

Министерство образования и науки Российской Федерации
ФГАОУ ВПО «Российский государственный
профессионально-педагогический университет»

Н. В. Третьякова

**ФОРМИРОВАНИЕ ГОТОВНОСТИ УЧАЩИХСЯ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ
К ЗДРАВСТВЕННОМУ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Монография

Научный редактор доктор педагогических наук,
профессор В. А. Федоров

Екатеринбург
РГППУ
2014

УДК 371.7
ББК Ч400.55
Т 66

Третьякова, Наталия Владимировна.

Т 66 Формирование готовности учащихся образовательных организаций к здоровотворческой деятельности: монография / Н. В. Третьякова; под науч. ред. В. А. Федорова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2014. 159 с.
ISBN 978-5-8050-0551-1

Представлены результаты исследования по научному обоснованию общих теоретических подходов и технологий формирования готовности учащихся образовательных организаций к здоровотворческой деятельности.

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

УДК 371.7
ББК Ч400.55

Рецензенты: доктор биологических наук, профессор А. С. Розенфельд (ФГАОУ ВПО «Российский государственный профессионально-педагогический университет»); кандидат педагогических наук, доцент Т. В. Кузовкова (Управление образования администрации Новоуральского городского округа)

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ и правительства Свердловской области в рамках проекта проведения научных исследований «Разработка модели управления качеством здоровьесберегающей деятельности» № 14–16–66019.

ISBN 978-5-8050-0551-1

© ФГАОУ ВПО «Российский
государственный профессионально-
педагогический университет», 2014

Оглавление

Введение	5
Глава 1. Готовность учащихся к здоровотворчеству в системе здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.....	8
1.1. Состояние здоровья детей, подростков и учащейся молодежи: статистика и тенденции развития	8
1.2. Основные направления и современные концепции сохранения здоровья субъектов образовательного процесса.....	23
1.2.1. Концепция личностно ориентированного образования в валеологически направленных педагогических системах Л. Г. Татарниковой.....	26
1.2.2. Концепция формирования здорового образа жизни субъектов образовательного процесса в системе «школа – вуз» Н. П. Абаскаловой.....	31
1.2.3. Концепция педагогической системы школы здоровья В. Н. Ирхина	38
1.2.4. Концепция формирования здорового образа жизни субъектов педагогического процесса в системе современного общего образования Т. Ф. Ореховой.....	44
1.2.5. Акмеовалеологический подход к формированию индивидуальной стратегии здорового образа жизни субъектов образовательного процесса А. Г. Маджуги.....	51
1.3. Готовность учащихся к здоровотворчеству как системообразующий фактор и результат здоровьесберегающей деятельности.....	57
Глава 2. Теоретико-методологические ориентиры проектирования модели формирования готовности учащихся к здоровотворческой деятельности.....	69
2.1. Концепция формирования готовности учащихся к здоровотворческой деятельности	69
2.2. Модель готовности учащегося образовательной организации к здоровотворческой деятельности	75
2.3. Педагогические условия формирования готовности учащихся к здоровотворческой деятельности.....	88

2.3.1. Нормативно-правовые условия здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.....	93
2.3.2. Средовые условия здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.....	104
2.3.3. Личностные условия здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.....	109
2.3.4. Организационно-педагогические условия здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.....	115
Заключение.....	136
Библиографический список.....	137

Введение

Здоровье детей, являясь важной составляющей как социально-культурного, так и экономического развития страны, выступает показателем стабильности и благополучия общества в целом. Сегодня состояние здоровья детей и подростков представляет собой серьезную медико-социальную проблему. Сложившаяся неблагоприятная тенденция, связанная со значительным снижением численности данной категории населения, ухудшением соматического, психического и репродуктивного здоровья детей, требует реализации долгосрочной программы мероприятий и продуманной государственной политики, направленных на повышение качества жизни и охрану здоровья подрастающего поколения. Необходимо создание наилучших условий для сохранения здоровья детей, формирования у них устойчивых стереотипов здорового поведения, повышения их социальной адаптированности в современных условиях жизнедеятельности.

Особая роль в решении этих проблем отводится системе образования. Именно на образование как на целостную структуру, обеспечивающую социализацию личности, ложится задача сохранения физического, психического и духовно-нравственного здоровья подрастающего поколения. Воспитание человека в духе ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих как наивысшей социальной ценности заявлено в качестве важнейшей задачи российской системы образования (Национальная доктрина развития образования в Российской Федерации на период до 2025 г., Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г.).

Вопросам обеспечения охраны здоровья учащихся образовательных организаций посвящены многие психолого-педагогические труды. Подходы к пониманию здоровья, причин и механизмов его формирования, сохранения и укрепления, а также вопросы диагностики и мониторинга рассмотрены в работах Р. И. Айзмана, Г. Л. Апанасенко, И. И. Брехмана, Э. М. Казина, В. П. Казначеева, Л. А. Семенова, Д. З. Шибковой, А. Г. Щедриной и др. Вопросы формирования психического и нравственного здоровья детей и подростков освещены в трудах Б. Г. Ананьева, Б. Ф. Базарного, С. М. Громбаха, Е. П. Ильина, В. Е. Кагана и др. Исследования по созданию индивидуальных программ обеспечения здоровья учащихся проведены Н. Г. Блиновой, Э. М. Казиным, Н. А. Литвиновой, Н. К. Смирновым и др. Теоретические аспекты

формирования валеологической культуры, здоровьесозидающего поведения отражены в научных работах Н. П. Абаскаловой, Э. Н. Вайнера, Г. К. Зайцева, В. В. Колбанова, Н. Н. Малярчук, Т. М. Резер, Л. Г. Татарниковой и др. В. К. Бальсевич, М. М. Безруких, Г. И. Зайцев, Н. Н. Куринджи, Л. И. Лубышева, Н. Н. Манжелей, Н. М. Полетаева, Т. М. Резер, Н. К. Смирнов, В. М. Чимаров и др. исследуют особенности валеологического содержания образования, в том числе через физическую культуру, раскрывают практику внедрения здоровьесберегающих технологии в образовательный процесс.

Сегодня от образовательных организаций требуется не только создание и поддержание соответствующих санитарно-гигиенических условий обучения, но и наряду с деятельностью по охране здоровья формирование у субъектов образовательного процесса здоровьесберегающих ценностных ориентаций, воспитание ответственности за собственное здоровье. Важны процессы передачи обучающимся и закрепления у них опыта здоровьесберегающей деятельности, формирования мотивации к активному поиску оптимальных стратегий, направленных на актуализацию своего здоровьесберегающего потенциала. Сюда же относится обучение организации здорового образа жизни, выработка здравотворческой личностной позиции, т. е. формирование готовности к здравотворчеству – системообразующему фактору и результату всей здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций. В связи с этим возникает необходимость установления оценочных характеристик, отражающих готовность к здравотворчеству, и раскрытия педагогических условий, механизмов и технологии ее формирования и оценивания.

Актуальность настоящей работы определяется:

- на социально-педагогическом уровне – несоответствием между необходимостью сохранения здоровья детей и их недостаточной готовностью к здравотворческой деятельности как системообразующему фактору и результату всей здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций;
- на научно-теоретическом уровне – противоречием между необходимостью формирования готовности к здравотворческой деятельности и отсутствием в педагогической науке и практике теоретических представлений о ее сущности, структуре, критериях и уровнях сформированности;
- на научно-методическом уровне – противоречием между существующими требованиями к осуществлению здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций, нацеленной на формирование

здоровьесберегающей личностной позиции учащихся, и отсутствием модели ее формирования, а также неразработанностью педагогических условий, способствующих эффективной реализации этой модели.

В соответствии с выделенными противоречиями *проблема* настоящего исследования заключается в теоретико-методологическом обосновании и разработке модели формирования готовности учащихся к здоровьесберегающей деятельности, а также педагогических условий обеспечения ее реализации.

Цель исследования, таким образом, состоит в теоретико-методологическом обосновании и разработке модели и комплекса педагогических условий формирования готовности учащихся к здоровьесберегающей деятельности.

Объектом исследования выступает процесс здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.

Предметом исследования является комплекс педагогических условий формирования готовности учащихся образовательных организаций к здоровьесберегающей деятельности.

Задачи исследования:

- проанализировать предпосылки исследуемой проблемы в педагогической теории и практике;
- провести анализ исходных понятий проблемы готовности учащихся к здоровьесберегающей деятельности; выявить структуру данной готовности, ее критерии, уровни сформированности и средства формирования;
- обосновать и разработать модель формирования готовности учащихся к здоровьесберегающей деятельности;
- обосновать комплекс педагогических условий, обеспечивающих реализацию модели формирования готовности учащихся к здоровьесберегающей деятельности.

Структура работы выстроена в соответствии с этими задачами.

В первой главе рассматривается состояние здоровья детей и тенденции его развития на основе статистических данных об уровне детско-подростковой заболеваемости. Раскрывается динамика развития здоровьесбережения образовательных организаций, устанавливается сущность данного вида образовательной деятельности.

Во второй главе дается характеристика педагогических условий, от которых, как показала опытно-поисковая работа, непосредственно зависит результативность здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.

