость, быстрая утомляемость), необходимо учитывать их при проведении занятий ПФТ.

Педагогам важно создать условия для проявления самостоятельности, помочь ребенку реализовать себя за счет раскрытия своих внутренних сил и потенциальных возможностей. Предполагаемая система занятий ПФТ обеспечивает обновление содержания работы по физической культуре с детьми младшего школьного возраста.

Элементы игры должны присутствовать на занятиях теоретического и практического блоков программы, которые в условной форме отражают окружающий мир ребенка и учитывают его предшествующий опыт.

Цель теоретического раздела — обратить внимание ребенка на самого себя, свой организм, на свои возможности, научить оценивать настроение и самочувствие, создать предпосылки к самовоспитанию, к заботе о собственном здоровье, положительную мотивацию к обучению в школе. Теоретические занятия содержат конкретные знания для первоклассников, в которых учитывается, что они должны: а) нести доступную детям информацию, б) вызывать эмоции, чувства, отношения; в) побуждать к деятельности.

На занятиях необходимо создать особый положительный эмоциональный фон. Усилить педагогическое воздействие поможет прием многократного словесного поощрения ребенка. Педагогу следует помнить, что мир взрослых привлекает ребенка. Не осознавая того, он видит во взрослом человеке перспективу собственного развития, ищет свой идеал. На теоретических занятиях педагог должен убедить детей в том, что ПФТ — самый доступный способ поднять плохое настроение, улучшить самочувствие, стать более успешными в учебе. В ходе проведения теоретических занятий в активный словарь детей должны войти слова: «психофи-

зическая тренировка», «аэробика», «статические упражнения», «статика», «расслабление», «отдых», «релаксация», «хорошее самочувствие», «улучшение настроения».

При организации работы по самодиагностике, а именно распределения индивидуальных карточек — картинок для самооценки настроения и самочувствия в «Домике настроения», педагог может самостоятельно сортировать картинки по признакам характера или интересам каждого ребенка. Можно предложить детям выбрать любую понравившуюся картинку. Но в этом случае следует предупредить возможность повторения выбора, чтобы избежать конфликтов.

В теоретическом блоке предусмотрена организация просмотра мультфильмов по произведениям Л. Зубковой «Ох и Ах» и «Ох и Ах идут в поход». Герои этих произведений в доступной форме помогут детям определить взаимосвязь хорошего настроения и самочувствия с успешностью в любом деле.

При общении с детьми следует учитывать предложенный вариант примерных ответов детей, направлять общение с ними в нужное русло. Для этого рекомендуется использовать:

— прием побуждающего диалога — реплики и вопросы педагога: что вас удивило, что вы заметили, у кого другое мнение, кто думает иначе;

— прием подводящего к теме диалога. Он представляет собой логическую цепочку вопросов и заданий, опирающихся на пройденный материал (вспомнить, сравнить, сделать обобщение);

— мотивирующий прием. В данном случае должна быть опора на задачу формирования практического опыта ребенка. Отсюда и мотив: зачем мне это нужно; где я с этим столкнусь; где я могу это применить. Мотив должен исходить из ближайшего окружения ребенка, его социального, жизненного опыта.

При знакомстве детей с практическим блоком следует опираться на их любовь к физической активности, физкультуре, на красоту и необычность движений, которыми они овладеют на практических занятиях. Необходимо обратить внимание детей на привлекательность оформленного помещения для ПФТ — зеркальные стены, ковровое покрытие, музыкальный центр, приглушенное освещение.

Методика разучивания комплекса упражнений аэробной части «Паровозик» состоит в следующем. Разучив первый элемент упражнения, присоединяют к нему второй. Далее их отрабатывают вместе. Затем следующее упражнение, как вагончик паровоза, соединяем с предыдущим. И так далее, пока весь паровозик не будет соединен, т. е. комплекс будет усвоен. Легкость разучивания упражнений объясняется их циклической повторяемостью, периодичностью и, конечно, музыкальным оформлением.

Музыкальные произведения для аэробной части занятия отличаются четкостью и простотой ритмического рисунка, легко воспринимаются и воспроизводятся детьми в движении. Эффективным средством поддержания интереса ребенка к выполнению необычных упражнений служат словесные оценки и положительные комментарии педагога: «У вас все замечательно получается! Движения бодрые, радостные! Настроение отличное! Молодцы!»

Разучивая статические упражнения, необходимо учить детей использовать задержки дыхания на несколько секунд после вдоха и выдоха. Статические упражнения выполняются в течение 10 мин на фоне спокойной мелодии. Ведущее звено в технике упражнений — дыхание. Фазе вдоха соответствует момент наименьшего усилия, фазе выдоха — момент наибольшего физического напряжения.

К особенностям проведения релаксационной части для детей 6–7 лет можно отнести музыкальное сопровождение в медленном темпе, экологическую музыку (шум дождя, шелест волн, пение птиц). Кроме того, формулы внушения носят стихотворный или сказочный характер, элементы материнского гипноза. В ходе релаксации целесообразно использовать тактильный контакт.

По окончании сеанса релаксации педагог предлагает детям восстановить мышечный тонус с помощью самомассажа лица, рук, ног. Эта часть занятия сопровождается стихотворными формами.

Следует помнить, что первоклассник еще не способен целенаправленно воспитывать себя, но внимание взрослых, осознание себя и своих возможностей будут способствовать тому, что он приучится относиться внимательно к своему физическому и психическому здоровью, которое необходимо ему для успешной адаптации и преодоления трудностей в обучении.

Результаты оценки эффективности ПФТ

Апробация программы «Психофизическая тренировка» проводилась в 1-х классах одной из школ г. Москвы.

Для оценки ее эффективности были сформированы две группы первоклассников: основная и группа сравнения, каждая из которых состояла из 25 учеников, имеющих синдром вегетативной дистонии (СВД). Дети группы сравнения в течение третьей четверти 3 раза в неделю занимались по традиционной программе физической культуры. У детей основной группы занятия проводились в форме ПФТ.

Установлено, что у детей основной группы в отличие от контрольной уменьшилась выраженность вегетативных нарушений, что проявилось снижением частоты выявления клинических признаков СВД (табл. 21).

