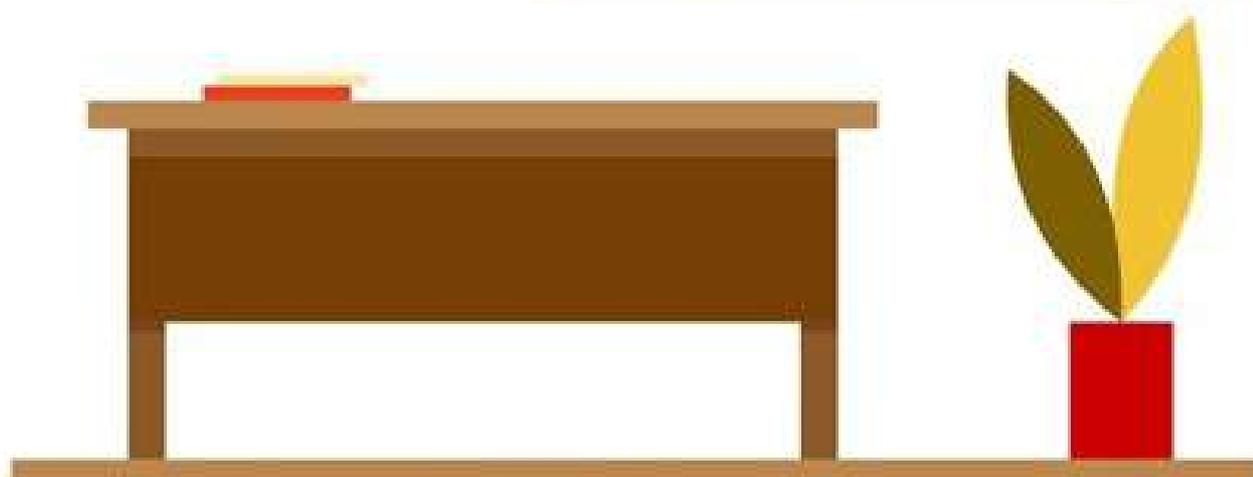


ФГБНУ "Институт возрастной физиологии РАО"



**Здоровьесберегающая
деятельность в
образовании:
основные понятия**



Москва, 2023

УДК 371.72
ББК 51.289.4

Автор-составитель
О.Ф. Жуков

Рецензенты:

Андрющенко Л.В., директор центра фиджитал-образования и инновационных спортивных технологий ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г.В. Плеханова», доктор педагогических наук, профессор.

Глазкова Г.Б., доцент кафедры физического воспитания ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г.В. Плеханова», кандидат педагогических наук.

Редактор:

Москвина Е.В. – кандидат педагогических наук, заместитель директора по научной работе ФГБНУ «ИВФ РАО».

Научный редактор:

Приступа Е.Н. – доктор педагогических наук, профессор, директор ФГБНУ «ИВФ РАО».

Методические материалы: Здоровьесберегающая деятельность в образовании: основные понятия.- Москва: ФГБНУ «ИВФ РАО», 2023. – 30 с.

Методические материалы подготовлены на основе результатов, полученных в результате реализации проекта «Школьная медицина: разработка модели первичной профилактики факторов риска современной образовательной среды».

Методические материалы «Здоровьесберегающая деятельность в образовании: основные понятия» являются частью 1 серии «Здоровье и развитие ребенка».

В методических материалах рассмотрены теоретические основы здоровьесберегающей деятельности, уточнена сущностная характеристика здоровьесберегающей деятельности в широком смысле, понятий «здоровьесберегающая деятельность образовательного учреждения» и «здоровьесберегающая деятельность учителя».

Материалы предназначены для студентов, обучающихся по педагогическим специальностям, руководителей органов управления образованием, руководителей образовательных организаций, педагогов, родителей.

ISBN 978-5-6047570-8-6

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕЗАУРУС	4
ПОНЯТИЕ «ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ»	6
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	8
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА	14
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	15
СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	29

ТЕЗАУРУС

Адаптация к школе - степень, в которой ребенок обладает необходимыми умениями и оказывается в состоянии отвечать требованиям и ожиданиям, предъявляемым к нему в условиях школьного обучения¹.

Вредные привычки - навязчивые действия, отрицательно сказывающиеся на поведении ребёнка, его физическом и психическом развитии².

Гигиенические условия обучения - система оптимальных, научно обоснованных требований к организации учебного процесса, нормирование умственных и физических нагрузок, рациональная организация уроков¹.

Деятельность - активное взаимодействие с окружающей действительностью, в ходе которого живое существо выступает как субъект, целенаправленно воздействующий на объект и удовлетворяющий таким образом свои потребности².

Здоровье - состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма³

Здоровьесберегающие образовательные технологии (ЗОТ) - совокупность принципов, методов, приемов педагогической работы, дополняющих традиционные технологии обучения, воспитания, развития, задачами здоровьесбережения, и поэтому должны рассматриваться как качественная характеристика любой образовательной технологии, являясь ее «сертификатом безопасности» для здоровья учащихся. По характеру действия ЗОТ могут быть подразделены на следующие группы: защитно-профилактические, компенсаторно-нейтрализующие, стимулирующие, информационно-обучающие⁴

Международная классификация функционирования (МКФ) - признанная специалистами во всем мире классификация составляющих здоровья и связанных со здоровьем факторов, была рекомендована для использования в медицинской реабилитации⁵.

Мониторинг здоровья - совокупность методов, позволяющих получать, регистрировать и анализировать на протяжении длительного времени параметры состояния организма человека⁶.

Охрана здоровья - система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых

¹ Педагогический терминологический словарь. - Петербург: Российская национальная библиотека. 2006.

² Бим-Бад Б.М. Педагогический энциклопедический словарь. М., 2002. - С. 45

³ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». - - URL: <https://docs.cntd.ru/document/902312609> (дата обращения 26.06.2023)

⁴ Загвязинский В.И. и др. Педагогический словарь: учебное пособие / под ред.В.И. Загвязинского, А.Ф. Закировой. – М.: Академия, 2008.- 343 с

⁵ Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (полная версия) / под ред. Г.Д. Шостка, М.В. Коробова, А.В. Шаброва. СПб: СПбГУВЭЖ, 2003. 342 с.

⁶ Вайнер Э.Н. Краткий энциклопедический словарь [Электронный ресурс]: Адаптивная физическая культура: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальностям «Адаптивная физическая культура» и «Физическая культура». - Москва : Флинта, 2003. - 144 с.

органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи

Профилактика заболеваний - комплекс мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья людей, их творческого долголетия, устранение причин заболеваний, в том числе улучшение условий труда, быта и отдыха населения, охраны окружающей среды⁷.

Психическое здоровье - состояние психической сферы (состояние душевного комфорта)⁸.

Рациональная организация образовательного процесса - это такой вариант учебного процесса, при котором не нарушается нормальное развитие и здоровье учащихся, а учебная работа, интеллектуальные, эмоциональные и физические нагрузки не требуют от организма высокой физиологической цены, не вызывают чрезмерного напряжения и быстрого утомления⁹.

Составляющие здоровья - компоненты: физический, психический, социальный (контакты с людьми, социальное благополучие), ролевой (соответствие выполняемых функциональных ролей в семье, на производстве, в социуме ожидаемому положению), общее восприятие благополучия (самооценка своего здоровья и его перспективы), нравственный (мотивация на здоровое поведение, установка на долгую, здоровую и полноценную жизнь)¹⁰. (Вайнер,

Социальное здоровье - комплекс характеристик, отражающий систему ценностей, установок и мотивов поведения индивида в социальной среде¹¹.

Физическая активность - мышечная деятельность, помогающая человеку в осуществлении своих трудовых, бытовых, культурных и других сторон жизнедеятельности и в обретении здоровья, физического и психического благополучия¹¹.

Физическое здоровье - это состояние организма человека, характеризующееся возможностями адаптироваться к различным факторам среды обитания, уровнем физического развития, физической и функциональной подготовленностью организма к выполнению физических нагрузок¹².

⁷ Первая медицинская помощь : популярная энциклопедия / [Рос. акад. мед. наук, Науч.-практ. об-ние "Мед. энцикл."; Гл. ред. В. И. Покровский]. - Москва : Большая рос. энцикл., 1994. - 254,[1] с.

⁸ Основы здоровья: Актуал. задачи, решения, рекомендации: Обзор / В. А. Лищук, Е. В. Мосткова; Рос. акад. мед. наук, Науч. совет "Фундам. основы здоровья". - Москва: Б. и., 1994. - 134 с.

⁹ Организация и оценка здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений : руководство для работников системы образования / под ред. М. М. Безруких, В. Д. Сонькина. – М., 2005. – 584 с.