Глава 1. ГОТОВНОСТЬ УЧАЩИХСЯ К ЗДРАВСТВУ В СИСТЕМЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

1.1. Состояние здоровья детей, подростков и учащейся молодежи: статистика и тенденции развития

Состояние здоровья детей является важнейшим показателем благополучия общества и государства. В настоящее время в России остро стоит проблема сохранения и укрепления здоровья детей, подростков и учащейся молодежи, что связано со значительным снижением численности данной категории населения, ухудшением соматического, психического и репродуктивного здоровья подрастающего поколения. Так, за последние 10 лет число детей¹ уменьшилось на 9,1 млн чел., при этом наиболее значительно (на 8,1 млн чел.) снизилась численность детей подросткового возраста (10–17 лет) [22, с. 22].

Согласно исследованиям, проведенным Независимым институтом социальной политики совместно с Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ), в условиях социально-экономической нестабильности за последние 10–15 лет в состоянии здоровья российских детей и подростков сформировались устойчивые негативные тенденции: распространение факторов риска, ухудшающих здоровье и развитие, увеличение заболеваемости и рост инвалидности [13].

Неуклонный рост заболеваемости детей по всем классам болезней на протяжении последних 20 лет констатирует Федеральная служба государственной статистики (ФСГС). Так, за период 1990–2011 гг. общий рост заболеваемости детей в возрасте до 14 лет составил 68,4 %: в 1990 г. было зарегистрировано 113 524,8 больных впервые в жизни установленным диагнозом, в 2011 г. – 191 265,3 на 100 тыс. детей [168, с. 284]. Динамика заболеваемости показана на рис. 1.

Значительный рост заболеваемости (число зарегистрированных больных впервые в жизни установленным диагнозом на 100 тыс. чел.) отмечается по следующим классам болезней [168, с. 284–285]:

- болезни системы кровообращения – 373,4 % (1990 г. – 191,5; 2011 г. – 906,7);

¹ Ребенок – лицо до достижения им возраста 17 лет, 11 месяцев, 29 дней.

- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 366,2 % (1990 г. – 842,9; 2011 г. – 3929,9);
- врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения – 345,8 % (1990 г. – 269,7; 2011 г. – 1202,4);
- новообразования – 341,2 % (1990 г. – 104,3; 2011 г. – 460,2);
- болезни мочеполовой системы – 314,0 % (1990 г. – 769,9; 2011 г. – 3187,5);
- болезни крови и кроветворных органов – 304,5 % (1990 г. – 410,7; 2011 г. – 1661,6);
- болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета – 215,6 % (1990 г. – 540,2; 2011 г. – 1705,0);
- болезни органов пищеварения – 110,6 % (1990 г. – 3873,0; 2011 г. – 8159,0).

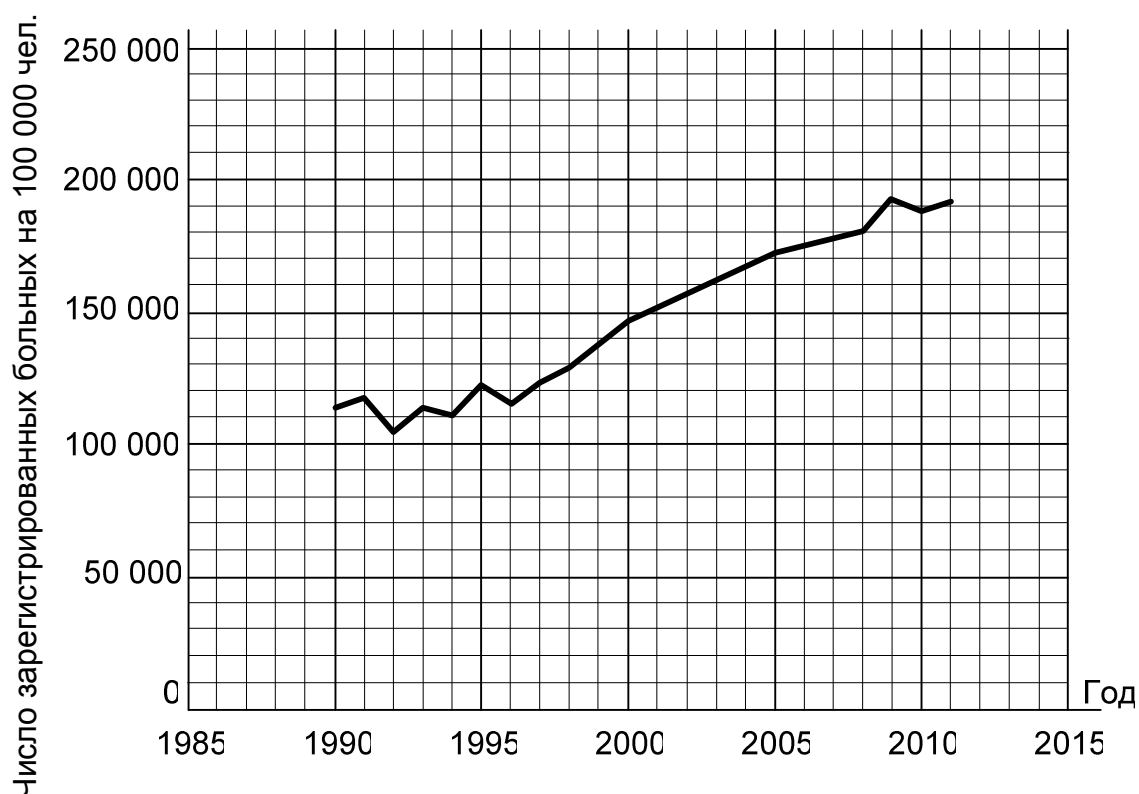


Рис. 1. Общая заболеваемость детей в возрасте до 14 лет в 1990–2011 гг. (число зарегистрированных больных впервые в жизни установленным диагнозом на 100 000 чел.)

Наибольшую долю в общей заболеваемости детей составляют болезни органов дыхания (1990 г. – 78 294 случая, 2011 г. – 120 336,7 случая на 100 тыс. детей; прирост – 54 %) [168, с. 284].

На рис. 2 отражена структура патологии, выявляемой у детей в возрасте до 14 лет на начало 2012 г. Ведущие ранговые места занимают болезни органов дыхания, пищеварения, кожи. В ранговом распределении поднялись вверх болезни нервной, мочеполовой систем, костно-мышечной системы и соединительной ткани.

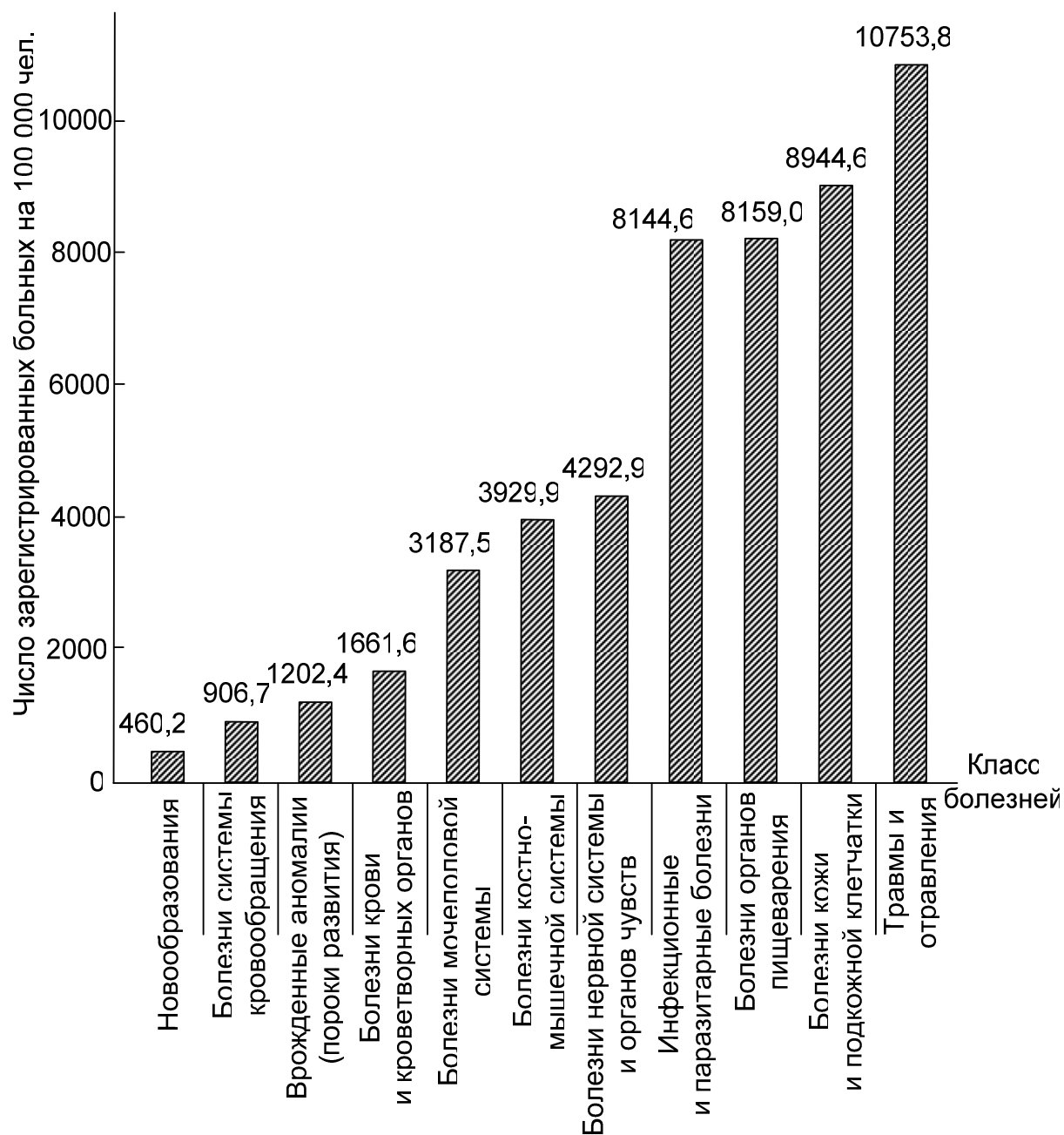


Рис. 2. Показатели заболеваемости детей в возрасте до 14 лет по основным классам болезней в 2011 г. (число зарегистрированных больных впервые в жизни установленным диагнозом на 100 000 чел.)