Таблица 21

Динамика частоты клинических проявлений СВД у дошкольников основной и контрольной групп (%)

Клинические проявления СВД	Группа			
	сравнения (n = 25)		основная (n = 25)	
	в начале четверти	в конце четверти	в начале четверти	в конце четверти
Повышенная утомляемость	80	76	84	32**
Снижение настроения	72	76	76	24**
Эмоциональная лабильность	84	84	84	28**
Нарушения сна	68	64	64	16**
Вестибулопатии	60	52	64	20**
Головные боли	64	68	60	16**
Боли в области сердца	36	32	32	8*
Боли в ногах вечером и в ночное время	28	28	24	8*

* Достоверное отличие по сравнению с исходным состоянием при $p < 0,05$.

** То же при $p < 0,005$.

Одним из важнейших положительных влияний ПФТ на эмоциональную сферу школьников явилось снижение уровня тревож-

ности по данным теста Тэмбла – Дорки – Амена (табл. 22). Отражением этого служит уменьшение доли детей с высоким уровнем тревожности с 76 до 44 % ($p < 0,05$).

Таблица 22

Динамика уровня тревожности (по тесту Тэмбла – Дорки – Амена) у школьников основной и контрольной групп (%)

Уровень тревожности	Группа			
	сравнения (n = 25)		основная (n = 25)	
	в начале четверти	в конце четверти	в начале четверти	в конце четверти
Высокий	60	72	76	44*
Средний	32	28	24	56*
Низкий	8	0*	0	0

* Достоверное отличие по сравнению с исходным состоянием, $p < 0,05$.

Оценка результатов цветового теста Люшера (табл. 23) не продемонстрировала статистически значимых изменений его показателей при повторном обследовании детей группы сравнения. Одновременно в группе школьников, прошедших курс ПФТ (основная группа), зарегистрировано достоверное снижение значений по шкалам «Нестабильность выбора» и «Отклонение от аутогенной нормы». Вместе с тем у этих детей имела место тенденция уменьшения фактора тревожности. Следовательно, данные теста Люшера свидетельствуют о гармонизирующем влиянии ПФТ на эмоциональную сферу первоклассников.

В процессе занятий по программе психофизической тренировки наблюдается повышение устойчивости сердечно-сосудистой системы детей к нагрузкам динамического характера, что отражается в снижении показателя максимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС) на их пике с $132,0 \pm 2,4$ до $124,1 \pm 2,1$ ($p < 0,01$).

Анализ результатов степ-теста (рис. 23) показал, что к концу цикла занятий общая физическая работоспособность (ОФР) в группе сравнения практически не менялась. У детей, получивших курс ПФТ (основная группа), этот показатель возрастал.

Динамика психологических характеристик школьников основной и контрольной групп по показателям теста Люшера

Показатели теста Люшера	Группа			
	сравнения (n = 25)		основная (n = 25)	
	в начале четверти	в конце четверти	в начале четверти	в конце четверти
Нестабильность выбора	35,8 ± 6,4	29,8 ± 5,5	44,4 ± 5,8	20,6 ± 4,4*
Отклонение от аутогенной нормы	44,2 ± 3,5	37,8 ± 3,8	45,2 ± 4,1	30,5 ± 4,1*
Тревожность	18,3 ± 3,8	23,4 ± 4,0	21,0 ± 4,1	13,3 ± 4,1
Активность	50,6 ± 3,5	55,4 ± 3,8	42,5 ± 3,0	49,6 ± 4,3
Работоспособность	66,0 ± 4,6	68,2 ± 4,4	69,8 ± 4,4	81,4 ± 3,4*

* Достоверное отличие по сравнению с исходным состоянием, $p < 0,05$.

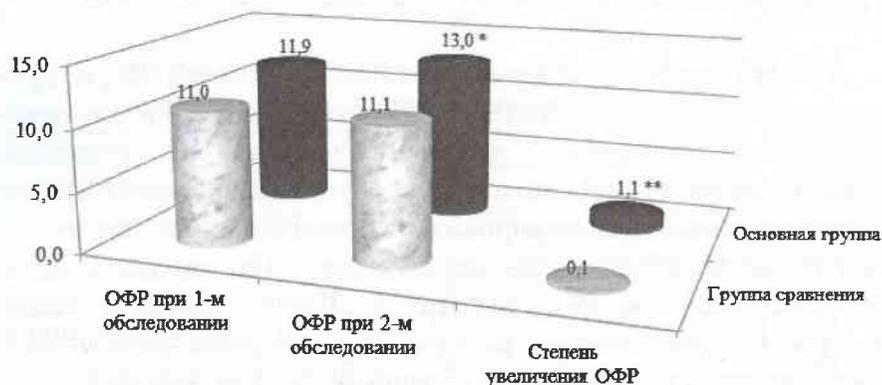


Рис. 23. Результаты степ-теста

Наряду с улучшением показателей физической работоспособности, у детей основной группы происходило увеличение показателей умственной работоспособности.

Так, сравнение результатов корректурных проб показывает, что первоклассники, занимавшиеся ПФТ, демонстрируют достоверно лучшую положительную динамику параметров, характеризующих умственную работоспособность (табл. 24).

Динамика показателей корректурных проб у первоклассников в течение года обучения (% к исходным значениям)

Показатели корректурных проб	Группа	
	сравнения	основная
1. Прирост количества просмотренных заданий	2,6	22,6*
2. Уменьшение числа ошибок	14,3	36,4*
4. Увеличение коэффициента умственной работоспособности	5,6	23,7*

* Достоверное отличие по сравнению с исходным состоянием, $p < 0,05$.