¹⁰ Вайнер Э.В., Кастюнин С.А. Краткий энциклопедический словарь: Адаптивная физическая культура: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальностям "Адаптивная физическая культура" и " Физическая культура". - Москва : Флинта : Наука, 2003. - 144 с.

¹¹ Калью П.И. Сущностная характеристика понятия «здоровья» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация. – М: Медицина., 1988.- 62 с.

¹² Лисицын Ю.П. Образ жизни и здоровья населения : В помощь лектору / Ю.П. Лисицын, чл.-кор. АМН СССР. - М. : О-во «Знание» РСФСР, 1982. - 40 с.

Физическое развитие - процесс морфофункциональных преобразований организма ребёнка по мере его роста и развития, проявляющийся в изменении размеров и пропорций тела. На динамику физического развития оказывают влияние генетические и средовые факторы, в т.ч. состояние здоровья, условия быта, питание, режим дня и направленность физического воспитания¹³.

Школьная дезадаптация - стойкий отказ от посещения школы вследствие затруднений усвоения программы обучения или в связи с нарушением взаимоотношений и конфликтами со сверстниками и педагогами¹⁴.

Школьные трудности - комплекс школьных проблем, которые возникают у ребенка при систематическом обучении и приводят к выраженному функциональному напряжению, отклонениям в состоянии здоровья, нарушению социально-психологической адаптации и снижению успешности обучения¹⁵.

Школьные факторы риска – факторы, которые негативно сказываются на развитии и здоровье, а следовательно, на психологической безопасности детей¹⁶.

ПОНЯТИЕ «ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ»

Определение понятия «здоровьесбережение» в действующем законодательстве пока не нашло своего воплощения. Вместе с тем отдельные официальные документы активно используют данный термин.

В частности, о здоровьесбережении ведется речь и в Указе Президента РФ «О Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации», где среди приоритетов и перспектив научно-технологического развития страны на ближайшее десятилетие предполагается переход к персонализированной медицине, высокотехнологичному здравоохранению и технологиям здоровьесбережения¹⁷.

Кроме того, Распоряжением Правительства РФ от 23 января 2021 г. N 122-р был утвержден план основных мероприятий, запланированных в рамках Десятилетия детства на период до 2027 г. Одно из мероприятий озаглавлено как «Здоровьесбережение с детства»¹⁸.

Термин «здоровьесбережение» активно используется в диссертационных работах и учебной литературе по педагогике, социологии, биологии, медицине,

¹³ Бим-Бад Б.М. Педагогический энциклопедический словарь. — М., 2002.- С. 234

¹⁴ Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов: Ок. 3000 терминов / Под ред. С. Н. Бокова. - Воронеж : НПО «МОДЭК», 1995. – 638 с.

¹⁵ Дубровинская Н. В., Фарбер Д. А., Безруких М. М. Психофизиология ребенка : учеб. пособие. М.: Владос, 2000. - 144 с.

¹⁶ Безруких, М.М. Школьные факторы риска и здоровье детей // Магистр. – 1999. – № 3. – С. 30–38.

¹⁷ Указ Президента РФ от 1 декабря 2016 г. № 642 «О Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации». - URL: <https://internet.garant.ru/#/document/71551998/paragraph/1:1> (дата обращения: 24.06.2023).

¹⁸ Распоряжение Правительства РФ от 23 января 2021 г. № 122-р «Об утверждении план основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, на период до 2027 года - URL: <https://docs.cntd.ru/document/573461456> (дата обращения: 24.06.2023).

при этом авторские определения весьма разнообразны, в зависимости от научной специальности автора и его точки зрения на проблему¹⁹.

Прежде всего, представляется, что здоровьесбережение по своему содержанию весьма близко к понятию «профилактика», которое раскрывается в ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья» как «комплекс мероприятий», направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Вместе с тем восприятие здоровьесбережения как «комплекса мероприятий» представляется не совсем корректным, не раскрывающим во всей полноте содержание данного понятия.

Для того чтобы реализовать на практике здоровьесбережение по отношению к гражданам, необходимо уделять внимание и иным направлениям, не связанным напрямую с медициной, таким как формирование навыков здорового образа жизни и культуры здоровья, просвещение граждан, обеспечение условий для развития комплексной реабилитации и т.д.

Расширение направлений здоровьесбережения, не ограничение данного понятия исключительно медицинской частью и является одной из современных тенденций.

В рамках сферы услуг к области здоровьесбережения можно отнести деятельность в области здравоохранения и социальных услуг и деятельность в области культуры, спорта, организации досуга и развлечений.

В рамках сферы услуг в области здоровьесбережения можно выделить две большие группы услуг - медицинские и немедицинские.

Медицина играет очень важную роль в деле здоровьесбережения, она способствует как предупреждению появления заболеваний, так и устранению уже имеющихся.

В рамках немедицинского направления здоровьесбережения можно выделить такие составляющие как создание здоровьесберегающей инфраструктуры, ведение просветительской работы, организация физкультурно-оздоровительной работы, рационализация жизни. Соответственно и услуги в сфере здоровьесбережения предоставляются в рамках данных направлений.

Таким образом, понятия «здоровьесбережение» и «профилактика заболеваний» являются близкими по смыслу, но не совпадающими, что дает повод рассматривать данное понятие более широко.

В широком смысле здоровьесбережение можно рассматривать как процесс сохранения и укрепления здоровья граждан, реализуемый различными субъектами (государством в лице органов государственной власти и местного самоуправления, организациями, их должностными лицами, самими

¹⁹ Бельчикова В.В., Карпеев О.В. Здоровьесбережение как правовая категория // журнал «Медицинское право», 2021. - № 4. – С.51-55

гражданами), включающий в себя совокупность мер политического, экономического, правового, социального, медицинского и иного характера, направленный на формирование осознания высокой ценности своего здоровья и здоровья окружающих²⁰.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Ключевым понятием в нашей работе являются понятие «здоровьесберегающая деятельность».

В толковом словаре русского языка слово «беречь» означает, во-первых, не тратить, не расходовать что либо напрасно, во-вторых – охранять от кого - чего ни будь, хранить защищать²¹.

В нашем случае не тратить, не расходовать напрасно, хранить защищать здоровье детей от так называемых «факторов риска».

Употребление понятия «здоровье» в современной науке не всегда бывает однозначным. Оно используется в самых разных научных дисциплинах, причем в каждом случае с его помощью решаются специфические задачи. Это ведет не, сколько к унификации его трактовки, сколько к расширению спектра его значений. Его содержание, признаки, критерии оценки задаются различными дисциплинарными и смысловыми перспективами.

Общепринятой считается официальная трактовка Всемирной организации здравоохранения.

В Уставе данной организации говорится, что здоровье представляет собой не только отсутствие болезней и физических дефектов, но состояние полного телесного, душевного и социального благополучия²².

В основу данного определения положена категория состояния здоровья, которое оценивается по трем признакам: соматическому, личностному и социальному.

Соматический - совершенство саморегуляции в организме, гармония физиологических процессов, максимальная адаптация к окружающей среде.

Социальный - мера трудоспособности, социальной активности, деятельное отношение человека к миру.

Личностный признак подразумевает стратегию жизни человека, степень его господства над обстоятельствами жизни.

В научной литературе описываются классификации здоровья, определяемые как «модели здоровья»: медицинская; социальная; личностная; интегрированная.

²⁰ Бельчикова В.В., Карпеев О.В. Здоровьесбережение как правовая категория // журнал «Медицинское право», 2021. - № 4. – С.51-55

²¹ Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка: 80000 слов и фразеологических выражений / С.И. Ожегов. – М.: ООО «А ТЕМП», 2006. – С. 44

²² Устав (Конституция) Всемирной Организации здравоохранения //ВОЗ. Основные документы. – 39-изд. / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1995, 208 с.

Г.Л. Апанасенко указывает, что, рассматривая человека, как биоэнергоинформационную систему, характеризующуюся пирамидальным строением подсистем, к которым относятся тело, психика и духовный элемент, понятие здоровья подразумевает гармоничность данной системы. Нарушения на любом уровне отражаются на устойчивости всей системы²³.

И. И. Брехман подчеркивает, что здоровье - это не отсутствие болезней, а физическая, социальная и психологическая гармония человека, доброжелательные отношения с другими людьми, с природой и самим собой. Он пишет, что «здоровье человека - это способность сохранять соответствующую возрасту устойчивость в условиях резких изменений количественных и качественных параметров триединого источника сенсорной, вербальной и структурной информации»²⁴.