Важным индикатором ухудшения состояния здоровья детей является рост числа детей-инвалидов. Так, детей-инвалидов в возрасте до 16 лет (данные ФСГС о числе получавших социальные пенсии) в 1980 г. насчитывалось 53 тыс. чел., в начале 2012 г. – 560 тыс. чел. [168, с. 286]. Рост числа детей-инвалидов, таким образом, составил 956,6 % и, по данным Научного центра здоровья детей Российской академии медицинских наук (НЦЗД РАМН), происходил преимущественно за счет лиц подросткового возраста (10–16 лет включительно) – 57 % [20, с. 24].

Исследования сотрудников НЦЗД РАМН показали, что инвалидность в 34,5 % случаев формируется в результате тяжелого течения инфекционных заболеваний или соматической патологии. Установлено, что формирование инвалидности в результате тяжелого течения соматической патологии происходит преимущественно к 10–12 годам [22, с. 24]. Психические расстройства являются причиной инвалидности у 21,2 % детей, болезни нервной системы – у 20,6 %, врожденные аномалии развития – у 18 % [20]. В структуре патологии, выявляемой у детей в возрасте до 14 лет, ведущие ранговые места занимают именно данные классы болезней, и их удельный вес существенен, что и определяет их ведущее место в структуре причин инвалидности (см. рис. 2).

В качестве главных нарушений, приводящих к ограничению жизнедеятельности детей-инвалидов, исследователи выделяют висцеральные и метаболические нарушения, а также расстройства питания, составляющие более 25 % от всех нарушений. Они, как правило, являются тяжелыми последствиями имеющейся у ребенка соматической патологии и в 63 % случаев формируются к 10–17 годам [20]. Переход хронического заболевания в инвалидность чаще всего связан с недостаточным уровнем профилактической работы со здоровыми детьми, оздоровительной и реабилитационной – с детьми, страдающими хронической патологией.

Ежегодно до 30 % юношей в возрасте 17–18 лет признаются негодными к военной службе по состоянию здоровья. Так, в 2007–2008 гг. были признаны ограниченно годными, негодными, а также временно негодными к военной службе 29,7 % освидетельствованных призывников. Основные причины негодности юношей к военной службе при призыве в 2008 г.: болезни костно-мышечной системы – 18,8 %; психические расстройства – 15,1; болезни органов пищеварения – 10,5; нервной системы – 9,4; системы кровообращения – 7,8; эндокринной

системы – 7,3; кожи и подкожной клетчатки – 5,5; органов зрения – 5,1; органов дыхания – 5,0 %. Суммарно данные классы болезней формируют 84,5 % всех причин негодности юношей к военной службе [22, с. 28–29].

Эксперты Независимого института социальной политики и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) сходятся во мнении, что уровень и условия жизни являются доминирующими факторами наблюдаемого в последние 20 лет ухудшения здоровья российских детей и подростков [13]. Прежде всего, это значительные масштабы социальной бедности, которые ведут к неудовлетворительному питанию, создают повышенную вероятность заражения инфекционными заболеваниями, курения, алкоголизма, токсикомании, провоцируют возникновение и рост беспризорности. Острая нехватка материальных ресурсов вынуждает семьи сокращать потребление продуктов питания, что делает его неполноценным. Существенное снижение доступности продуктов питания произошло в результате экономических реформ в 1990-х гг. Несмотря на последующее восстановление среднего уровня доходов населения, по некоторым продуктам питания (например, мясомолочным) дореформенный уровень потребления до сих пор так и не восстановлен [174, с. 45–57]. Недопотребление таких продуктов, как качественные мясо, рыба, молоко, яйца (основные источники животного белка), фрукты и овощи (основные источники витаминов), снижает потенциал здоровья и иммунитет, может вызвать серьезные заболевания и привести к сокращению продолжительности жизни. Особенно опасен недостаток питания в детстве, на стадии формирования организма. Не менее серьезной проблемой для развития ребенка является и несбалансированность питания, недостаток витаминов и микроэлементов, особенно витамина С, железа, кальция, фолиевой кислоты.

Ярко выраженные социальные корни имеет наиболее опасное инфекционное заболевание – туберкулез. Он активно распространяется в случае плохого питания и неудовлетворительных социально-бытовых условий. На начало 2011 г. выявлено 104 320 больных с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза открытой формы среди всего населения, из них детей в возрасте до 14 лет – 3545 (3,43 %), в возрасте 15–17 лет – 1383 (1,3 %) [168, с. 279].

Либерализация сексуальной активности подростков и молодежи, начавшаяся в 1990-е гг., сопровождается ростом заболеваемости ин-

фекциями, передающимися половым путем (ИППП). Так, заболеваемость сифилисом детей в возрасте до 14 лет в 1990 г. составила 187 случаев на 100 тыс. чел., в 2011 г. – 453 (прирост – 142,2 %); в возрасте 15–17 лет в 1990 г. – 350 случаев на 100 тыс. чел., в 2011 г. – 1063 (прирост – 203,7 %) [168, с. 280]. На возрастные группы до 19 лет приходится около 10 % заболеваемости по данному классу болезней, а пораженность этих групп намного выше, чем всего населения [13]. Следует отметить значительное снижение заболеваемости гонореей. Так, у детей в возрасте до 14 лет в 1990 г. данная патология составила 1380 случаев на 100 тыс. чел., в 2011 г. – 186 (прирост – (–86,5 %)); в возрасте 15–17 лет в 1990 г. – 15 708 случаев на 100 тыс. чел., в 2011 г. – 1455 (прирост – (–90,7 %)) [168, с. 280]. Несмотря на это, ситуация в целом по ИППП остается крайне неблагоприятной в сравнении с европейскими странами. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в странах Европейского содружества заболеваемость сифилисом в 2008 г. составляла 3,7 случая на 100 тыс. чел., заболеваемость гонореей – 6,7 случая, в России – соответственно 59,2 и 65,2 случая на 100 тыс. чел. [13].

Высокий уровень заболеваемости ИППП среди подростков не только сам по себе опасен для их репродуктивного здоровья, но и создает эпидемиологические условия для распространения этих заболеваний, что, в свою очередь, способствует быстрому распространению ВИЧ-инфекции. Вплоть до середины 1990-х гг. Россия принадлежала к числу стран, мало затронутых пандемией ВИЧ-инфекции, однако в настоящее время по общему числу пострадавших от эпидемии является самой крупной в европейском регионе. По данным официальной статистики, общее число зарегистрированных инфицированных ВИЧ среди россиян составило к концу 2009 г. 332 913 чел. (0,23 % всего населения России) [167, с. 279]. Однако, в связи с тем что обследуется на ВИЧ только часть населения, реальное количество инфицированных существенно превышает этот показатель. Основными причинами заражения ВИЧ-инфекцией являются внутривенное введение наркотиков нестерильным инструментарием (82,4 % всех случаев с известными причинами заражения) и передача инфекции половым путем. В связи с этим ВИЧ-инфекция чаще поражает молодое население. Риск заражения ею в возрастной группе от 15 до 29 лет в среднем составляет 0,6 %, достигая 1,9 % среди молодых мужчин в возрасте от

15 до 29 лет. В некоторых регионах России доля инфицированных молодых мужчин в возрасте от 15 до 30 лет доходит до 7–8 % [13].

Фиксируется рост заболеваемости российских детей и подростков психическими расстройствами и расстройствами поведения. Исследователи отмечают, что данная тенденция характерна для постсоциалистических стран, переживших серьезные политические и экономические перемены, способствующие разрушению традиционных социальных и семейных структур. К 2010 г. заболеваемость психическими расстройствами среди детей в расчете на 100 тыс. чел. была в 2,3 раза выше, чем в целом по населению, а среди подростков – в 1,7 раза выше. Эксперты оценивают уровень депрессии среди российских подростков приблизительно в 20 %, тогда как в западных странах он не превышает 5 % [12].

Как симптомом, так и причиной психических расстройств является употребление алкоголя и психоактивных веществ. Численность подростков 15–17 лет, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением алкоголя, в расчете на 100 тыс. чел. к 2010 г. составляла 25,5 чел., в связи с наркоманией – 18,6, в связи с токсикоманией – 54,5 чел.