Динамическая оценка социально-психологической адаптации детей к условиям общеобразовательной школы, проведенная на основании анкетирования родителей детей и педагогов по специальной схеме в конце учебной четверти, показала, что ее характер существенно различался в двух сравниваемых группах первоклассников (табл. 25). Установлено, что у детей, занимавшихся ПФТ, отмечались достоверно лучшие показатели эффективности учебной деятельности, они более успешно усваивали школьные нормы поведения, отличались хорошей социализацией и меньшей выраженностью отрицательных эмоциональных реакций. Средние величины интегрального показателя (балла адаптации) также имели статистически значимые межгрупповые различия. Установлено, что в группе сравнения каждый четвертый ребенок характеризовался значимыми нарушениями социально-психологической адаптации к школе. Это проявлялось эмоциональными и невротическими реакциями, изменениями поведения, нарушением контактов со сверстниками и педагогами, снижением эффективности учебной деятельности. В группе первоклассников, прошедших цикл занятий по программе ПФТ, во всех случаях отмечено нормальное течение адаптационного периода.

Таким образом, первоклассники, система физического воспитания которых была дополнена курсом ПФТ, по сравнению с детьми, обучавшимися по обычной программе, имели особенности

динамики показателей состояния здоровья. Абсолютное большинство этих детей демонстрировало нормализацию вегетативной регуляции в виде достоверного снижения клинических проявлений синдрома вегетативной дистонии, уменьшение тревожности, формирование менее энергозатратного режима функционирования сердечно-сосудистой системы, увеличение уровня умственной и физической работоспособности. Установлено, что у детей основной группы отмечались достоверно лучшие показатели эффективности учебной деятельности, они более успешно усваивали школьные нормы поведения, отличались хорошей социализацией и меньшей выраженностью отрицательных эмоциональных реакций.

Таблица 25

Характеристики детей в процессе социально-психологической адаптации к условиям школы

Критерии (в баллах)	Группа	
	сравнения	основная
1. Эффективность учебной деятельности: – учебная активность; – усвоение знаний (успеваемость)	3,40 ± 0,15 3,40 ± 0,08	4,10 ± 0,10** 3,90 ± 0,20*
2. Усвоение школьных норм поведения: – поведение на уроке; – поведение на перемене	3,40 ± 0,15 3,50 ± 0,20	4,20 ± 0,20** 4,30 ± 0,10**
3. Успешность социальных контактов: – взаимоотношения с одноклассниками; – отношение к учителю	3,50 ± 0,08 3,10 ± 0,15	4,30 ± 0,20** 4,00 ± 0,20**
4. Эмоциональное благополучие	3,20 ± 0,08	4,40 ± 0,10***

* Достоверное отличие по сравнению с исходным состоянием при $p < 0,05$.

** То же при $p < 0,01$.

*** То же при $p < 0,005$.

Следовательно, внедрение программы «Психофизическая тренировка» в образовательный процесс первоклассников позволяет нормализовать эмоционально-вегетативную сферу детей с нарушениями здоровья, повысить их умственную и физическую работоспособность, улучшить социально-психологическую

адаптацию и школьную успеваемость. Важно и то, что педагог, обучаясь по этой программе в системе дополнительного профессионального образования, получает уникальную возможность улучшить собственное здоровье, значительно повысить мотивацию к здоровьесформирующей деятельности и осознанно реализовывать ее по отношению ко всем участникам образовательных отношений, что и предполагают требования ФГОС ОО и профессионального стандарта педагога.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Залогом достижения качественных и устойчивых образовательных результатов обучающихся в процессе обучения является хорошее здоровье всех участников образовательных отношений. Данный вопрос важен как при определении подходов к разработке критериев качества образования, так и при разработке ключевых компетенций содержания современного образования.

Анализ показателей здоровья детей и педагогов как индикаторов эффективности существующих подходов к формированию здоровьесберегающих компетенций педагога показывает необходимость совершенствования системы обучения педагогических кадров в области здоровьесберегающей деятельности как по отношению к обучающимся, так и, безусловно, по отношению к собственному здоровью.

Законодательная база, определяющая стратегию развития системы образования в России, подтверждает вывод о том, что необходимым компонентом для ее полноценного функционирования в концепции ФГОС и профессионального стандарта педагога является создание условий для формирования и постоянного развития компетентности педагога в области здоровьесберегающей деятельности. При этом здоровьесберегающая компетентность рассматривается как интегральное качество личности учителя, которое выражается в способности и готовности к здоровьесберегающей деятельности в образовательной среде, основанной на интеграции знаний и опыта. Педагог, компетентный в вопросах здоровьесберегающей деятельности, является активным носителем культуры здоровья, профессионально передающим ее ученикам.

В системе дополнительного профессионального образования необходимо обучение педагогов в целях формирования компетентности в области здоровьесберегающей деятельности уже на этапе начала профессиональной деятельности молодого специалиста. Профессиональный стандарт педагога вводит понятие трудового действия по «формированию у обучающихся культуры здорового и безопасного образа жизни», что также диктует