Классификацию, определяемую как «модели здоровья», дает Е.А. Овчаров (1993). Он выделяет следующие модели:

1. Медицинскую, которая содержит лишь медицинские критерии и характеристики здоровья, когда основным признаком послед него рассматривается отсутствие болезней, их симптомов.

2. Биомедицинскую, содержащую биологические и медицинские признаки, когда здоровье рассматривается как биологически нормальное функционирование организма. При этом подчеркивается доминирующее значение биологических закономерностей в жизнедеятельности человека и в его здоровье.

3. Биосоциальную, рассматривающую здоровье через биологические и социальные признаки в их единстве, хотя социальным от дается приоритет.

4. Ценностно-социальную, в которой здоровье для человека является ценностью, необходимой предпосылкой для полноценной жизни, удовлетворения его материальных и духовных потребностей, участия в труде, социальной жизни, в экономической, культурной, научной и др. видах деятельности.

5. Интегрированную, включающую многие признаки - медицинские, биологические, психологические, социальные, природные, функциональные и, кроме того, факторы окружающей среды²⁵.

Иванюшкин А.Я. предлагает три уровня описания здоровья, как ценности: биологический - изначальное здоровье предполагает совершенство саморегуляции организма, гармонию физиологических процессов и, как следствие, максимум адаптации; социальный - здоровье является мерой социальной активности, деятельного отношения человеческого индивида к миру; личностный, психологический - здоровье есть не отсутствие болезни, но, скорее, отрицание ее, в смысле преодоления (здоровье - не только состояние организма, но и «стратегия жизни человека»)²⁶.

²³ Апанасенко Г.А. Валеология: имеет ли она право на самостоятельное существование? // Валеология. 1996, № 2. - С. 9-14

²⁴ Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. - М.: ФиС, 1990. - 208 с.

²⁵ Овчаров Е.Л. Социальная и экономическая обусловленность здоровья населения. - Нижневартковск. 1993. - 109 с.

²⁶ Иванюшкин А.Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека // Вестник АМН СССР, 1982. – Т.45, № 4. - С.29-33

Х.В. Иксанов с соавторами в работе «Освоение новых методологических подходов к медико-социальной экспертизе и реабилитации больных и инвалидов» пишет о медицинской и социальной модели здоровья²⁷.

Медицинская модель сосредотачивает внимание на персональной стороне нарушения здоровья, вызванного непосредственно болезнетворным фактором. Изменения здоровья при этом требуют медицинской помощи в виде индивидуального лечения, проводимого врачами. Медицинская помощь рассматривается как основной выход из положения.

Социальная модель сосредотачивает внимание на сторонах нарушения здоровья, выходящих за рамки индивидуальной проблемы. Изменения здоровья при этом нуждаются в помощи со стороны социального окружения. Это требует социальных решений и во многом предполагает коллективную ответственность общества. Поэтому результатом данной позиции будут социальные изменения.

Объединение, интеграция обеих концептуальных моделей здоровья и его нарушений находит свое выражение в разработке специальной классификации факторов здоровья, осуществляемой учеными и практиками разных стран под эгидой Всемирной организации здравоохранения.

Начало разработки такой классификации было положено выходом в свет в 1980 году «Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности».

Отношения между болезнью - патологическим процессом, происходящим в организме, и его последствиями достаточно сложны.

В классификации достаточно обоснованно с позиций науки о человеке - «организме - индивидууме» удалось классифицировать все последствия по уровням, отражающим сущность человеческой природы: на уровне биологическом (организм), на уровне психологическом (индивидуум), и на уровне социальном (личность). Это три основных класса заболеваний.

Например: нарушение структур и функций организма (зрительные) - ограничение жизнедеятельности (овладеть специальными навыками) – социальная недостаточность (профессиональная деятельность).

В 2001 году вышла в свет обновленная версия классификации, в значительной степени концептуально дополнившая классификацию 1980 года (МКФ – международная классификация функционирования)²⁸. Она вводит определения «составляющих здоровья» и некоторых, связанных со здоровьем составляющих благополучия (таких как образование и труд). Для конкретизации общеупотребляемого понятия «здоровье» МКФ дает стандартные, необходимые для практического применения, определения «доменов здоровья» и «доменов, связанных со здоровьем». Домен – это сфера проявления признаков здоровья или болезни и факторов, определяющих

²⁷ Иксанов Х.В., Аухадеев Э.И., Идиатуллина Э.Р., Тазиев Р.В. Освоение новых методологических подходов к медико-социальной экспертизе и реабилитации больных и инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2006. -№ 1.- С.13-19.

²⁸ Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2001. – 342 с.

здоровье. Это практический и значимый для характеристики здоровья набор взаимосвязанных физиологических функций и анатомических структур, действий, задач и сфер жизнедеятельности, внешних природных и культурных условий, внутренних, индивидуально-психологических особенностей.

МКФ ушла от классификации «последствий болезней» чтобы стать классификацией «составляющих здоровья». «Составляющие здоровья» определяют, из чего оно состоит, в то время как «последствия» концентрируют внимание на тех влияниях, которые могут оказывать заболевания и другие изменения здоровья на конечный результат.

Составляющие здоровья согласно МКФ: функции и структуры организма; активность и участие; факторы окружающей среды; личностные факторы.

Домены (сферы проявлений признаков здоровья, определяющих его): набор взаимосвязанных физиологических функций и анатомических структур; набор действий, задач и сфер жизнедеятельности; набор внешних природных и культурных условий; набор внутренних индивидуально-психологических особенностей.

Параметры, которые характеризуют позитивный и негативный аспекты состояний: целостность или нарушение структур и функций организма; способность ограничений выполнения задач в стандартных условиях и в реальной жизненной ситуации; облегчающие или затрудняющие влияние физической, социальной среды, мира отношений и установок; способствующие или препятствующие свойства личности.

Мы подробно остановились на данной классификации, так как, на основе МКФ исследователь может более полно делать выводы о причинно-следственных связях заболевания, используя приемлемые научные методы. Этот подход усиливает подходы, основанные на исследовании детерминант здоровья или факторов риска заболеваний. Для исследователя детерминант или факторов риска МКФ содержит перечень факторов внешней природной и культурной среды, описывающих обстановку в которой живет индивид.

Таким образом МКФ помогает понять человека и его здоровье как систему. МКФ пытается достичь синтеза, чтобы обеспечить согласованный взгляд на различные стороны здоровья с биологической, личностной и социальных позиций.

МКФ позволяет анализировать влияние одних компонентов здоровья на другие, а также влияние того или иного воздействия на функционирование конкретного человека, то есть управлять здоровьем и качеством жизни.

Данное представление может стать основой комплексных подходов к здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций (рис. 1).

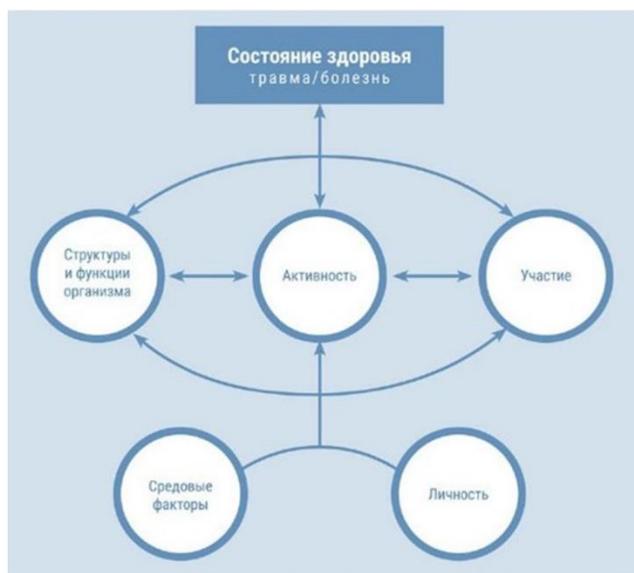


Рис. 1. Факторы, влияющие на здоровье (МКФ).

Человек (его здоровье на всех уровнях) это открытая система, связанная с постоянным взаимным обменом организма с окружающей средой веществом, энергией, информацией. В процессе данного взаимодействия эта биосистема поддерживает свою упорядоченность, препятствует разрушению за счет гомеостаза (относительное динамическое постоянство состава и свойств внутренней среды и устойчивость основных физиологических функций организма), гомеореза (способность к поддержанию постоянства канала развития для развивающейся системы) и гомеоморфоза (способность к поддержанию постоянства структуры и морфологии системы).

Человек - это естественная система, состоящая в своей биопсихосоциальной структуре из так называемых подсистем. В свою очередь каждая подсистема по тому же принципу организована как целая система, элементы которой взаимодействуют с окружающей средой и с элементами другой подсистемы.