Распространенность такого диагноза, как «наркомания», среди детей и подростков в 2000-х гг. пошла на убыль. Однако происходило это на фоне снижения возраста приобщения к алкоголю. К 2010 г. число детей в возрасте до 14 лет, стоящих на учете в связи с алкоголизмом, выросло в 1,6 раза, число подростков – в 1,5 раза.

Наблюдается рост токсикомании среди подростков (на 117 % за период 2000–2009 гг.). Одним из лидирующих факторов риска заболеваемости и смертности является курение. По оценкам ВОЗ, курение вносит больший вклад в смертность российского населения (17,1 %), чем алкоголь (11,9 %) [45].

По данным обследования, проведенного Росстатом в 2009 г., в России курят 60,2 % мужчин и 21,7 % женщин в возрасте старше 15 лет. Курильщиками являются 30,1 % юношей и 17,8 % девушек в возрасте 15–18 лет. По оценкам ВОЗ, в настоящее время Россия находится на четвертом месте в мире по распространенности табакокурения среди подростков. В последние годы число выкуриваемых сигарет ежегодно увеличивалось на 2–5 %.

В структуре населения России дети в возрасте до 18 лет составляют почти треть. Из них 21 млн приходится на детей, посещающих

образовательные организации, в том числе немногим более 15 млн – на школьников [98]. Образовательные организации – единственная система общественного воспитания, охватывающая в течение продолжительного времени всю детско-подростковую популяцию. Большую часть дня (более 70 % времени) учащиеся проводят в стенах учебных заведений. Вместе с тем время обучения совпадает с чрезвычайно напряженным периодом роста и развития детей, морфофункциональных перестроек, когда организм наиболее чувствителен к воздействию благоприятных и неблагоприятных факторов окружающей среды.

Согласно научным исследованиями НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗР РАМН, в последнее десятилетие произошло значительное ухудшение состояния здоровья учащихся. Установлено, что формирование заболеваемости детей в значительной степени определяется возрастом начала их систематического обучения в школе. Поступление в школу детей младше 7 лет увеличивает риск возникновения у них нарушений физического развития, заболеваний костно-мышечной системы, нервной и сердечно-сосудистой систем, органов зрения. Эта закономерность сохраняется на протяжении всего периода обучения в школе. Процент часто болеющих детей в этой группе в 1,5–2 раза выше, чем у их старших одноклассников.

Среди современных первоклассников меньше абсолютно здоровых детей, чем среди их сверстников конца прошлого века (6,2 по сравнению с 8,7 %). У них хуже показатели готовности к обучению: ниже интегральный показатель умственной работоспособности (1,13 по сравнению с 1,48 усл. ед.), а количество детей с недостаточным уровнем развития школьно-обусловленных функций при поступлении в школу выросло в 2 раза (с 21,2 до 41,4 %) [185, с. 184–185]. В современных условиях отмечается явная интенсификация учебного процесса, которая выражается в увеличении объема учебного материала и количества уроков в день при одновременном сокращении продолжительности урока и учебной недели. Следствием этого является большая утомительность школьных занятий и высокая физиологическая стоимость школьных нагрузок, приводящая к снижению количества абсолютно здоровых детей от 1-го класса к 3-му с 6,2 до 1,9 %. Исследования, проведенные в 2003–2005 гг., показывают, что уже на начальном этапе обучения доля хронической патологии в структуре заболеваемости детей увеличивается с 19,8 % в 1-м классе до 23,4 % во 2-м за счет пе-

рехода части функциональных расстройств в хроническую патологию, что также свидетельствует о неблагоприятно протекающих процессах адаптации младших школьников к увеличивающимся учебным нагрузкам [23, с. 14–20].

Расчеты адаптационных показателей свидетельствуют о том, что начало обучения в школе сопровождается низким уровнем адаптационных и социометрических возможностей, снижением функциональных резервов организма у каждого третьего первоклассника. Достоверное улучшение функционального состояния большинства детей отмечается только на 3-м и 4-м году обучения [31, с. 37].

В последние годы большое внимание уделяется особенностям формирования здоровья школьников старшей возрастной группы (подростки 15–17 лет). Этот возрастной период характеризуется особым своеобразием роста и развития как в биологическом, так и в социальном аспекте. В подростковом возрасте происходит завершение процессов роста и созревания и одновременно наступает первый этап подготовки к вступлению в трудовую жизнь. Особенности протекания этого периода во многом определяют будущее человека, его физическое и психическое здоровье, успешность включения в трудовую жизнь, реализацию репродуктивного потенциала [21, 31].

За последние 15 лет распространенность функциональных отклонений среди юношей 15–17 лет увеличилась на 89 %, среди их сверстниц-девушек – на 51,6 %; частота встречаемости хронических болезней среди юношей возросла на 33,6 %, среди девушек увеличение произошло в менее значительных пределах.

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 %. Распространенность данных нарушений за последнее десятилетие возросла почти в 3 раза и выявляется у каждого второго подростка (47,8 %).

Функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата стали занимать II место, переместившись с III места в 1998 г. Значительно увеличился удельный вес эндокринно-обменных нарушений (до 14,0 %), которые заняли III место. Ранговые места функциональных расстройств нервной системы и органов пищеварения существенных изменений не претерпели.

В структуре хронических болезней современных подростков I место занимают болезни органов пищеварения. Их удельный вес увеличился вдвое (с 10,8 до 20,3 %). В 4,5 раза возросла доля хронических болезней нервной системы (с 3,8 до 17,3 %). По-прежнему на III месте находятся болезни костно-мышечной системы, тогда как удельный вес хронических болезней ЛОР-органов сократился вдвое, переместившись с I на IV ранговое место. Гинекологическая патология у девочек-старшеклассниц стала занимать VI ранговое место, хотя в 1998 г. эти болезни не находились на ведущих местах в структуре хронических заболеваний.

Изучение основных показателей физического развития, анализ их изменений у подростков позволили выявить ряд особенностей. Установлено достоверное снижение темпов продольного роста, уменьшение широтных и обхватных размеров тела. Масса тела современных подростков во всех возрастно-половых группах ниже, чем у их сверстников в предыдущие годы. Отмечается снижение доли лиц с нормальным физическим развитием.

Отклонения в физическом развитии у современных подростков в меньшей степени формируются за счет избыточной массы тела, удельный вес которой 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. Дефицит массы тела у современных юношей к моменту окончания школы диагностируется в каждом четвертом, у девушек – в каждом шестом случае.

Физическое развитие детей – один из главных критериев состояния здоровья детской популяции, отражающий влияние эндо- и экзогенных факторов. Организм ребенка находится в процессе непрерывного развития, и нарушение его нормального хода должно рассцениваться как показатель неблагополучия в состоянии здоровья [220]. В настоящее время вопросы оценки показателей физического развития, динамики их изменения рассматриваются в научных институтах, обсуждается роль показателей физического развития в системе медицинской профилактики и социально-гигиенического мониторинга, их связь с санитарно-эпидемиологическим благополучием образовательных организаций [95]. Получение своевременной информации о физическом развитии учащихся необходимо, чтобы в последующем принимать те или иные управленческие решения.

Следует также отметить показатели, характеризующие физическую работоспособность и физическую подготовленность. У современных подростков они значительно (на 20–25 %) ниже, чем у их сверстников в 1980–90-е гг., вследствие чего многие выпускники 11-х классов (около половины мальчиков и до 75 % девочек) 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, сокращению рождаемости и углублению демографического кризиса.

В связи с этим важно обратить внимание на изучение факторов риска для здоровья учащихся детей и подростков. Факторы риска заболеваемости, инвалидности, дезадаптации и смертности изучаются не одно десятилетие, поскольку диапазон их влияния на ребенка весьма широк. Не являясь непосредственной причиной заболевания, они обуславливают функциональные отклонения роста и развития, возникновение болезней и их летальные исходы. Определяются факторы риска как сочетание условий, агентов, как физиологическое состояние, образ жизни, значительно увеличивающие подверженность той или иной болезни, повышающие вероятность утраты здоровья, возникновения и рецидивирования болезней. В целом механизм их влияния на организм заключается в снижении резистентности, нарушении развития, облегчении возникновения болезней под воздействием причинных агентов [205, с. 17].

Факторы риска принято делить на биологические и социальные [15, 105]. К числу социальных факторов медицина относит жилищные условия, уровень материального обеспечения, образования, состав семьи и т. д. В качестве биологических факторов выделяют возраст родителей, особенности протекания беременности и родов, физические характеристики ребенка при рождении и др. Кроме того, рассматривают психологические факторы как результат действия биологических и социальных – «психологические загрязнения» (эмоциональные переживания).

В эпидемиологических исследованиях широкое распространение получила концепция, согласно которой действие факторов риска является сугубо индивидуальным и вероятность развития того или иного заболевания зависит от адаптационных возможностей организма [105]. На действие определенных факторов риска каждый индивидуум реагирует по-своему. Единым для всех является развитие неспецифической адаптационной реакции с формированием определенных донозологических состояний. Следовательно, все факторы окружающей среды, вызывающие неспецифические адаптационные реакции организма и ведущие к снижению его адаптационных возможностей, могут рассматриваться как факторы риска развития дезадаптации.