необходимость разработки программ повышения квалификации, планируемым результатом которых является компетентность педагога в области здоровьесберегающей деятельности. Особенностью данных программ должно стать новое, индивидуальное и здоровьесориентированное содержание, формирующее ценностное отношение к здоровью и новые технологии его реализации, построенные на деятельностном подходе. Такие программы должны быть направлены на гармонизацию личности с учетом имеющихся у педагогов нарушений здоровья в формате модульного подхода, а также на основе самодиагностики, разработки индивидуального проекта формирования собственного здоровья. Данная система повышения квалификации, на наш взгляд, позволит грамотно систематизировать и дополнить знания слушателей по ключевым положениям теории и методики здоровьесформирующего обучения, а также, что приоритетно, будет способствовать осознанному формированию педагогом собственного личного и профессионального маршрута саморазвития в области здоровья, создаст высокую мотивацию на здоровьесозидающую деятельность, которая позволит не только улучшить состояние здоровья школьников, но и повысить качество образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абакумова, Ю. Г.* Здоровьесберегающая компетентность будущего педагога: структурные компоненты, содержание, уровни сформированности / Ю. Г. Абакумова // Проблемы современных интеграционных процессов и пути их решения : сб. ст. Междунар. науч.-практ. конф. (Киров, 23 мая 2016 г.). – Уфа : Омега Сайнс, 2016. – С. 90–93.
2. *Абакумова, Ю. Г.* Критерии и уровни сформированности здоровьесберегающей компетентности будущего педагога / Ю. Г. Абакумова // Вестн. Оренбургск. гос. ун-та. – 2016. – № 9 (197). – С. 3–7.
3. *Авчинникова, С. О.* К разграничению и интеграции понятий «готовность», «компетентность», «культура» в контексте подготовки специалистов социального профиля к здоровьесберегающей деятельности / С. О. Авчинникова // Научно-педагогическое обозрение. – 2016. – № 1 (11). – С. 73–79.
4. *Айзман, Р. И.* Проблемы и задачи здоровьесберегающей деятельности в системе образования на современном этапе / Р. И. Айзман [и др.] // Вестн. Новосибирск. гос. пед. ун-та. – 2014. – № 1 (17). – С. 9–17.
5. *Акимова, Л. А.* Культура здорового и безопасного образа жизни учителя как основа формирования здоровья учащихся / Л. А. Акимова // Теория и практика общественного развития. – 2014. – № 4. – С. 116–119.
6. *Акимова, Л. А.* Проблема подготовки будущего педагога в аспектах здоровьесбережения: состояние, пути развития / Л. А. Акимова, Ю. Г. Абакумова // Гуманитарные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2014. – № 12. – С. 27–27.
7. *Альбицкий, В. Ю.* Современные подходы к изучению заболеваемости детского населения / В. Ю. Альбицкий [и др.] // Рос. педиатрический журнал. – 2009. – № 4. – С. 4–9.
8. *Андреева, А. А.* Психолого-педагогическое сопровождение учащихся начальной школы в современных социокультурных условиях: новые проблемы и факторы риска [Электронный ресурс] /

А. А. Андреева, Е. Е. Данилова // Вестн. Мининск. ун-та. – 2016. – № 2. URL: <http://vestnik.mininuniver.ru/jour/article/view/215/216> (дата обращения: 1.08.2018).

9. *Андрюшенко, Т. К.* Методика диагностики сформированности здоровьесберегающей компетентности у детей дошкольного возраста / Т. К. Андрюшенко // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2013. – № 1. – С. 5–8.
10. *Баранов, А. А.* Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 432 с.
11. *Белоусова, Н. А.* Подготовка учителей к формированию культуры здорового и безопасного образа жизни младших школьников / Н. А. Белоусова // Герценовские чтения. Начальное образование. – 2015. – Т. 6. – № 2. – С. 277–280.
12. *Бовина, И. Б.* Социальные представления о здоровье и болезни: структура, динамика, механизмы : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / И. Б. Бовина. – М., 2009. – 48 с.
13. *Бурханов, А. И.* Состояние компетентности будущего педагога физической культуры в организации здоровьесберегающей деятельности в условиях современной школы / А. И. Бурханов // Профессионально-личностное развитие студентов в образовательном пространстве : материалы Всерос. науч.-практ. конф. – Тольятти : Тольяттинск. гос. ун-т, 2010. – С. 15–18.
14. *Бусыгин, А. Г.* Методологические основания обучения студентов здоровьесбережению / А. Г. Бусыгин, А. Л. Бусыгина // Самарск. науч. вестн. – 2013. – № 4 (5). – С. 40–43.
15. *Василяшко, И. П.* Развитие здоровьесберегающей компетентности учителей основ здоровья в последипломном педагогическом образовании / И. П. Василяшко // Стандарты и мониторинг в образовании. – 2014. – Т. 2. – № 5. – С. 47–52.
16. *Воронова, Ю. А.* Выявление уровня профессиональной компетентности воспитателей в вопросах здоровьесбережения детей / Ю. А. Воронов // Актуальные проблемы современных наук. Инновационные тенденции развития : сб. науч. ст. по ито-

гам междунар. науч.-практ. конф. (Санкт-Петербург, 30–31 июля 2015 г.). – СПб. : Культ-информ-пресс, 2015. – С. 55–57.

17. Горелов, А. А. Коррекция функционального состояния сердечно-сосудистой системы студенток СМГ с помощью дозированной оздоровительной ходьбы / А. А. Горелов, О. Г. Румба, Н. В. Балышева // Ученые записки ун-та им. П. Ф. Лесгафта. – 2010. – 2 (60). – С. 42–48.

18. Горпенко, А. А. Физическая культура как средство профилактики производственного утомления педагогов / А. А. Горпенко, О. В. Ивасева // Здоровый образ жизни как условие устойчивого развития государства и фактор формирования конкурентоспособной личности : материалы межвузовск. науч.-практ. конф. / под общ. ред. В. В. Пономарева. – Новороссийск : Московск. гуманитарно-экономич. ин-т Новороссийский филиал, 2015. – С. 124–133.

19. Дыхан, Л. Б. Теория и практика здоровьесберегающей деятельности в школе / Л. Б. Дыхан. – Ростов н/Д. : Феникс, 2009. – 412 с. – (Библиотека учителя).

20. Здоровьесберегающая среда учреждения профессионального образования : науч.-метод. рекомендации по организации здоровьесберегающей среды в пед. колледже и вузе для обеспечения качества непрерывного профессионального образования / Т. С. Иванова [и др.] ; под общ. ред. Т. С. Ивановой, Т. Н. Ле-ван. – М. : МГПИ, 2009. – 152 с.

21. Зеер, Э. Ф. Критерии и показатели оценки здоровьесберегающей компетентности студентов / Э. Ф. Зеер, Е. А. Югова // Пед. образование в России. – 2014. – № 10. – С. 78–82.

22. Иванова, Т. С. Современные педагогические кадры для школы, содействующей здоровью: проблемы и решения / Т. С. Иванова, Т. Н. Ле-ван // Школа здоровья. – 2011. – № 2. – С. 12–17.

23. Ильченко, И. Н. Состояние здоровья, образ и качество жизни работников общеобразовательных школ Москвы / И. Н. Ильченко [и др.] // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2013. – № 3. – С. 13–17.

24. Казин, Э. М. Формирование здоровьесберегающей компетентности педагогов в инфраструктуре образовательных учрежде-

ний (методологические и организационно-педагогические аспекты) / Э. М. Казин [и др.] // Валеология. – 2013. – № 3. – С. 38–44.