На биологическом уровне человек как система состоит из таких подсистем как костно-мышечная, нервная, кардиореспираторная, пищеварительная, выделительная и т.д. Они в свою очередь состоят из органов, те из тканей и клеток.

На психологическом (личностном уровне) это направленность и отношения личности, которые проявляются в виде моральных черт, знания, умения, навыки и привычки, приобретенные путем обучения, но уже с заметным влиянием биологически, и даже генетически обусловленных свойств личности, индивидуальные особенности психических процессов (памяти, эмоций, ощущений, мышления, восприятия, чувств, воли), биопсихические свойства, в которые входят «половые и возрастные свойства личности, типологические свойства личности (темперамент).

На социальном уровне - способность к интеграции в общество, к профессиональной деятельности, способность к общению с другими людьми, наличие личностных взаимоотношений, приносящих удовлетворение.

Индивидуальное развитие организма - процесс нелинейный. Оно сочетает периоды эволюционного (постепенного) морфо-функционального созревания и периоды «революционных», переломных скачков развития, которые могут быть связаны как с внутренними (биологическими) факторами развития, так и с внешними (социальными) факторами. В отличие от сенситивных периодов, характеризующихся повышенной чувствительностью отдельных функций, эти периоды отличаются существенными качественными преобразованиями, одновременно происходящими в разных физиологических системах и мозговых структурах, определяющих формирование психических процессов. Морфо-функциональные перестройки основных физиологических систем на этих этапах развития обуславливают напряжение гомеостатических механизмов, увеличение энергозатрат, высокую чувствительность к совокупности факторов внешней среды, что позволяет отнести эти периоды к категории критических. Несоответствие средовых воздействий особенностям и функциональным возможностям организма на этих этапах развития может иметь особо пагубные последствия.

Системообразующим фактором, коим является конечный результат, цель функционирования данной системы является сохранение здоровья и развитие на всех уровнях.

На биологическом уровне – выживание, формирование и сохранение своей индивидуальной и биологической структуры, а также репродукция, обеспечивающая сохранение популяции.

На психологическом (личностном уровне) – реализация человеком себя как личности в отношениях с различными сторонами действительности.

На социальном уровне – социальная интеграция и адаптация.

Человек (его здоровье) - это самоорганизующаяся система, способная к саморегулированию, самовосстановлению, саморазвитию.

Особую роль в саморегулировании системы принадлежит обратным связям, информирующим регуляторные системы о результате полезного действия элементов исполнителей. Они могут быть отрицательными (тормозящими, стабилизирующими) и положительными (стимулирующими), обеспечивающими развитие системы.

Способность к самовосстановлению обусловлено, прежде всего, регенерацией на биологическом уровне, компенсаторными механизмами недостаточных функций на всех уровнях здоровья. Способность к саморазвитию системы базируется на генетически запрограммированном онтогенезе и создании соответствующих условий для развития.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

В Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, известной более как МКФ (International Classification of Functioning, Disability and Health) содержится перечень факторов (контекстные факторы), которые могут влиять на индивида с изменением здоровья. Это такие факторы: факторы внешней природной и культурной среды, описывающих обстановку, в которой живет индивид и личностные факторы²⁹.

Факторы окружающей среды создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время. Они представлены: технологиями и оборудованием, непосредственно связанными с индивидуумом в его производительной деятельности и в быту; продукцией или системой изделий, являющихся непосредственным окружением индивида; природным окружением и изменениями окружающей среды; системой поддержки и взаимосвязи, обеспечивающей практическую физическую или эмоциональную поддержку, заботу, защиту и помощь во взаимоотношениях с другими людьми в своем доме, на рабочем месте, в школе, в играх или других аспектах ежедневной деятельности; установками, являющимися видимым результатом обычаев, правил, идеологии, ценностей, норм, религии и других убеждений; службами, сложившимися программами, предлагающими и осуществляющими услуги в различных областях жизни для удовлетворения потребностей индивида; административными системами, включающими административный контроль и механизмы организации, установленные местной, региональной, национальной, международной или другой признанной властью; политикой, которая включает правила, инструкции, стандарты, установленные различными уровнями власти.

Личностные факторы - это индивидуальные характеристики, с которыми живет и существует индивид, состоит из черт индивида, не являющихся частью изменений здоровья или показателей здоровья.

Они могут включать: пол, расу, возраст; социальное окружение, образование, профессию; стиль жизни, привычки, воспитание; прошлый и текущий жизненный опыт (события в прошлом и настоящем); тип личности и характер, склонности; тренированность по отношению к физическим и психическим нагрузкам; другие (сопутствующие основным) изменения здоровья и другие характеристики, из которых все, или некоторые могут влиять на ограничения жизнедеятельности на любом уровне.

²⁹ Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2001. – 342 с.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Факторам, влияющим на развитие и здоровье детей школьного возраста посвящены многие исследования.

Их можно разделить на три группы: внешние, школьные и личностные факторы.

Основные факторы, влияющие на развитие человека, по мнению Ю.К. Бабанского это наследственность, среда (социальная, т. е. определяемая экономическими и политическими условиями, свойственными данной общественно-экономической формации, географическая среда, домашняя среда - ближайшее окружение ребенка) и воспитание³⁰.

В.П. Петленко определяет факторы, влияющие на здоровье человека здоровье и степень их влияния: человеческий фактор - 25%; экологический фактор - 25%; социально-педагогический фактор - 40%; медицинский фактор - 10%³¹.

М.М. Безруких выделяет две группы факторов риска для здоровья школьников: внешние и внутренние³².

К внешним факторам принято относятся социокультурные условия, в которых растет и развивается ребенок, экологические, внешнесредовые и педагогические факторы.

К числу внутренних факторов, как правило, относятся: генетические влияния, нарушения в раннем периоде развития, состояние здоровья, уровень функционального развития, мозговые дисфункции, степень зрелости структурно-функциональных систем мозга и сформированности высших психических функции.

В ряде случаев выделяются так называемые смешанные факторы, сочетающие и внешние, и внутренние влияния. Значимость функционального развития ребенка, необходимость учета индивидуальных особенностей его развития мы рассмотрим в следующих лекциях.

Неблагоприятные социальные, экономические и экологические условия жизни отрицательно влияют на рост, развитие и здоровье детей и оказывают влияние на развитие школьных трудностей. Однако изменение этих условия - длительный процесс, не подвластный ни учителю, ни родителям. Школьные факторы риска - это как раз те внешние факторы, которые можно изменить, снять или снизить их неблагоприятное влияние.

Комплекс школьных факторов риска (педагогических факторов) не только отражает рациональность и эффективность процесса обучения, но и оказывает влияние на рост, развитие и здоровье детей, успешность их обучения.

³⁰ Бабанский Ю.К. Оптимизация учебно-воспитательного процесса. – М.: Просвещение, 1982. – 192 с.

³¹ Петленко В.П. Основной закон валеологии // Здоровье и образование. Проблемы педагогической валеологии. - СПб., 1995. - С. 40- 42

³² Безруких М.М. Психофизиологические основы эффективной организации учебного процесса. Курс лекций. Лекция №2. – М.: Педагогический университет «Первое сентября», 2005. – URL:// <http://zdd.1september.ru/> (дата доступа 26.06.2023)

Школьные факторы риска - комплекс условий школьного обучения, вызывающих трудности обучения. К числу школьных факторов риска относятся: стрессовая тактика педагогических воздействий (микрострессы, связанные с постоянными замечаниями педагога, неудачами и т.п.), стресс связанный с ограничением времени учебной работы; интенсификация учебного процесса; несоответствие методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям детей; нерациональная организация учебного процесса; недостаточная грамотность педагога в вопросах возрастной физиологии, психофизиологии, охраны и укрепления здоровья.

Сила отрицательного воздействия школьных факторов риска на организм ребенка определяется тем, что они действуют комплексно, систематически и длительно (в течение 11 лет) в период интенсивного роста и развития ребенка, когда организм наиболее чувствителен к любым воздействиям (Рис. 2).



Рис. 2. Школьные факторы риска.

На разных этапах развития и разных этапах обучения меняются факторы, занимающие ведущее место в структуре причин, вызывающих школьные проблемы.

Так, в критические периоды (начало обучения, период полового созревания) наиболее значимыми являются физиологические, психофизиологические, состояние здоровья, в остальные - более значимы психологические, социальные факторы.

Функциональное развитие ребенка, его особенности, нарушения в развитии отдельных систем выделяются в качестве ведущих причин возникновения и развития школьных трудностей.