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

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

Согласно данной концепции, факторы риска можно разделить на две группы: первую группу образуют факторы, имеющие прямую причинную связь с теми или иными состояниями; вторую группу – факторы, участвующие в формировании отдельных функциональных состояний и соответственно являющиеся одним из условий их развития.

По мере накопления данных о факторах риска медициной предлагались разные подходы к распределению их по группам. Исследо-

вателями учитывались особенности самого фактора риска, длительность, тяжесть его воздействия и т. п. Исследования, основанные на отборе наиболее значимых для оценки показателей здоровья факторов, привели к выводу о том, что образ жизни может являться ведущим фактором, обуславливающим состояние здоровья человека в современных условиях [105, 142]. К образу жизни относятся 50–55 % всех факторов, а главное, в отличие от социальных и природных условий образ жизни действует на здоровье непосредственно (социальные и природные условия и факторы – опосредованно). На втором месте по силе (статистическому «весу») находится воздействие многообразных природных и социальных, техногенных и прочих факторов окружающей среды, оценка влияния на здоровье которых составляет 20–25 %, а также генетических, наследственных факторов, удельный вес которых колеблется в пределах 15–20 %. На долю здравоохранения (систем, служб, учреждений) приходится 8–10 % [205, с. 20–21].

Одним из весомых социальных факторов, влияющих на показатели здоровья детей и подростков, является система образования. Не случайно Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ относит образовательную деятельность к потенциально опасной для здоровья детей и требует подтверждения безопасности и безвредности методик и технологий обучения.

Факторы риска в педагогике отражают условия обучения, учебную нагрузку и особенности взаимоотношений в педагогическом коллективе. Первый из этих факторов обобщает реальные условия учебного процесса, все то, что подлежит гигиеническому нормированию. Вторым фактор отражает информационную сторону учебного процесса и организацию обучения. Третий фактор обобщает стиль взаимоотношений педагога и учащегося, включая оценку результатов его учебной деятельности. В конечном счете к факторам риска относится любое несоответствие условий, требований, взаимоотношений индивидуальным возможностям и особенностям учащихся в ходе учебного процесса.

К основным факторам риска формирования здоровья учащихся в первую очередь относится недостаточный уровень санитарно-эпидемиологического благополучия в образовательных организациях, включая неполноценное питание, гиподинамию учащихся, несоблюдение гигиенических нормативов режима учебы и отдыха, сна и пребывания на воздухе.

В качестве наиболее агрессивных факторов, которые на современном этапе значимо влияют на формирование здоровья учащихся, выделяют следующие.

Высокий объем учебных и внеучебных нагрузок, интенсификация процесса обучения, а также дефицит времени для усвоения информации являются выраженными психотравмирующими факторами для учащихся, что в сочетании с уменьшением продолжительности сна и прогулок, снижением физической активности оказывает стрессорное воздействие на развивающийся организм.

С поступлением ребенка в школу его общая двигательная активность падает во много раз, дефицит двигательной активности в младших классах составляет 35–40 %, а в старших классах – 75–85 %. Уроки физического воспитания лишь в малой степени (на 10–18 %) компенсируют дефицит движений, что явно недостаточно для профилактики отклонений в состоянии здоровья.

Поведенческие факторы риска оказывают значительное влияние на состояние здоровья учащихся наряду с широким спектром неблагоприятных социально-гигиенических факторов. Эти факторы в настоящее время достаточно надежно идентифицируются в ходе специальных исследований, проводимых во многих странах под эгидой Всемирной организации здравоохранения («Поведение детей школьного возраста»). Результаты этих исследований показывают, что по числу 11-летних учащихся, которым нравится школа, Россия находится в последней десятке стран – участниц обследования (31 % девочек и 24 % мальчиков). Среди учащихся этого возраста 33 % мальчиков и 41 % девочек с частотой более чем 1 раз в неделю жалуются на свое здоровье. Завтракают каждый школьный день только 64 % мальчиков и 66 % девочек. Ежедневно употребляют фрукты 27 % мальчиков и 33 % девочек (по этому показателю Россия также находится в последней десятке стран – участниц обследования). Только 12 % девочек и 23 % мальчиков 11 лет ежедневно имеют 1 ч умеренно энергичной деятельности (активности), а 71 и 73 % соответственно ежедневно проводят за компьютером 2 ч и более. Российские 11-летние школьники – «лидеры» в европейском регионе по числу курящих, по крайней мере, 1 раз в неделю: 4 % девочек и 5 % мальчиков. Это крайне отрицательно отражается на здоровье детей в последующем.

У юношей наиболее высокие корреляции отмечены между курением и функциональными нарушениями системы кровообращения и органов пищеварения, у девушек – с нарушениями менструального цикла. У всех подростков (и мальчиков, и девочек) с различной степенью достоверности прослеживается связь курения с наличием болезней органов дыхания, аллергических заболеваний.

По употреблению алкоголя 11-летними школьниками мы уступаем только Украине; 7 % девочек и 10 % мальчиков употребляют алкоголь, по крайней мере, 1 раз в неделю.

Специальными исследованиями НЦЗР РАМН отмечены высокие корреляции между употреблением алкоголя и функциональными нарушениями системы кровообращения, органов пищеварения, эндокринно-обменными нарушениями. Прослеживается достоверная связь с наличием хронических болезней органов дыхания, аллергических болезней, болезней нервной системы, у девушек, кроме того, с нарушениями менструального цикла. При увеличении стажа и интенсивности курения и употребления алкоголя корреляционные связи становятся более выраженными. Полученные результаты свидетельствуют о крайне негативном воздействии курения и алкоголя на различные системы организма в период его морфофункционального развития.

Среди 15-летних подростков 24 % девочек и 44 % мальчиков отметили, что у них уже было сексуальное общение; 73 % девочек и 77 % мальчиков 15 лет указали на использование презервативов при последнем сексуальном общении. При этом в России, по данным Центра акушерства, гинекологии и перинатологии Минздравсоцразвития РФ, в 2007 г. было сделано 1,4 млн аборт, из них 10 % – у подростков. В 2007 г. у 15-летних девочек состоялись 2441 роды и было сделано 700 аборт.

Выделенные факторы риска следует рассматривать как направления деятельности, работая по которым можно переломить тенденцию к снижению уровня здоровья детей, подростков и учащейся молодежи, как возможность превратить здоровьеразрушающую систему образования в здоровьесформирующую, здоровьесберегающую.

Теории о факторах риска позволяют выдвинуть концепцию конструирования здоровья, состоящую из двух фаз: фазы преодоления, уменьшения силы воздействия факторов риска и фазы создания здоровья, его формирования. Вторую фазу реализовать гораздо труднее,

так как она подлинно профилактическая, основанная на недопущении факторов риска и непосредственных причин заболеваний: это фаза развития, укрепления здоровья здоровых людей.

Имея представление о факторах риска и неся ответственность за состояние здоровья своих воспитанников и обучающихся, образовательные организации должны проводить работу по сохранению и укреплению их здоровья.

Таким образом, состояние здоровья учащихся детей, подростков и учащейся молодежи на современном этапе представляет собой серьезную медико-социальную проблему, а неблагополучную ситуацию с состоянием их здоровья можно рассматривать как кризисную. Это требует реализации долгосрочной программы мероприятий, направленных на улучшение качества жизни и охрану здоровья детей, подростков и учащейся молодежи. Конечной целью должно стать создание в Российской Федерации оптимальных условий для сохранения, укрепления и развития здоровья, снижения уровня инвалидности и смертности детей, формирования устойчивых стереотипов здорового образа жизни, повышения социальной адаптированности к современным условиям жизнедеятельности. Разработка эффективных мер, направленных на охрану и развитие здоровья детей, должна базироваться на объективных данных о состоянии их здоровья с учетом факторов, его формирующих.

Особая роль в данной программе отводится системе образования, в задачи которой входит не только создание и поддержание соответствующих санитарно-гигиенических условий обучения, но и наряду с деятельностью по охране здоровья формирование у субъектов образовательного процесса здоровьесберегающих ценностных ориентаций, воспитание у них ответственности за собственное здоровье. В связи с этим важно рассмотреть как полноту, так и глубину содержания данной деятельности.

1.2. Основные направления и современные концепции сохранения здоровья субъектов образовательного процесса

Современное научное знание содержит значительное число работ в области сохранения здоровья субъектов образовательного процесса (Н. П. Абаскалова, Г. Л. Апанасенко, Э. М. Казин, В. В. Колба-

нов, А. Г. Маджуга, Н. Н. Малярчук, Т. Ф. Орехова, Н. М. Полетаева, С. Г. Сериков, Н. К. Смирнов, Л. Г. Татарникова и др.).

В числе основных векторов деятельности образовательных организаций в области охраны здоровья субъектов образовательного процесса можно выделить следующие:

1. *Санитарно-гигиенический вектор.* Данное направление деятельности связано с соблюдением требований санитарно-гигиенических норм в отношении условий организации образовательного процесса, касающихся проектирования и строительства учебных заведений (наличие спортивной зоны и зоны отдыха; полный набор основных помещений, отвечающих гигиеническим требованиям в отношении размеров, оборудования, освещения; соответствующее экологическое состояние территории и т. д.); обеспечения полноценного питания (соблюдение требований сбалансированного питания, правил пищевой санитарии; качество питьевой воды и т. д.); соблюдения гигиенических основ физического воспитания (оборудованный спортзал; наличие комнат для переодевания, душевых; медицинский контроль и т. д.); наличия полноценного санитарно-технического оборудования; рационального нормирования учебной нагрузки, режима дня и др. (Г. Л. Апанасенко, А. А. Баранов, В. Р. Кучма, С. В. Попов, Л. М. Сухарева, И. Ш. Туаева, В. М. Чимаров и др.).