25. Карасева, Т. В. Формирование мотивации к здоровому образу жизни / Т. В. Карасева. – Иваново : ПресСто, 2013. – 164 с.

26. Колдарь, Л. Е. Профессиональная компетентность педагога в вопросах воспитания культуры здоровья / Л. Е. Колдарь, Т. А. Калинина // Образование: традиции и инновации : материалы XI Междунар. науч.-практ. конф. – World Press. – 2016. – С. 142–144.

27. Комплексная программа повышения профессионального уровня педагогических работников общеобразовательных организаций, утв. Правительством РФ 28.05.2014 № 3241п-П8 [Электронный ресурс]. URL: <http://legalacts.ru/doc/kompleksnaja-programma-povyshenija-professionalnogo-urovnja-pedagogicheskikh-rabotnikov/> (дата обращения: 1.08.2018).

28. Концепция государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года, утв. распоряжением Правительства РФ от 25 августа 2014 г. № 1618-р [Электронный ресурс]. URL: <http://legalacts.ru/doc/rasporjazhenie-pravitelstva-rf-ot-25082014-n-1618-r/> (дата обращения: 1.08.2018).

29. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утв. распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662-р [Электронный ресурс]. URL: http://economy.gov.ru/minrec/activity/sections/fcp/rasp_2008_N1662_red_08.08.2009 (дата обращения: 1.08.2018).

30. Концепция развития дополнительного образования детей, утв. распоряжением Правительства РФ от 4 сентября 2014 г. № 1726-р [Электронный ресурс]. URL: <http://legalacts.ru/doc/rasporjazhenie-pravitelstva-rf-ot-04092014-n-1726-r/> (дата обращения: 1.08.2018).

31. Концепция Федеральной целевой программы развития образования на 2016–2020 годы, утв. распоряжением Правительства РФ от 29 декабря 2014 г. № 2765-р [Электронный ресурс]. URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70736882/> (дата обращения: 1.08.2018).

32. *Коняева, М. А.* Педагогическая модель формирования у студентов Саратовской государственной консерватории имени Л. В. Собинова здоровьесберегающих компетенций / М. А. Коняева // *Современные проблемы науки и образования.* – 2016. – № 2. – С. 172–180.

33. *Кузьмина, Н. В.* Профессионализм личности преподавателя и мастера производственного обучения. – М. : Высш. шк., 1990. – 117 с.

34. *Кулигин, О. В.* Общие основы лечебной физической культуры / О. В. Кулигин. – Иваново : ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ РФ, 2014. – 78 с.

35. *Кулигин, О. В.* Современные технологии формирования здорового образа жизни в системе образования / О. В. Кулигин, Н. Н. Нежкина, Ю. В. Чистякова // *Материалы Международной научно-практической конференции «Культура здоровьесбережения в инновационном пространстве новой школы».* – Шуя : ШГПУ, 2012. – С. 163–166.

36. *Кушнир, С. М.* Вегетативная дисфункция и вегетативная дистония / С. М. Кушнир, Л. К. Антонова. – Тверь : [б. и.], 2007. – 215 с.

37. *Ле-ван, Т. Н.* Дополнительное профессиональное образование педагогов в области здоровьесбережения: проблемы и решения / Т. Н. Ле-ван // *Инновации в науке : сб. ст. по материалам XI Междунар. науч.-практ. конф. Ч. II.* – Новосибирск : СибАК, 2012. – С. 46–56.

38. *Ле-ван, Т. Н.* Развитие информационной культуры и медиаграмотности студентов педагогического вуза как способ повышения их здоровьесберегающей компетентности / Т. Н. Ле-ван // *Вестн. МГПУ. Сер.: Информатика и информатизация образования.* – 2013. – № 2 (26). – С. 38–44.

39. *Ле-ван, Т. Н.* Управленческие функции педагога в области охраны и укрепления здоровья с позиций анализа современной нормативно-правовой базы [Электронный ресурс] / Т. Н. Ле-ван // *Современные проблемы науки и образования.* – 2012. – № 3. URL: <http://www.science-education.ru/103-6398> (дата обращения: 1.08.2018).

40. *Лучинин, А.* История искусства XVII века [Электронный ресурс] / А. Лучинин. – М. : Эксмо, 2008. URL: https://bookz.ru/authors/aleksei-lu4inin/istoria-_984/1-istoria-_984.html (дата обращения: 1.08.2018).

41. *Малярчук, Н. Н.* Здоровье учителя: как его сохранить и усилить? / Н. Н. Малярчук // *Народное образование.* – 2014. – № 6. – С. 219–228.

42. *Маркова, А. К.* Психология труда учителя / А. К. Маркова. – М. : Просвещение, 1993. – 192 с.

43. *Марчук, С. А.* Здоровьесберегающие технологии в образовании как условие подготовки современного специалиста / С. А. Марчук, Ю. В. Марчук, В. А. Марчук // *Анатомия личности.* – 2010. – Т. 1. – № 1. – С. 48–52.

44. *Менхин, Ю. В.* Оздоровительная гимнастика: теория и методика / Ю. В. Менхин, А. В. Менхин. – Ростов н/Д. : Феникс, 2002. – 384 с.

45. *Митина, Л. М.* Учитель как личность и профессионал / Л. М. Митина. – М. : Дело, 1994. – 215 с.

46. *Нежкина, Н. Н.* Комплексные дифференцированные программы оздоровления подростков 16–17 лет с нарушениями осанки в условиях образовательных организаций / Н. Н. Нежкина, Ю. В. Чистякова, О. В. Исаева // *Лечебная физкультура и спортивная медицина.* – 2014. – № 4. – С. 18–23.

47. *Нежкина, Н. Н.* Комплексные программы оздоровления подростков 16–17 лет с факторами риска артериальной гипертензии в процессе физического воспитания образовательных организаций / Н. Н. Нежкина, Ю. В. Чистякова, А. М. Голубева // *Лечебная физкультура и спортивная медицина.* – 2015. – № 6. – С. 25–31.