Среди учащихся, наиболее остро реагирующих на нерациональную и неэффективную организацию учебного процесса, можно выделить следующие группы детей: часто болеющие, леворукие, медлительные и гиперактивные. Именно у этих детей часты школьные проблемы, но в большинстве случаев

причинами возникновения трудностей является не неспособность этих детей хорошо учиться, а неадекватные требования учителей и условия обучения.

В педагогической литературе рассматриваются в основном те школьные трудности, которые связаны с самим ребенком, его развитием, состоянием, сформированностью функции, здоровьем и т.п. Эти внутренние причины привлекают внимание педагогов и родителей. Гораздо меньшее внимание руководители системы образования, педагоги и родители уделяют особенностям организации учебного процесса. Хотя учебный процесс, при котором не соблюдаются основные принципы эффективной организации, способен вызвать не менее серьезные трудности даже у очень способных и подготовленных к школе детей.

Одним из источников стресса в школьной жизни является жесткая агрессивная среда, конфликтные ситуации с педагогами и сверстниками, конфликты между родителями и школой, при которых страдающая сторона - ребенок. Специальные исследования Института возрастной физиологии РАО показывают, что микрострессы (которые по силе своего суммарного негативного влияния не уступают серьезным конфликтам) действуют практически ежеминутно. На обычном уроке в начальной школе педагог успевает сделать от 8 до 19 замечаний. А реплики типа «Ты опять не успел выполнить задание» (медлительному ребенку), «Ну что это за почерк», «Не стараешься», «Больше не буду проверять такие работы» (ребенку с расстройством психического здоровья или леворукому) обычны и типичны. В такой системе «педагогических пощечин» педагоги (и родители) не видят ничего особенного, так как и на более серьезные конфликты взрослые порой не обращают внимания.

Постоянный страх очередного унижения, упреки в несостоятельности - еще один источник стресса. А если учесть, что этот страх усиливается не столько от реальной несостоятельности ребенка, сколько от осознания того, что избежать конфликтной ситуации, избавиться от нее у ребенка нет никакой возможности, нетрудно представить себе силу воздействия таких ситуации.

Результаты исследований специалистов института возрастной физиологии показывают, что в классах с авторитарным, жестким, недоброжелательным педагогом текущая заболеваемость в 3 раза выше, а число вновь возникающих неврологических расстройств в 1,5-2 раза больше, чем в классах со спокойным, внимательным и доброжелательным педагогом (при прочих равных условиях обучения).

Ведущим стрессорным фактором в школе является ограничение времени, выделенного на работу. Физиологам хорошо известен негативный эффект ограничения времени в процессе любой деятельности. Это сильнейший стрессорный фактор, и именно в ситуации ограничения времени, постоянного цейтнота ребенок живет 11 школьных лет. Ограничение времени неизбежно приводит к снижению качества учебной работы, неудачам, заставляя ребенка испытывать чувство собственной несостоятельности и недовольство взрослых. При этом ограничение времени может быть связано как с увеличением объема и

интенсивности учебных нагрузок, так и с технологией и методикой обучения (об этом мы уже рассказали в первой лекции).

Вторым по значимости фактором риска, вызывающим повышенное функциональное напряжение, утомление и переутомление, которое также может привести к нарушению здоровья детей, выступает несоответствие методик и технологии обучения возрастным и функциональным возможностям учащихся. Фактически все то, что касается скоростных характеристик деятельности, и есть отражение несоответствия методики возрастным и функциональным возможностям ребенка. Ярким примером такого несоответствия может служить используемая в начальной школе методика обучения безотрывному письму. Эта методика не учитывает ни функциональную незрелость мышц, ни незаконченные процессы формирования костей кисти и фаланг пальцев, ни несовершенство нервно-мышечной регуляции графических движений. Эта методика нарушает психофизиологическую структуру письма, требует от ребенка выполнения биомеханически нецелесообразных движений, искусственно (из-за задержки дыхания) создает гипоксию. Результат такого несоответствия - не только плохой почерк, неэффективное и длительное формирование навыка письма, но и чрезмерное функциональное и эмоциональное напряжение, повышение тревожности, а нередко - невротоподобные и невротические расстройства.

Еще один фактор риска, приводящий к резкому ухудшению здоровья, - это интенсификация учебного процесса. Причем интенсификация идет различными путями. Первый - наиболее явный (открытый) - увеличение количества учебных часов (уроков, внеурочных занятий, факультативов и т.п.).

Второй (скрытый) вариант интенсификации учебного процесса - реальное уменьшение количества учебных часов при сохранении или увеличении объема учебного материала.

Высокая интенсивность учебного труда не позволяет варьировать обучение, учитывать индивидуальные особенности ребенка, оставлять резерв для организации щадящего режима, необходимого детям с отклонениями в состоянии здоровья (их более 80%). Отмечается высокая зависимость роста отклонений в состоянии здоровья от объема и интенсивности учебной нагрузки. Это доказывает, что ухудшение здоровья школьников в значительной мере связано с интенсификацией учебного процесса, перегрузками и переутомлением.

Для того, чтобы исключить или минимизировать негативное влияние школьных факторов риска, необходим комплекс мер по созданию здоровьесберегающей образовательной среды и здоровьесохраняющей организации учебного процесса³³.

Рассматривая факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на здоровье (патогенные факторы), в аспекте охраны здоровья учащихся Н.К. Смирнов разделяет их на 2 большие группы: факторы, потенциально оказывающие воздействие на здоровье школьников (общепатогенные факторы)

³³ Безруких М.М. Психофизиологические основы эффективной организации учебного процесса. Курс лекций. Лекция №2. – М.: Педагогический университет «Первое сентября», 2005. – URL:// <http://zdd.1september.ru/> (дата доступа 26.06.2023)

и факторы непосредственно связанные с образовательным процессом, образовательными учреждениями - «внутришкольные факторы»³⁴.

Автор приводит перечень нескольких общепатогенных факторов, наносящих вред здоровью всех граждан, в том числе и здоровью школьников, на которые указывают многие исследователи и практики.

1. Низкий уровень мотивации на сохранение и укрепление индивидуального здоровья.

2. «Забалтывание» проблемы здоровья.

3. Сужение понятия здоровья.

4. Воздействие неблагоприятных для здоровья экологических факторов.

5. Воздействие неблагоприятных для здоровья антропогенных и техногенных факторов.

6. Отсутствие целостной и целенаправленной системы формирования культуры здоровья населения.

7. Несовершенство законодательной, нормативно – правовой базы, регламентирующей деятельность по охране здоровья населения, в частности, детей и подростков школьного возраста.

8. Не сформированность культуры здоровья у учителей, неблагоприятное их состояния здоровья

Наряду с такими факторами, как генетическая обусловленность, неблагоприятные социальные, экологические условия развития и другие им подобные, неблагоприятное и существенное воздействие на здоровье школьников оказывает другая группа факторов – «внутришкольные», имеющие непосредственное отношение к проблеме здоровьесберегающих образовательных технологий.

Автор приводит перечень внутришкольных факторов, представляющих потенциальную угрозу для здоровья учащихся.

Гигиенические условия, факторы: шум; освещенность; воздушная среда; размер помещений, кубатура; дизайн, цвет стен (видеоэкологические факторы); используемые стройматериалы, краска; мебель: размеры, размещение в помещении; видеоэкранные средства – компьютеры, телевизоры; пищеблок: ассортимент, качество пищи, организация питания; качество питьевой воды, используемой в школе; экологическое состояние прилегающей к школе территории; состояние сантехнического оборудования.

Учебно-организационные факторы (зависящие в большей степени от администрации школы): объем учебной нагрузки, ее соответствие возрастным и индивидуальным возможностям школьника; расписание уроков, распределение нагрузки по дням, неделям, в учебном году; организационно-педагогические условия проведения урока (плотность, чередование видов учебной деятельности, проведение физкультминуток, упражнений для зрения и т.п.); объем физической нагрузки – по дням, за неделю, за месяц (на уроках физкультуры, на переменах, во внеучебное время); особенности устава школы и норм жизни школы;

³⁴ Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. - М.: АРКТИ, 2005. - 302 с.

медицинское и психологическое обеспечение школы; участие родителей учащихся в жизни школы; стиль управления администрации, характер отношений «по вертикали»; психологический климат педагогического коллектива, характер отношений «по горизонтали»; интегрированность школы в окружающий социум, влияние администрации района и других организаций на жизнь школы; наличие/отсутствие системы работы по формированию культуры здоровья и здорового образа жизни учащихся; позиция и уровень компетентности руководства по вопросам сохранения и укрепления здоровья учащихся.