2. *Лечебно-профилактический вектор.* Это направление деятельности связано с использованием в условиях образовательной организации комплекса психотерапевтических, физио-, арома-, фитопроцедур, лечебной физической культуры, массажа и др. Реализация данного вектора предусматривает формирование соответствующей медицинской инфраструктуры организации, включающей медицинские (физиологические) технологии диагностики, поддержания и укрепления здоровья, фитобары, физиотерапевтические и стоматологические кабинеты и др. (Н. А. Голиков, Р. А. Маткинский, Е. А. Перевезенцев и др.).

3. *Физкультурно-оздоровительный вектор.* Указанное направление связано с широким использованием средств физической культуры: увеличением количества уроков физической культуры и повышением их содержательности, широким использованием «малых форм» физической активности (физкультминутки, физкультпаузы, физкультпеременки и др.), проведением физкультурных занятий с учащимися специальной медицинской группы, предоставлением возможности за-

ниматься в спортзале, бассейне, на спортплощадках образовательной организации во внеучебное время и др. (Л. И. Лубышева, Л. А. Семенов и др.).

4. *Эколого-валеологический вектор*. Это направление деятельности связано с приобретением учащимися знаний о здоровом стиле жизни, о закономерностях становления, сохранения и развития здоровья человека под влиянием абиогенных и биогенных факторов среды; овладением умениями сохранения и совершенствования личного здоровья и биоэнергоинформационного равновесия в природных экосистемах, оценки формирующих здоровье факторов; освоением методов и средств пропаганды здоровья и здорового образа жизни и формированием экологического сознания, экологической и валеологической культуры личности в ракурсе глобальных эколого-валеологических проблем, возникающих в условиях техногенных преобразований в окружающей среде (В. П. Казначеев, Г. П. Сикорская, З. И. Тюмасева и др.).

5. *Вектор здоровьесберегающей педагогики*. Данное направление деятельности связано с формированием здоровьесберегающего образовательного пространства, при котором исключаются или минимизируются вредные для здоровья воздействия образовательного процесса. Технологическую основу здоровьесберегающей педагогики составляют здоровьесберегающие образовательные технологии – совокупность таких принципов, приемов, методов педагогической работы, которые дополняют традиционные технологии обучения, воспитания и развития задачами здоровьесбережения (Н. П. Абаскалова, В. Н. Ирхин, В. В. Колбанов, А. Г. Маджуга, Н. Н. Малярчук, Т. Ф. Орехова, Т. М. Резер, Н. К. Смирнов и др.).

6. *Валеоакмеологический вектор*. В соответствии с акмеологией здоровья развитие здоровья субъектов образовательного процесса и создание здоровьесозидающей среды, обеспечивающей данное развитие, предполагают процесс акмеологизации в семи основных валеоакмеологических пространствах: ценностно-мотивационном, рефлексивно-оценочном, эмоционально-чувственном, когнитивном, поведенческом, этнофункциональном, энергоинформационном, степень сформированности которых свидетельствует об уровне развития здоровья личности (А. Г. Маджуга).

Среди существующих концепций сохранения здоровья субъектов образовательного процесса важно рассмотреть концепцию лично-

стно ориентированного образования в валеологически направленных педагогических системах Л. Г. Татарниковой, концепцию формирования здорового образа жизни субъектов образовательного процесса в системе «школа – вуз» Н. П. Абаскаловой, концепцию педагогической системы школы здоровья В. Н. Ирхина, концепцию формирования здорового образа жизни субъектов педагогического процесса в системе современного общего образования Т. Ф. Ореховой и акмеовалеологическую концепцию формирования индивидуальной стратегии здорового образа жизни субъектов образовательного процесса А. Г. Маджуги. Эти концепции позволяют проследить временную динамику развития здоровьесберегающих идей, представить различные подходы к решению проблем сохранения и развития здоровья субъектов образовательного процесса.

1.2.1. Концепция личностно ориентированного образования в валеологически направленных педагогических системах Л. Г. Татарниковой

На начальном этапе (1980–90-е гг.) становления и развития педагогической валеологии Л. Г. Татарникова разрабатывает концепцию личностно ориентированного образования в валеологически направленных педагогических системах. Данная концепция внесла определенный вклад в решение проблем сохранения здоровья ребенка и учителя, развития творческой активности каждой личности, создания педагогических условий, необходимых для формирования здорового генотипа нации.

Рассматривая концепцию личностно ориентированного образования с позиции философии образования (категории субъекта, свободы и саморазвития, целостности), психологии (представления о полифункциональной деятельности человека, специфической природе его личности, психике, рефлексии, диалоге как механизме формирования личностного опыта) и с учетом ее генезиса, Л. Г. Татарникова раскрывает сущность валеологического образования как личностно ориентированного [186, 189, 190].

Исследователь предлагает формулировку понятия валеологического образования как личностного начала, которое, зарождаясь в раннем детстве, позволяет нарушать линейность и запрограммированность учебного процесса, придавая ему черты избирательности, само-

развития, целостности, системности, опосредованные тем, чего нельзя добиться в авторитарных педагогических системах [190, 191].

Опираясь на существующие концепции, автор рассматривает валеологическое образование «...как личностно-ориентированное, направленное не на формирование личности с заданными свойствами (хотя посылкой к заданности в какой-то мере выступает здоровье), а на создание условий, соответствующих развитию личностных функций субъектов этого процесса. Если исходить из ренессансных гуманистических представлений (ибо именно они составляют сущность гуманистического содержания в его общечеловеческом плане), то главное – в устремленности к творческой универсальности, свободному и символическому отношению к своей жизни, своему восприятию бытия, философии жизни» [190, с. 70].

Л. Г. Татарникова адаптирует к личностно ориентированному образованию принцип «артистического антропоцентризма» А. Ф. Лосева, реализация которого может быть осмыслена как доминанта в саморазвитии личностных качеств человека, его движения к свободному универсализму («феномен быть личностью»). Применительно к данному феномену «артистический антропоцентризм» в концепции валеологического образования может выступить в качестве валеологической доминанты и основы самообразования и саморазвития человека [190, с. 70].

В соответствии с «феноменом быть личностью» исследователь выделяет «личностные» функции (по В. В. Серикову): 1) мотивирующую (принятие и обоснование деятельности); 2) опосредующую (отношение к внешним воздействиям и внутренним импульсам поведения); 3) коллизийную (видение скрытых противоречий); 4) критическую (отношение к предлагаемым извне ценностям и нормам); 5) рефлексивную, смыслотворческую, ориентирующую на построение личностной картины мира, концепции своего здоровья, его философии на уровне индивидуального мировоззрения; 6) обеспечения автономности и устойчивости внутреннего мира (самореализация стремления к признанию своего образа Я окружающими, обеспечение уровня духовности, предотвращение редукции жизнедеятельности к утилитарным целям) [190, с. 71].

Определяя цели валеологического образования, автор указывает на то, что они должны исходить из его значения для формирования

философии здоровья человека, мировоззренческих установок на его сбережение и отвечать на традиционный вопрос дидактики: «Чему учить?», т. е. на вопрос о том, какими должны быть содержание опыта, личная философская концепция, которую в конечном итоге может сформировать человек. Принимая во внимание, что изменение отношения ребенка к себе и своему здоровью требует изменения направления всего учебного процесса, необходимо, чтобы валеологическое образование стало частью образовательного поля в современной школе, органичным достоянием общественного сознания [186–188].

Сформировать установку на здоровый образ жизни, восстановить авторитет семьи как основного социального института, формирующего здоровье каждой личности, ее самобытный характер, по мнению автора, поможет новый школьный курс «Валеология», разработанный с учетом возрастных психофизиологических особенностей учащихся. Курс представлен Л. Г. Татарниковой как важный компонент философского гуманистического образования, направленного на решение задачи осмысления ценности жизни, ценности каждого человека в общей системе мироздания. Поскольку развитие образовательной концепции осуществляется по спирали с постоянным повышением социальной доминанты, специфика курса заключается в том, что образовательный компонент углубляется на каждом новом витке, так как программа учитывает физиологические запросы организма, психические изменения, связанные с возрастом ребенка, его социальные потребности [187, 191, 192].

В логике школьного образования курс «Валеология» раскрывается исследователем следующим образом: «Я и мое здоровье» (первая ступень); «Ребенок и его здоровье», «Здоровье и специфика человеческих отношений» (вторая ступень); «Валеология семьи», «Валеология межличностных отношений на основе сексуальной культуры», «Валеология материнства и отцовства» (третья ступень).

Л. Г. Татарникова раскрывает содержание и цели программы первой ступени личностно ориентированного обучения в школе. Просвещение детей осуществляется в следующих направлениях: 1) рождение; 2) осмысление своего Я (самопознание, самопонимание); 3) рост, развитие, питание, зависимость роста и развития от питания; 4) понятие о психическом и эмоциональном здоровье.