48. *Нежкина, Н. Н.* Мотивация к здоровому образу жизни и психосоматические расстройства у школьников / Н. Н. Нежкина [и др.] // *Актуальные вопросы клинической психологии : материалы межвузовск. науч.-практ. конф.* – Шуя : ШГПУ, 2008. – С. 13–15.

49. *Нежкина, Н. Н.* Немедикаментозная коррекция вегетативных нарушений. Новые технологии физического воспитания

детей в учреждениях образования / Н. Н. Нежкина // Практика педиатра. – 2011. – Сентябрь. – С. 8–16.

50. *Нежкина, Н. Н.* Немедикаментозная коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата. Новые технологии физического воспитания детей в учреждениях образования / Н. Н. Нежкина // Практика педиатра. – 2012. – Февраль. – С. 43–52.

51. *Нежкина, Н. Н.* Новые технологии физического воспитания детей в учреждениях образования / Н. Н. Нежкина // Практика педиатра. – 2011. – Май – июнь. – С. 6–11.

52. *Нежкина, Н. Н.* Психофизическая тренировка — технология формирования здоровья школьников и повышения качества образования / Н. Н. Нежкина, М. К. Майорова. – М., МГПИ, 2009. – 28 с.

53. *Нежкина, Н. Н.* Развитие компетенции здоровьесформирующего характера в системе образования педагогов / Н. Н. Нежкина // Здоровьесберегающая деятельность в системе непрерывного образования: детский сад – школа – вуз : материалы Межрегиональной науч.-практ. конф. (2–3 марта 2010 г.) / под общ. ред. Л. Е. Курнешовой, Т. С. Ивановой. – М. : МГПИ; Школьная книга, 2010. – С. 25–31.

54. *Нежкина, Н. Н.* Реабилитация детей с синдромом вегетативной дистонии / Н. Н. Нежкина. – Решма : Спринт, 2016. – 32 с.

55. *Нежкина, Н. Н.* Системный анализ показателей развития и нейровегетативного статуса детей 7–17 лет с синдромом вегетативной дистонии. Дифференцированные программы немедикаментозной коррекции : дис. ... д-ра мед. наук. – Иваново, 2005. – 336 с.

56. *Нежкина, Н. Н.* Теория и практика психофизической тренировки у детей дошкольного и младшего школьного возраста. – Ярославль : Индиго, 2012. – 132 с.

57. *Неретин, В. Ф.* Духовное здоровье и культура учителя как основа здоровья поколений / В. Ф. Неретин // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2014. – № 27. – С. 50–53.

58. *Одноралова, Е. Ю.* Компетентностный подход: здоровьесберегающая и коммуникативные компетентности / Е. Ю. Одноралова, И. В. Серафимович // Системогенез учебной и профессио-

нальной деятельности : материалы VI Всерос. науч.-практ. конф. – 2013. – С. 326–328.

59. *Пазыркина, М. В.* Технологии формирования компетентности педагога в области здоровьесбережения / М. В. Пазыркина, Г. И. Сопко, Л. Г. Буйнов // Сборник конференций НИЦ Социосфера. – 2014. – № 10. – С. 162–165.

60. *Пидкасистый, П. И.* Подготовка студентов к творческой педагогической деятельности / П. И. Пидкасистый, Н. А. Воробьева. – М. : Пед. общество России, 2007. – 192 с.

61. *Попкова, Е. А.* Повышение компетентности педагогов в теории и практике здоровьесберегающей деятельности / Е. А. Попкова // Наука. Творчество : межвузовск. сб. науч. ст. молодых исследователей. – Магнитогорск : МаГУ, 2010. – С. 122–126.

62. *Потанина, А. Ю.* Нейропсихологические и социальные факторы трудностей обучения в начальной школе и их коррекция : автореф. дис. ... канд. психол. наук / А. Ю. Потанина. – Томск, 2012. – 22 с.

63. *Правдов, М. А.* Современные подходы формирования культуры здорового и безопасного образа жизни школьников / М. А. Правдов, Н. Н. Нежкина, И. В. Рябова // Безопасная образовательная среда в современной школе : материалы науч.-практ. конф. – М. : МГПУ, 2016. – С. 57–66.

64. Приказ Минздравсоцразвития России № 593 от 14 августа 2009 г. «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел “Квалификационные характеристики должностей работников образования”» [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.mi-nszdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/940> (дата обращения: 25.04.2012).

65. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 28 декабря 2010 г. № 2106 «Об утверждении федеральных требований к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников» [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.rg.ru/2011/02/16/obr-sdorovje-dok.html> (дата обращения: 15.10.2011).

legalacts.ru/doc/rasporjzhenie-pravitelstva-rf-ot-29052015-n-996-r/ (дата обращения: 1.08.2018).

85. *Сухарева, Л. М.* Заболеваемость московских школьников в динамике обучения с первого по девятый класс / Л. М. Сухарева, Л. С. Намазова-Баранова, И. К. Рапопорт // Рос. педиатрический журнал. – 2013. – № 4. – С. 48–53.

86. *Сухарева, Л. М.* Состояние здоровья московских школьников и факторы, влияющие на его формирование (лонгитудинальное исследование) / Л. М. Сухарева, И. К. Рапопорт, М. А. Поленова // Здоровье населения и среда обитания. – 2014. – № 3 (252). – С. 28–30.

87. *Талалаева, Е. В.* Формирование здоровьесберегающей среды в новой школе как неперемное условие повышения качества педагогического труда / Е. В. Талалаева, Т. Н. Зюзина // European Social Science Journal. – 2013. – № 1 (29). – С. 72–77.

88. *Третьякова, Н. В.* Стратегические установки по управлению качеством здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений / Н. В. Третьякова, Т. В. Андрюхина, Е. В. Кетриш // Сибирский педагогический журнал. – 2015. – № 3. – С. 159–164.

89. *Уварова, Л. Н.* Здоровьесберегающая деятельность в системе образования / Л. Н. Уварова, А. И. Даминова // Инструменты современной научной деятельности : материалы Междунар. науч.-практ. конф. – 2015. – С. 143–145.