Психолого-педагогические факторы (зависящие в большей степени от учителя; психологический климат в классе, на уроке, наличие эмоциональных разрядок; стиль педагогического общения учителя с учащимися; характер проведения опросов и экзаменов, проблема оценок; степень реализации учителем индивидуального подхода к ученикам (особенно, группы риска); особенности работы с «трудными подростками» в классе; ответственность используемых методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям школьников; степень ограничений в свободе естественных телесных, эмоциональных и мыслительных проявлений учащихся на уроках (и вообще во время пребывания в школе); личные, психологические особенности учителя, его характера, эмоциональных проявлений; состояние здоровья учителя, его образ жизни и отношение к своему здоровью; обременение учителя собственными проблемами, его способность психоэмоционального переключения; степень педагогической автономии и возможности инновационной деятельности учителя; профессиональная подготовленность учителя по вопросам здоровьесберегающих образовательных технологий.

В процессе учебно-воспитательной деятельности школы можно выделить критические точки, которые оказывают особое отрицательное влияние на здоровье детей.

Это: готовность ребенка к обучению и практика подготовки ребенка к школе; адаптация к школе; переход из начальной школы в основную;

Поступление в школу знаменует собой начало нового возрастного периода в жизни ребенка начало младшего школьного возраста, ведущей деятельностью которого становится учебная деятельность. Ученые, педагоги и родители прилагают максимум усилий к тому, чтобы сделать школьное обучение не только эффективным, но и полезным, приятным, желанным как для детей, так и для заботящихся о них взрослых. Особое внимание при этом уделяется здоровью учащихся, гармоничному развитию их личности.

Проблемой готовности к школьному обучению занимались многие ученые

В настоящее время большинство авторов представляют готовность ребенка к школе как совокупность следующих факторов:

- состояние соматического здоровья ребенка (в том числе уровень его физиологического развития);
- процессы приема и первичной переработки информации (состояние сенсорных систем);

- зрелость процессов регуляции, произвольной саморегуляции (эмоционально–личностной, двигательной, речевой, волевой);
- сформированность коммуникативных навыков (в общении с взрослыми и сверстниками);
- сформированность речи, мышления и других ВПФ (высших психических функций).

Существующая практика подготовки к школе отрицательно сказывается на желании многих детей учиться в школе. Они уже настолько перегружены информацией и утомлены «дошкольной учебой», что не хотят идти в школу. Известно, что из тех детей, которые прошли «жесткую» подготовку к школе в различного рода подготовительных группах, 80% не испытывают радости от того, что станут первоклассниками, а разрушение мотивации учения - уже серьезный фактор риска³⁵.

Таким образом, опора в готовности к школьному обучению лежит не в ранней интеллектуализации ребенка, а в полноте развития его физической, эмоциональной, личностной, мыслительной и регуляторной сфер. Такой подход соответствует естественным и природосообразным законам развития ребенка.

Адаптация к школе – «перестройка познавательной, мотивационной и эмоционально-волевой сфер ребенка при переходе к систематическому организованному школьному обучению».

Проблема адаптации детей к условиям обучения в начальной школе в настоящее время приобретает все большую актуальность.

Начало обучения в школе - новый этап в жизни ребенка. Изменяется вся его жизнь: новые контакты, новые условия жизни, принципиально новый вид деятельности, новые требования и т.д. Напряженность этого периода определяется, прежде всего тем, что школа с первых дней ставит перед учеником целый ряд задач, не связанных непосредственно с предшествующим опытом, требует максимальной мобилизации интеллектуальных, эмоциональных, физических резервов.

Обычные виды деятельности младшего школьника вызывают серьезное напряжение организма. Например, при чтении вслух обмен веществ возрастает на 48%, а ответ у доски, контрольные работы приводят к учащению пульса на 15-30 ударов, к увеличению систолического давления на 15-30 мм рт.ст., к изменению биохимических показателей крови и т.п.

Адаптация к школе (как и к любому другому фактору) - довольно длительный процесс, проходящий через ряд этапов.

Первый этап - ориентировочный, когда в ответ на комплекс новых воздействий происходят бурная реакция и значительное напряжение практически всех систем организма. Эта «физиологическая буря» длится две-три недели.

Второй этап - неустойчивое приспособление, когда организм находит какие-то рациональные варианты реакций на эти воздействия. На этом этапе «цена адаптации» снижается, «буря» начинает затихать.

³⁵ 27. Безруких М.М. Портрет будущего первоклассника / М.М. Безруких. // Дошкольное воспитание, 2003. - № 4. - С.70.

Третий этап - период относительно устойчивого приспособления, когда организм находит наиболее приемлемые варианты реагирования на нагрузку, требующие меньшего напряжения всех систем.

Продолжительность всех трех фаз адаптации приблизительно 6-8 недель, т.е. у первоклассников обычно этот период занимает всю 1 четверть учебного года, а наиболее сложными становятся 1-4 недели³⁶.

Следующим аспектом, на который следует обратить внимание, является неблагоприятный результат адаптационного процесса, причины, приводящие к так называемой дезадаптации.

Согласно определению, сформулированному В.В. Коганом, «школьная дезадаптация - психогенное заболевание или психогенное формирование личности ребенка, которое нарушает его объективный и субъективный статус в школе и семье и затрагивает учебную и внеучебную активность ученика»³⁷.

С этим понятием связывают отклонения в школьной деятельности - затруднения в учебе, конфликты с одноклассниками и т. д. Эти отклонения могут быть у психически здоровых детей или у детей с разными нервно-психическими расстройствами, но не распространяются на детей, у которых нарушения учебной деятельности вызваны олигофренией, органическими расстройствами, физическими дефектами.

Школьная дезадаптация - это образование неадекватных механизмов приспособления ребенка к школе в форме нарушений учебы, поведения, конфликтных отношений, психогенных заболеваний и реакций, повышенного уровня тревожности, искажений в личностном развитии.

Помимо понятия «школьная дезадаптация» в литературе встречаются термины «школьная фобия», «школьный невроз», «дидактогенный невроз». Как правило, школьные неврозы проявляются в беспричинной агрессивности, боязни ходить в школу, отказе посещать уроки и т. д. Чаще наблюдается состояние школьной тревожности, которая проявляется в волнении, повышенном беспокойстве в учебных ситуациях, ожидании плохого отношения к себе, отрицательной оценки со стороны педагогов, сверстников.

Особое беспокойство вызывает переход ученика из начальной школы в 5 класс. Необходимо устранить противоречие между условиями, в которые попадает ребенок (увеличивающийся объем нагрузок, вербальные методы обучения, отсутствие единых требований к учащимся со стороны учителей), и возможностями школьника этого периода развития. Многие учителя даже не имеют представления о том, что время обучения в 5-6 классах совпадает с первым, самым острым, но скрытым от внешнего взора, процессом полового созревания ребенка, и что этот период его жизни связан с некоторым «откатом» в развитии: уменьшается скорость чтения, письма, увеличивается время выполнения любой учебной задачи. Ребенок становится зачастую резким,

³⁶ Безруких М.М. Психофизиологические основы эффективной организации учебного процесса. Курс лекций. Лекция №2. – М.: Педагогический университет «Первое сентября», 2005. – URL:// <http://zdd.1september.ru/> (дата доступа 26.06.2023)

³⁷ Каган В.Е. Психогенные формы школьной дезадаптации / В.Е. Каган // Вопросы психологии. 1984. № 4. С.21-25.

несдержанным, капризным, неадекватно реагирует на замечания взрослых и сверстников. Опасность здесь в том, что при неблагоприятных условиях этап адаптации к новой ситуации обучения идет болезненно и может затянуться. Значит, нужно изменять особенности организации обучения в 5-6 классах (особенно в 5-ом), пересматривать содержание обучения, отрабатывать требования к средствам обучения, в том числе к учебникам, осуществлять их преемственность с учебниками начальной школы. Необходима соответствующая нормативная база, новые методические письма, раскрывающие особенности детей этого возраста и специфику их обучения в этот особый возрастной период.

Ряд авторов, помимо традиционных факторов риска нарушения здоровья детей и подростков (общепатогенные, социальные, школьные) выделяют факторы риска, имеющие поведенческую основу личности.

А.И. Федоров в своей статье «Поведенческие факторы здоровья и физической активности подростков: гендерный аспект» рассматривает поведенческие факторы здоровья детей и подростков, которые характеризуют отношение индивида к своему здоровью. Это самооценка здоровья, медицинская информированность, место здоровья в системе жизненных ценностей, наличие вредных привычек, экологические установки, влияние стрессогенных факторов, физическая активность³⁸.