При обучении раскрывается мир ребенка на каждой возрастной ступени, поясняется сложность вхождения в этот мир, достигается

осознание закономерностей сохранения своего здоровья. При этом дается круг знаний, необходимых для сохранения собственного здоровья и здоровья своей (родительской) семьи. Осуществляется процесс половой социализации: формируется общее, доступное с учетом возраста представление о тайне рождения; на антропологическом уровне даются сведения о строении тела, функциях систем организма, их взаимозависимости, о вкладе каждой системы в здоровое развитие человека. В целом рассматриваются взаимосвязи между ростом и развитием [191, 192].

Вместе с валеологом или учителем (специально подготовленным) ребенок рассматривает круг вопросов: каков ребенок вообще, каков лично Я, чем мое Я отличается от Я других детей; по каким законам развивается каждый ребенок, отличаются ли этапы моего развития от общих закономерностей; кто помогает мне развиваться, что зависит от меня самого [189, 190].

Л. Г. Татарникова обращает внимание на методы воспитания. В частности, валеолог должен учитывать уровни развития сознания, функциональную асимметрию мозга, особенности психики человека в разные возрастные периоды. В связи с этим необходимо использовать методы позитивного мышления, созидательного размышления, ориентируясь на ребенка, на общечеловеческие ценности, выверенные ходом эволюции, развития сознания и трудовой деятельности человека [191, 192].

Программа второго этапа приобщения к валеологическим знаниям направлена на углубленное изучение психофизиологических характеристик организма. В процессе ее освоения снимаются стрессовые ситуации, связанные с адаптацией к пятому классу, предупреждается утомляемость организма, активизируется мыслительная деятельность, исключаются внутренние конфликты личности [189, 190].

Эффективность программ и их методического потенциала проверялась по ряду показателей, а именно: уровень тревожности как учителя, так и ребенка; уровень комфортности и психологической раскованности учителя и ребенка; уровень обученности; уровень развития интеллекта и повышение мотивации к валеологическим знаниям у ребенка, повышение валеологической культуры у педагога.

Концепция валеологического образования основывается на индивидуальном стиле восприятия знаний, в основе которого лежат са-

моанализ и принцип самопознания. Предметом самоанализа выступают возможности логического и интуитивного мышления, особенности памяти, нервной системы, способности к позитивному мышлению. Развитие темы исследователь ведет в следующих направлениях: жизнь человека, болезни тела и души, защитные силы организма и поведение.

Знания, полученные на первых этапах формирования валеологической ментальности, способствуют началу восхождения к социальной зрелости, позволяющей адекватно оценивать поступки людей, не выносить скоропалительных решений, понимать проблемы родителей, осмысливать причины конфликтов, возникающих между родителями и детьми. И здесь во взаимодействии с подростком особая роль отводится духовности как пути к оздоровлению семьи. Поэтому в 9-м классе Л. Г. Татарникова предлагает курс «Валеология семьи», раскрывающий следующие аспекты: проблемы современной семьи и их зависимость от типа семьи; аниматорские, духовные, эмоциональные, психотерапевтические и духовные функции семьи; динамика семьи, причины деструктурирования семьи; зависимость психической травмы личности от нарушения межличностных отношений в семье; этико-психологический кодекс семьи – фактор здорового образа жизни [189, 190].

Психолого-педагогическая задача курса – способствовать коррекции межличностных отношений в семье. Организуя родительскую семью в условиях макромира, подросток ощущает свой внутренний мир, благодаря которому реализуется себестождественность человека, его свобода от жесткой зависимости от постоянно меняющихся ситуаций жизни.

В 10-м классе вводится курс «Валеология межличностных отношений на основе сексуальной культуры». Задача курса состоит в том, чтобы дать обучающимся современные знания о сексуальности, культуре человеческих отношений, их зависимости от индивидуального здоровья каждого субъекта. Главное – формирование готовности воспринять культуру мира, культуру отношений, передающих великое единение мужчины и женщины, стремящихся к продолжению рода человеческого и ощущению гармонии отношений между полами.

Курс валеологии в 11-м классе – «Валеология материнства и отцовства». Подводя некую философскую черту под понятиями «зрелость» и «готовность», он характеризует способность отчетливо пред-

ставить логику развития жизни, логику взаимоотношений в семье, логику и методы воспитания детей. Программа развивается в следующих учебных блоках: семья, счастье, дети; здоровье родителей; здоровье ребенка; «чадолюбие» – основа семейного счастья; материнство и отцовство; типология семейного воспитания; индивидуальность ребенка и методы его воспитания в семье; формула воспитания и т. д. [189, 190].

Последний школьный курс валеологии – это заключительный этап формирования установки на здоровый образ жизни, завершающий цикл приобщения ребенка к тайнам познания истоков своего рождения и предназначения, зависящего от сущностных сил самого человека.

Таким образом, концепция личностно ориентированного образования в валеологически направленных педагогических системах Л. Г. Татарниковой раскрывает сущность организации валеологически обоснованной педагогической системы и технологий, способствующих развитию личности, созданию условий, при которых раскрывается самоактуализирующаяся личность.

1.2.2. Концепция формирования здорового образа жизни субъектов образовательного процесса в системе «школа – вуз» Н. П. Абаскаловой

Акцентируя внимание на проблеме поиска новых технологий обучения школьников и студентов здоровому образу жизни, основанных на современных методологических принципах и системном подходе, Н. П. Абаскалова ставит целью своего исследования разработку системы содержания, средств, форм и методов обучения, способствующих формированию здоровья учащихся, студентов и педагогов. В 1990–2000 гг. она разрабатывает и эмпирическим путем апробирует концепцию формирования здорового образа жизни субъектов образовательного процесса в системе «школа – вуз».

Потребность в формировании здорового образа жизни и создании соответствующих программ обосновывается Н. П. Абаскаловой закономерностями изменения состояния здоровья населения, характера заболеваемости, продолжительности жизни, существенно влияющими на качество жизни человека. По мнению автора, установленная зависимость состояния здоровья человека на 50–60 % от образа жизни

(здорового или нездорового) и только на 10 % – от уровня развития медицины дает обоснование возможностей самого человека в поддержании собственного здоровья. Это выдвигает перед педагогическим сообществом задачу повышения уровня грамотности населения в процессе обучения основам здоровья и здорового образа жизни [6, 7].

В своем исследовании Н. П. Абаскалова приводит различные трактовки понятия «здоровье», используя принцип системности при его анализе. Исходя из наиболее распространенных дефиниций, она формулирует следующее определение: здоровье – это состояние социальной и психической адаптации при взаимодействии с окружающей средой и нормальном функционировании систем организма [6, с. 33–34]. Исследователь устанавливает, что в концепциях здоровья, отраженных в различных программах и работах отечественных и зарубежных ученых, подчеркивается необходимость развития и использования физических, психических и эмоциональных способностей человека. Соответственно система здорового образа жизни должна характеризоваться структурой системных отношений в пространстве жизни человека и инволюционно-эволюционной цикличностью поэтапного формирования личности в период ее развития [6, с. 13].

Здоровый образ жизни Н. П. Абаскалова представляет как многоуровневую систему многосторонних причинных связей субъекта и окружающего мира, поэтапно формируемую на основе универсальных закономерностей эволюционного развития. В качестве субъекта в системных отношениях может рассматриваться и человек, и коллектив, и общество, и человечество, поскольку универсальные закономерности развития систем повторяются в многоуровневых отношениях с единственным отличием – в объеме пространства организации системы взаимосвязей и времени ее развития.

На основании понимания закономерностей развития с учетом критических периодов в онтогенезе, по мнению автора, можно разрабатывать воспитательные и образовательные программы по формированию здорового образа жизни, формы и методы педагогического воздействия, отвечающие потребностям организма (технологии, сохраняющие здоровье) и обеспечивающие оптимизацию учебного процесса за счет его индивидуализации [1–3].

В качестве основных элементов здорового образа жизни Н. П. Абаскалова выделяет следующие: культура учебного труда, его научная

организация; рациональный режим питания, сна и отдыха, пребывания на свежем воздухе; соблюдение санитарно-гигиенических норм; организация индивидуального целесообразного режима двигательной активности; преодоление вредных привычек; культура сексуального поведения, межличностного общения. Все элементы здорового образа жизни проецируются на личность, ее жизненные планы, запросы, поведение.

В содержании здорового образа жизни исследователь выделяет следующие взаимосвязанные и взаимообусловленные структурные компоненты [6, с. 78]:

1) *целевой*, отражающий понимание личностью поставленной перед ней цели. Цели могут различаться по направленности, временному фактору, значимости, степени сохранности;

2) *содержательно-операциональный*, определяющий наличие у учащихся системы знаний о здоровом образе жизни, степень овладения практическими умениями для его реализации в различных условиях собственной жизнедеятельности;

3) *мотивационно-ценностный*, характеризующий иерархию ценностей личности в системе здорового образа жизни, отношение к нему, его использование для решения жизненных и профессиональных целей, степень его использования;

4) *программно-ориентированный*, обеспечивающий прогнозирование и конструирование программы жизнедеятельности личности в соответствии со здоровым образом жизни по временному фактору и по объему воздействия;

5) *эмоционально-волевой*, подчеркивающий необходимость проявления волевых качеств в достижении поставленной цели и реализации жизненной программы, ориентированной на здоровый образ жизни;

6) *деятельностный*, раскрывающий степень включенности личности в систему здорового образа жизни или его отдельные элементы, готовность к его реализации в своей ближайшей профессиональной деятельности, спектр его проявления;

7) *оценочный*, показывающий интегральную оценку результатов формирования здорового образа жизни (когнитивную, эмоциональную, поведенческую) и позволяющий осуществлять на этой основе его коррекцию.