90. Федеральная целевая программа развития образования на 2016–2020 годы, утв. постановлением Правительства Российской Федерации от 23 мая 2015 г. № 497 [Электронный ресурс]. URL: <http://base.garant.ru/71044750/> (дата обращения: 1.10.2018).

91. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования, утв. приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 6 октября 2009 г. № 373 [Электронный ресурс]. URL: <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minobrnauki-rf-ot-06102009-n-373/> (дата обращения: 1.08.2018).

92. Федеральный государственный образовательный стандарт основного общего образования, утв. приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 декабря 2010 г.

№ 1897 [Электронный ресурс]. URL: <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minobrnauki-rf-ot-17122010-n-1897/> (дата обращения: 1.08.2018).

93. Федеральный государственный образовательный стандарт среднего общего образования, утв. приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 413 [Электронный ресурс]. URL: <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minobrnauki-rossii-ot-17052012-n-413/> (дата обращения: 1.08.2018).

94. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (ред. от 03.08.2018) [Электронный ресурс]. URL: http://legalacts.ru/doc/273_FZ-ob-obrazovanii/ (дата обращения: 1.08.2018).

95. Федоров, В. А. Профессиональное образование: основные проблемы и направления здоровьесберегающей деятельности / В. А. Федоров, Н. В. Третьякова // Вестн. Фед. гос. образовательного учреждения высш. проф. образования «Московск. гос. агроинженерный ун-т им. В. П. Горячкина». – 2014. – № 4. – С. 39–42.

96. *Царитова, К. С.* Саногенная компетентность и ее формирование у студентов — будущих учителей как главный фактор развития здоровьесберегающей образовательной среды / К. С. Царитова // Современные технологии в образовании. – 2015. – № 4. – С. 289–293.

97. *Шарипова, Д. Д.* Здоровьесберегающая деятельность образовательных учреждений в системе непрерывного образования / Д. Д. Шарипова, Г. А. Шахмурова, С. С. Сайфиева // Пед. науки. – 2016. – № 1. – С. 18–21.

98. *Шатрова, Е. А.* Теоретическая модель формирования здоровьесберегающей компетентности педагога / Е. А. Шатрова // Вестн. ТГПУ. – 2012. – № 2 (117). – С. 111–116.

99. Школы здоровья в России: принципы и организация работы. Мониторинг развития и эффективность / под ред. В. Р. Кучмы. – М. : Просвещение, 2012. – 253 с. – (Работаем по новым стандартам).

100. *Яркина, Т. Н.* Развитие профессиональной компетентности будущих педагогов в сфере здоровьесбережения дошкольников / Т. Н. Яркина // Науч.-пед. обозрение. – 2014. – № 2 (4). – С. 51–58.

66. Примерная основная образовательная программа образовательного учреждения. Начальная школа / сост. Е. С. Савинов. – 2-е изд., перераб. – М. : Просвещение, 2011. – 204 с. – (Стандарты второго поколения).

67. Проблемы и пути формирования здорового образа жизни населения Российской Федерации / под. ред. Т. В. Яковлевой, В. Ю. Альбицкого. – М. : М-Студио, 2011, – 216 с.

68. Формирование профессиональной культуры учителя : учеб. пособие / под ред. В.А. Слостенина. – М. : Прометей, 1993. – 178 с.

69. Профессиональный стандарт «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)», утв. приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 18 октября 2013 г. № 544н [Электронный ресурс]. URL: <http://legalacts.ru/doc/prikaz-mintruda-rossii-ot-18102013-n-544n/> (дата обращения: 1.08.2018).

70. Рапопорт, И. К. Состояние здоровья Московских школьников в динамике обучения с первого по одиннадцатый класс / И. К. Рапопорт // Безопасная образовательная среда в современной школе : материалы науч.-практ. конф. – М. : МГПУ, 2016. – С. 45–51.

71. Рыбина, И. Р. Педагогические условия формирования здоровьесберегающей компетентности учащихся на уроке : автореф. дис. ... канд. пед. наук / И. Р. Рыбина. – Оренбург, 2011. – 199 с.

72. Рыбина, И. Р. Сущность понятия «здоровьесберегающая компетентность» / И. Р. Рыбина // Ученые записки Орловского государственного университета. – 2015. – № 3 (66). – С. 258–262.

73. Рябова, И. В. Современные подходы к формированию компетентности здоровьесберегающей деятельности у педагога / И. В. Рябова [и др.] // Здоровьеформирующая среда в современной школе : сб. науч. ст. по итогам межрегиональной науч.-практ. конф. / редкол. : И. В. Рябова (сост. и отв. ред.), С. Ю. Степанов, Т. А. Соболевская. – М. : МГПУ, 2018. С. 18–33.

74. Севастьянова, Ю. Б. Здоровьесберегающая деятельность школы как фактор повышения качества образования / Ю. Б. Сева-

стьянова // Герценовские чтения. Начальное образование. – 2010. – Т. 1. – № 2. – С. 48–55.

75. Серафимович, И. В. Здоровьесберегающая компетентность педагогов и внедрение новых образовательных стандартов / И. В. Серафимович // Реализация стандартов второго поколения в школе: проблемы и перспективы : материалы Всерос. интернет-конф. – Ярославль : Ярославск. гос. пед. ун-т им. К. Д. Ушинского, 2013. – С. 161–165.

76. Смирнов, Н. К. Технологии здоровьесберегающего образования : руководство по здоровьесберегающей педагогике / Н. К. Смирнов. – М. : АРКТПИ, 2008. – 288 с.

77. Сопко, Г. И. Значение формирования культуры здоровья в педагогическом университете / Г. И. Сопко, Ю. К. Бахтин, М. В. Пазыркина // Приволжский научный вестник. – 2014. – № 1 (29). – С. 99–102.

78. Сопко, Г. И. Культура здоровья – важнейший компонент народного образования / Г. И. Сопкина, М. В. Пазыркина // Здоровьесберегающее образование. – 2013. – № 1. – С. 88–94.

79. Сопко, Г. И. Формирование компетентности педагога в области здоровьесбережения / Г. И. Сопко, М. В. Пазыркина // Молодой ученый. – 2014. – № 4. – С. 1105–1107.