Самооценка здоровья подростков. Отношение человека к своему здоровью обусловлено объективными и субъективными факторами и проявляется в действиях, поступках, выражается мнениями и суждениями относительно причин, влияющих на его физическое и психическое благополучие. Отношение человека к здоровью включает в себя субъективную оценку или самооценку человеком своего физического и психического состояния. Самооценка человеком своего состояния является своеобразным индикатором и регулятором поведения.

Установлено, что показатели самооценок здоровья у девочек и девушек достоверно ниже, чем у мальчиков и юношей того же возраста. Для девушек в большей степени характерны различные жалобы на состояние здоровья, недомогания и психосоматические расстройства. В частности, установлено, что 15-летними девушками чаще, чем юношами, отмечены жалобы и недомогания. Показатели самооценок физической подготовленности и уровня знаний в области физической культуры у девочек и девушек также достоверно ниже, чем у мальчиков и юношей того же возраста.

Медицинская информированность подростков. Поведение подростков в контексте здоровья в значительной мере связано с уровнем их медицинской информированности. Медицинская информированность характеризуется знаниями подростка: о вреде для здоровья некоторых привычек, о факторах риска наиболее распространенных заболеваний, о перенесенных заболеваниях, об особенностях своего организма в связи с противопоказанием приема тех или иных лекарств, о правилах оказания

³⁸ Федоров А. И. Поведенческие факторы здоровья подростков: гендерный аспект. - Челябинск, 2007

первой медицинской помощи. Кроме того, показатель медицинской информированности характеризует эффективность профилактической деятельности системы здравоохранения.

Для российских подростков характерен более низкий уровень показателей медицинской информированности по сравнению с их зарубежными сверстниками; для мальчиков и юношей характерен более низкий уровень медицинской информированности, чем для девочек и девушек того же возраста.

Место здоровья в системе жизненных ценностей подростков. Результаты ранее проведенных социологических исследований свидетельствуют о том, что в системе жизненных ценностей индивида здоровье как базовая ценность, занимает 3-5 место после «семьи», «работы». В условиях современной социально-экономической ситуации ценность здоровья все в большей степени приобретает инструментальный характер. Это связано также с тем, что при низких стартовых возможностях вхождения в рыночные отношения у большинства населения нашей страны идет эксплуатация наиболее доступного ресурса, а у детей, подростков и молодежи нередко и единственного ресурса – своего здоровья^{39 40}.

Наличие у подростков вредных привычек.

Курение. Многократно подтвержден вывод – курение вредно, особенно в детском и подростковом периоде. Кроме того, установлено, что, во-первых, именно в детском и подростковом возрасте вред от курения наибольший; во-вторых, курение, как правило, становится первой формой девиантного поведения, с которой впоследствии сочетается употребление алкоголя, а в ряде случаев – и наркотиков.

Употребление алкогольных напитков. Установлено, что к семнадцатилетнему возрасту практически все подростки имеют опыт употребления алкогольных напитков, а некоторые подростки (даже 11-летние) несколько раз бывали по-настоящему пьяными.

Особо следует отметить, что «критическим» возрастом в плане приобщения подростков к употреблению алкогольных напитков является возраст 13-14 лет. Анализ результатов ранее выполненных исследований свидетельствует о том, что для российских пятнадцатилетних подростков характерно увеличение степени приобщенности к употреблению алкогольных напитков (уровень употребления алкогольных напитков различной крепости российскими подростками увеличился в 1,8-2,5 раза)⁴¹.

Употребление наркотических веществ. В ходе исследований, направленных на изучение особенностей употребления детьми и подростками наркотических веществ, установлено, что употреблению

³⁹ Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. – М.: Изд-во Института социологии РАН, 2002. – 240 с.

⁴⁰ Здоровье и поведение школьников: Социально-педагогический мониторинг здоровья, физической активности и образа жизни школьников: Уральский федеральный округ / Сост. А.И.Федоров, С.Б.Шарманова. – Челябинск: УралГАФК, ЧГНОЦ УрО РАО, 2004. – 88 с.

⁴¹ Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. – М.: Изд-во Института социологии РАН, 2002. – 240 с.

наркотиков обычно предшествует курение и употребление алкогольных напитков (чем раньше подросток начинает курить, тем выше вероятность того, что в будущем он приобщится к наркотикам). Установлено также, что в последние 3-5 лет среди подростков в возрасте 13-15 лет увеличилась распространенность употребления наркотических веществ, алкогольных напитков и курения, объединенных общим названием психоактивных веществ. Так, уровень распространенности ежедневного курения увеличился в 1,4 раза, уровень алкоголизации – в 1,8 раза, уровень наркотизации – в 3,0 раза.

Влияние стрессогенных факторов. В социологическом плане стресс у подростков связан с особенностями взаимоотношений со своими сверстниками, учителями, родителями, удовлетворенностью своей жизнью. Преобладание негативных переживаний приводит к возникновению у подростков состояния тревожности и растерянности, что может спровоцировать возникновение серьезных отклонений в физическом и психическом состоянии, возникновение болезней.

В ходе исследования установлено, что около половины подростков во всех возрастных группах хотя бы один раз в месяц испытывают состояние нервного напряжения. В группах ниже, чем у девочек и девушек того же возраста.

Физическая активность детей и подростков. Понятие «физическая активность» трактуется как деятельность индивида, направленная на достижение физического совершенства, и характеризуется конкретными качественными и количественными показателями. Физическая активность в большей степени отражает социально мотивированное отношение человека к физической культуре. Физическая активность должна рассматриваться как главная сфера формирования физической культуры личности. Социальный аспект проблемы формирования физической активности школьников связан с тем, что воздействие природных факторов на развитие физического потенциала подростков имеет объективный характер, но его специфика состоит в том, что оно может усиливаться или ослабевать в зависимости от активности самого человека.

Установлено, что в целом для девочек и девушек характерен более низкий уровень физической активности, чем для мальчиков и юношей того же возраста. Это не позволяет добиться развивающего (тренирующего) эффекта занятий физическими упражнениями.

О.В. Шиняева в статье «Здоровье в системе ценностных ориентаций студентов» рассматривает здоровье как ценность и модели поведения молодежи, которые формируют здоровье⁴².

Автор отмечает, что конец XX и начало XXI веков в России стал периодом превращения общечеловеческих целевых ценностей в

⁴² Шиняева О.В. Здоровье в системе ценностных ориентаций студентов // Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции «Физическая культура и спорт в контексте общекультурного и нравственного воспитания студентов. – Ульяновск: УлГТУ, 2006. – С.261-265. 223

инструментальные. Это одна из сторон духовного кризиса, которая отчетливее всего проявилась в ценностном сознании нового поколения.

Благополучие и работа из самоценных смыслов жизни превратились в нормы поведения для поддержания существования. Инструментализации были подвержены и другие ценности, которые по своей сути более духовны, чем работа, образование и самовыражение.

Стремления нового поколения россиян к высокому социальному статусу не сопряжены с адекватными представлениями о серьезной профессиональной подготовке и личностном развитии, также как и желание быть здоровым, не соединено с идеями самосохранения и саморазвития. Это еще одна черта духовного кризиса и экзистенциального неблагополучия молодых людей, вступающих в жизнь на пороге нового тысячелетия. Здоровье в структуре ценностного сознания новых поколений стабильно находится рядом с ядром - в «структурном резерве». Это означает, что в качестве необходимой жизненной ценности здоровье признают только половина студентов.

Молодые люди вообще реже ценят здоровье, полагая, что природа сделала им подарок на всю жизнь. Они не задумываются о факторах, укрепляющих или разрушающих их социобиологическое благополучие, если не вовлечены в специальную работу по формированию культуры здоровья. Так что представления молодых людей об этой ценности - это еще и показатель эффективности воздействия наставников (прежде всего преподавателей) на знания и умения детей.

Типичная мотивация молодежи в сфере здоровья связана с желаниями «быть здоровым», «долго прожить», «быть внешне привлекательным», «стать сильным». А такие мотивы как «развивать волю и силу духа», «достичь намеченной цели», «быть активным» распространены значительно реже.

Очевидно, что привлекательность здоровья связывается молодыми людьми больше с внешней стороной, а не с внутренними, морально-волевыми качествами. Налицо та же проблема, которая проявилась среди взрослого населения, - противоречие между сознанием и поведением. Молодое поколение подхватило ценности здоровья, но без личностного осмысления и переживаний, только потому, что это считается нормальным, достойным разумного существования.

Такое принятие ценностей не способствует повышению уровня осознанного самосохранительного поведения подрастающего поколения. Это подтверждают представления студентов о способах поведения, которые позволят укрепить здоровье. Большинство молодых людей ответили, что для укрепления здоровья необходимо заниматься спортом, избавиться от вредных привычек, соблюдать режим питания. И лишь всего 5% сказали, что стремились бы к осмысленной жизни; наконец, никто не выразил желания более эффективно и грамотно формировать свой имидж, отношения с другими людьми, устойчивость положительных эмоций и хорошие волевые качества.