80. Сороковых, Г. В. Субъектно-деятельностный подход в лингвистической подготовке студентов. – М. : МПГУ, 2003. – 178 с.

81. Степанов, С. Ю. К разработке системы психолого-педагогических технологий повышения успеваемости школьников с проблемами здоровья / С. Ю. Степанова [др.] // Современное образование. – 2018. – № 3. – С. 51–60.

82. Спивак, Е. М. Синдром вегетативной дистонии у детей / Е. М. Спивак, Н. Н. Нежкина. – Ярославль : Изд-во Александра Рутмана, 2009. – 220 с.

83. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России». – М. : Педиатр, 2014. – 111 с.

84. Стратегия развития воспитания в Российской Федерации на период до 2015 года, утв. распоряжением Правительства РФ от 29 мая 2015 г. № 996-р [Электронный ресурс]. URL: <http://>

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Нежкина Наталья Николаевна, доктор медицинских наук, доцент, лауреат Всероссийского конкурса «Учитель года», врач ЛФК и спортивной медицины.

Рябова Ирина Викторовна, кандидат медицинских наук.

Соболевская Татьяна Александровна, кандидат педагогических наук, доцент.

Чистякова Юлия Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент, врач-педиатр.

Иванова Елена Васильевна, заслуженный учитель Российской Федерации.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

**Научно-методическое сопровождение формирования
здоровья обучающихся как значимой компетентности
педагогических работников в рамках реализации
федеральных государственных образовательных стандартов
общего образования и профессионального стандарта педагога**

МОНОГРАФИЯ

Авторский коллектив:

*Н.Н. Нежкина, И.В. Рябова, Т.А. Соболевская,
Ю.В. Чистякова, Е.В. Иванова*

**Под редакцией
Н.Н. Нежкиной**

Главный редактор: *Т.П. Веденева*

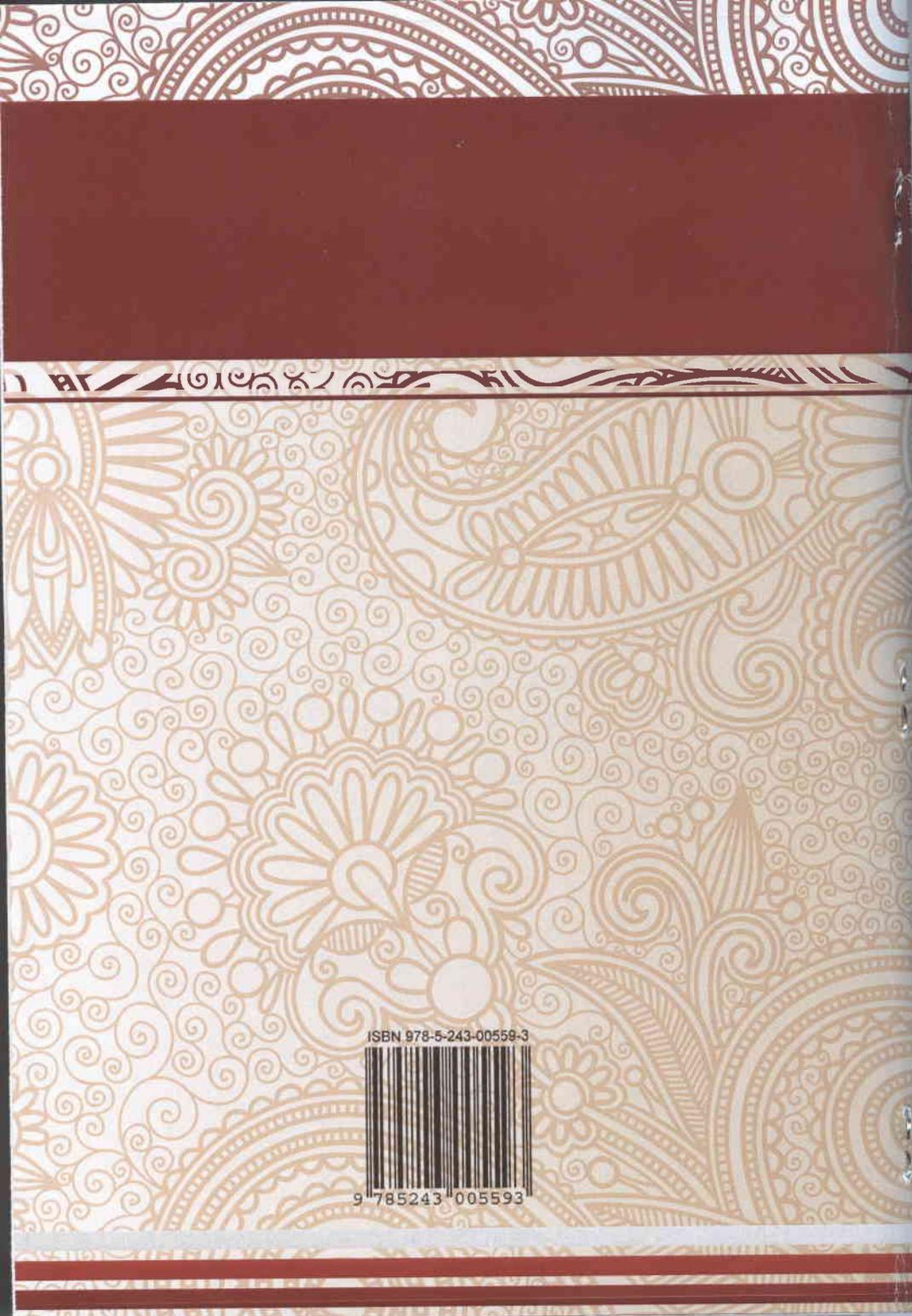
Редактор: *Е.С. Терновскова*

Верстка: *А.В. Бармин*

Формат 60 × 90 1/16. Объем 7 усл. печ. л.

Тираж 500 экз.

Московский городской педагогический университет
Научно-информационный издательский центр
129226, Москва, 2-й Сельскохозяйственный пр., 4



ISBN 978-5-243-00559-3



9 785243 005593