Самым сложным шагом в сохранении, развитии здоровья является осознанная деятельность самого человека, основанная на волевых усилиях.

Ни одна из учебных программ средней школы и вуза не учит формировать волю, не содержит практических тренингов выработки морально-волевых усилий. От того даже те молодые люди, которые хотели бы остаться здоровыми, часто меняют самосохранительное поведение на саморазрушительное.

Ю.В. Науменко, рассматривая личностный опыт «быть здоровым», выделяет в нем следующие компоненты: знаниевый, культурологический, развивающий, личностный и компетентностный⁴³.

Наряду с другими компонентами формирования личностного опыта «быть здоровым» автор обращает внимание на формирование личностного компонента в процессе здоровьесберегающей деятельности.

По мнению Ю.В. Науменко, его реализация должна привести к актуализации следующих базовых личностных функций школьников: а) избирательность (ревизия) чужого и собственного опыта жизнедеятельности на предмет его ценности в сравнении с социокультурным содержанием феномена «здоровье»; б) рефлексия собственной жизненной ситуации, самооценка своего поведения, статуса в коллективе, коммуникативной и деловой успешности и т.п. на соответствии их сущности феномена «здоровье» (состояние благополучия физического, душевного и социального); в) соотнесение текущего опыта со стратегическими ценностями и планами личности - достижение и поддержание состояния «здоровье» как благополучия физического, душевного и социального; г) саморегуляция и ответственные решения в разнообразных жизненных ситуациях с целью избежания нарушения своего здоровья во всех его формах (или минимизации последствий возможных негативных воздействий окружающей социокультурной среды); д) потребность в самореализации через творчество и выход за пределы традиционности при проектировании индивидуальной стратегии жизнедеятельности на основе социокультурного содержания феномена «здоровье»; е) умение быть свободным, самостоятельным, независимым от внешних авторитетов и ориентация в принятии жизненно важных решений на индивидуальные особенности и необходимость сохранения и поддержания своего здоровья (физического, душевного и социального).

То есть реализация данного компонента здоровьесформирующего образования должна привести к формированию здоровьесберегающего поведения личности⁴⁴.

Безусловно, ухудшение состояния здоровья школьников, нельзя связывать с негативным влиянием какой то одной группы факторов. На здоровье школьников может оказывать влияние целый комплекс факторов риска. Но все же основной задачей образовательного учреждения является исключение или минимизация негативного влияния на здоровье детей «школьных факторов риска», так как повлиять на социально-экономические, экологические и другие общепатогенные факторы школа не в состоянии.

⁴³ Науменко Ю.В. Моделирование здоровьесформирующего образования // Вопросы образования, 2007. - № 2. – С. 140-160

⁴⁴ Науменко Ю.В. Моделирование здоровьесформирующего образования // Вопросы образования, 2007. - № 2. – С. 140-160

Поэтому буквально смысл здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения заключается в том, чтобы, учитывая неизбежные факторы риска для здоровья детей, ослаблять их вредное воздействие и избавляться от устранимых факторов.

Исходя из вышеизложенного, мы сформулировали понятия: «здоровьесберегающая деятельность в широком смысле», «здоровьесберегающая деятельность образовательной организации» и «здоровьесберегающая деятельность учителя».

- ✓ *В широком смысле здоровьесбережение можно рассматривать как процесс сохранения и укрепления здоровья граждан, реализуемый различными субъектами (государством в лице органов государственной власти и местного самоуправления, организациями, их должностными лицами, самими гражданами), включающий в себя совокупность мер политического, экономического, правового, социального, медицинского и иного характера, направленный на формирование осознания высокой ценности своего здоровья и здоровья окружающих.*
- ✓ *Здоровьесберегающая деятельность образовательной организации - единая система действий медицинских, педагогических работников, родительской общественности и всех заинтересованных структур, направленной на создание условий, гарантирующих охрану и укрепление физического, психического и социального здоровья обучающихся во время их обучения в общеобразовательной организации.*
- ✓ *Здоровьесберегающую деятельность учителя как практические действия, направленные на передачу социокультурного опыта на основе создания адекватных возрастным, индивидуальным особенностям детей условий, требований, методов, методик обучения и воспитания, формирование у детей здоровьесберегающего поведения, личного опыта «быть здоровым».*

В данном аспекте здоровьесберегающую деятельность можно рассматривать как системное понятие.

Составляющими здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения являются:

1. Создание здоровьесберегающих условий обучения;
2. Здоровьесберегающая педагогическая деятельность учителей (учителей предметников, учителей физической культуры физической культуры, внеклассная работа по здоровьесбережению (физкультурно – оздоровительная, обучение культуре здоровья), взаимодействие с семьей по вопросам здоровьесбережения);
3. Формирование школьных структур, курирующих здоровьесберегающую деятельность;
4. Разработка и реализация программ здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений;
5. Мониторинг состояния здоровья учащихся и условий обучения с целью принятия адекватных управленческих решений;

6. Исследования в области здоровьесберегающего образования;

7. Оздоровительная работа с учащимися, имеющих отклонения в состоянии здоровья.

Наиболее важным направлением здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения является деятельность педагогов в этом направлении.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Айзман Р. И. Мельникова М. М., Л. В. Косованова Здоровьесберегающие технологии в образовании: учебное пособие для вузов - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : Издательство Юрайт, 2023. - 282 с.

2. Безруких М.М., Сонькин В.Д., Фарбер Д.А. Возрастная физиология (физиология развития ребенка) : учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальностям «Дошкольная педагогика и психология»; «Педагогика и методика дошкольного образования». - 3-е изд., стер. - Москва: Академия, 2008. - 412 с.

3. Зайцева В.В., Сонькин В.Д. Такие разные дети: шаги физ. развития. - Екатеринбург: У-Фактория, 2006 (Екатеринбург: ИПП «Уральский рабочий»). - 285 с.

4. Здоровьесберегающая деятельность школы: мониторинг эффективности: методические рекомендации для педагогов и руководителей общеобразовательных учреждений / Ю. В. Науменко. - Москва: Глобус, 2009. - 124 с.

5. Казин Э.М. и др. Здоровьесберегающая деятельность в системе образования: теория и практика: учебное пособие: Российская акад. образования, Кемеровский гос. ун-т, Департамент образования и науки Кемеровской обл., Кузбасский региональный ин-т повышения квалификации и переподготовки работников образования, Кемеровский областной психолого-валеологический центр. - 3-е изд., перераб. - Москва: Изд-во Омега-Л, 2013. - 443 с.

6. Кучма В.Р. Основы формирования здоровья детей: учебник для студентов образовательных учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по направлению «Педиатрия»: М-во здравоохранения Российской Федерации, Гос. бюджетное образовательное учреждение высш. проф. образования Первый Московский гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2016. - 315 с.

7. Кучма В.Р. Основы формирования здоровья детей: учебник для студентов образовательных учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по направлению «Педиатрия»: М-во здравоохранения Российской Федерации, Гос. бюджетное образовательное учреждение высш. проф. образования Первый Московский гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2016. - 315 с.

8. Лисицин Ю.П., Ступаков И.Н. Здоровый образ жизни. - Москва: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2008. - 75 с.
9. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2001. – 342 с.
10. Митина, Л. М., Митин Г.В., Анисимова О.А. Профессиональное здоровье педагога: учебное пособие для вузов. - 2-е изд., доп. - Москва : Издательство Юрайт, 2023. - 379 с.
11. Распоряжение Правительства РФ от 23 января 2021 г. № 122-р «Об утверждении план основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, на период до 2027 года - URL: <https://docs.cntd.ru/document/573461456> (дата обращения: 24.06.2023).
12. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. - М.: АРКТИ, 2005. - 302 с.
13. Указ Президента РФ от 1 декабря 2016 г. № 642 «О Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации». - URL: <https://internet.garant.ru/#/document/71551998/paragraph/1:1> (дата обращения: 24.06.2023).
14. Устав (Конституция) Всемирной Организации здравоохранения //ВОЗ. Основные документы. – 39-изд. / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1995, 208 с.
15. Шатохина Л.Ф. Обучение здоровью: Методические рекомендации по организации учебного процесса. - М., 2005. - 73 с.
16. Школьная медицина: учебное пособие/ коллектив авторов; под ред. Р.И. Айзмана. – Москва: КНОРУС, 2023. – 294 с.