Автор отмечает необходимость формирования у учащихся мотивации к сохранению здоровья и здоровому образу жизни через систе-

му общечеловеческих ценностей, а также целесообразность разработки здоровьеразвивающих программ обучения и воспитания, которые позволят сформировать систему новых ценностей, в том числе отношение к здоровью как к высшей духовной и физической ценности, от которой зависит жизнь человека.

В своем исследовании Н. П. Абаскалова устанавливает общие закономерности снижения уровня здоровья школьников, студентов и педагогов в процессе учебно-трудовой деятельности:

- объективные: наследственные заболевания, предрасположенность к тому или иному заболеванию, заболевания, приобретенные под действием неблагоприятных экологических факторов;
- субъективные: незнание и несоблюдение принципов здорового образа жизни, низкий уровень коммуникативного общения, низкий уровень адаптации к социальным негативным условиям, отсутствие ценностных установок.

Пути преодоления тенденции к снижению уровня здоровья субъектов образовательного процесса исследователь видит в обновлении теории и практики обучения здоровому образу жизни, в воспитании здоровой личности с опорой на модель человека, которая представляет собой творчески активного субъекта исторического процесса, проявляющего все свои способности в общественно полезной деятельности. Соответственно в качестве главной цели концепции обучения и воспитания выдвигается достижение идеала всесторонне развитой личности и создание возможностей для проявления всех ее способностей. Этот идеал ориентирует педагогическую практику на широкий подход к процессу обучения и воспитания, остерегает от односторонности, ограниченности мышления, сведения его к однобокой и пассивной адаптации к конкретным требованиям социальной практики. Развитие и проявление способностей каждого предполагает всестороннее развитие личности – органическое единство интеллектуальных, физических, нравственных, эстетических качеств человека. Кроме того, общая цель, связанная с формированием творческой активности сознания и самосознания, развитием способностей каждого учащегося, требует, по мнению автора, конкретизации педагогической практики всей школы России. В частности, для обеспечения динамичного и поступательного развития системы образования необходима организационная модель управления инновационными процессами и технологиями обра-

зования. Модель должна включать в себя критерии отбора знаний для системы образования из сферы их производства, условия гарантированной трансляции этих знаний обучаемым и принципы управления разработкой, проверкой нововведений и внедрением их в практику.

Перестройка высшего образования вообще и процесса подготовки учителя в частности предусматривает переход от господствовавшего экстенсивно-информационного стиля обучения к интенсивно-фундаментальному, к созданию и развитию реально функционирующей системы непрерывного образования (в том числе и обучения здоровому образу жизни), системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации учителя. Соответственно в качестве важнейшей задачи Н. П. Абаскаловой ставится формирование научно-педагогического стиля мышления учителя, специфической чертой которого должно быть своеобразное сочетание методологичности и технологичности. Педагог должен владеть совокупностью научно-методических знаний и педагогической техникой, иметь соответствующее отношение к своей деятельности, высокий уровень культуры и необходимые личные качества. Чтобы произошло раскрепощение труда учителя, развитие всех его способностей, необходим иной уровень методологической базы, другие теоретические подходы.

Методологизация знания о здоровом образе жизни, его предмета изучения определяется исследователем как формирование системы знаний об исходных положениях, об обосновании и структуре педагогической теории, о принципах и способах получения знаний, верно отражающих непрерывно изменяющуюся педагогическую действительность в условиях трансформирующегося общества.

Н. П. Абаскалова предлагает концепцию формирования теории обучения здоровому образу жизни, не противоречащую общепризнанным законам преподавания и воспитания, которая должна выступать в качестве препятствия для поспешных, не всегда обоснованных решений, использования метода «проб и ошибок», субъективизма. Концепция является открытой системой, в которую могут быть внесены коррективы, она призвана стимулировать творческую деятельность педагогов, ученых и общественности, направленную на творческое обогащение и развитие представлений о сущности, целях и задачах образования, в том числе и обучения здоровому образу жизни. Согласно выдвинутой концепции система образования должна основываться на

принципах целостности, преемственности, вариативности, адаптивности к возрастным и психолого-физиологическим особенностям учащихся, их запросам и интересам. Главная цель образования – заложить основы формирования всесторонне, гармонически развитой здоровой личности. На первый план в учебно-воспитательном процессе выдвигается формирование потребности и умения учиться без потери здоровья, а само обучение становится все более индивидуализированным и приобретает творческий характер.

Рассматривая школу, содействующую сохранению и укреплению здоровья, Н. П. Абаскалова опирается на целостный подход и представляет модель «Здоровая школа» (рис. 3) [6, с. 109].



Рис. 3. Модель «Здоровая школа» Н. П. Абаскаловой

Школа рассматривается как часть общества, поэтому применяемые здоровьесберегающие технологии должны учитывать все аспекты и потребности конкретного учебного заведения и в то же время быть универсальными, отражающими потребности образования XXI в. На основании анализа существующих педагогических технологий исследователь создает модель комплексной политехнологии «Здоровая

школа», которая объединяет основные характеристики разных частных технологий, оставаясь гибкой и легко адаптирующейся к различным категориям обучающихся.

Комплексная политехнология представлена Н. П. Абаскаловой следующим образом [6, с. 126]:

- идентификация – общепедагогическая (общедидактическая, общевоспитательная);
- по философской основе – диалектическая, научная, гуманистическая;
- по ведущему фактору психического развития – биогенная, психогенная;
- по научной концепции – ассоциативно-рефлекторная, нейролингвистическая;
- по характеру содержания – комплексная;
- по типу организации познавательной деятельности и управления ею – контроль, самоконтроль, взаимоконтроль, система малых групп;
- по подходу к ребенку – личностно ориентированная, технология сотрудничества, технология свободного воспитания, педагогика сотрудничества;
- по преобладающему методу – саморазвивающее обучение (проблемное, развивающее, коммуникативное, творческо-игровое, интерактивное);
- по категории обучающихся – все категории, в том числе трудные дети, одаренные дети, депривационные дети, дети-инвалиды;
- по направлению модернизации существующей традиционной системы – природосообразная, построенная на основе гуманизации и демократизации педагогических отношений.

С целью апробации подобных технологий исследователь указывает на необходимость профессиональной подготовки студентов и учителей по программе «педагогика здоровья» и представляет программу по освоению здорового образа жизни «Родитель – ученик – студент – учитель – преподаватель вуза», позволяющую сформировать у школьников, студентов и учителей научное понимание сущности здорового образа жизни и осознанную мотивацию к сохранению здоровья. Н. П. Абаскалова основывает программу на трех взаимосвязанных позициях: самопознании, самовоспитании, самообразовании.

Исследователь вводит модель мониторинга «здоровой школы», включающую следующие критерии [6, с. 136–137]:

- атмосфера в школе (гигиена, комфортные условия работы и учебы, питание, психологическая атмосфера, эстетика и др.);
- содержание образования (методики, технологии, направленные на развитие учащихся при сохранении их здоровья);
- связи с общественностью и родителями (связи с различными организациями, структурами, т. е. с окружающей социальной средой).

Внедрение в учебно-воспитательный процесс системного подхода и технологии формирования здорового образа жизни позволило Н. П. Абаскаловой получить данные, подтверждающие улучшение состояния здоровья (физического, психического, духовного) учащихся, студентов и педагогов, а также повышение эффективности образовательного процесса и профессионального уровня учителей и преподавателей вузов.

1.2.3. Концепция педагогической системы школы здоровья В. Н. Ирхина

Большое практическое значение и научно-теоретическую ценность, по мнению В. Н. Ирхина, имеет разработка теоретических основ педагогической системы школы здоровья, созданной с учетом исторических предпосылок и ведущих закономерностей построения и функционирования школ здоровья. В период с 1992 по 2002 г. В. Н. Ирхин ведет научный поиск в данном направлении.

Проводя историко-педагогический анализ, исследователь устанавливает, что индивидуальное здоровье человека всегда являлось одной из ключевых ценностей в педагогическом наследии отечественных ученых, практиков и общественных деятелей, стоящих на гуманистических позициях. В. Н. Ирхин выявляет определенную закономерность, согласно которой всплеск интереса к вопросам воспитания здорового человека всегда совпадал с периодом подъема гуманистической мысли, в центре внимания которой неизменно оставалась человеческая личность [64, 67, 69].

На основании анализа школьной практики, решавшей проблемы обеспечения здоровья учащихся, автор утверждает, что она, как правило, выступала альтернативой традиционному содержанию и здоровьезатратной технологии обучения и воспитания учащихся. Внедре-

ние программ по формированию культуры здоровья и применение здоровьесберегающего методического инструментария ограничивалось рамками экспериментальных школ либо деятельностью педагогов-энтузиастов. Научные исследования по вопросам сохранения, укрепления и формирования здоровья школьников были ориентированы на гигиеническую модель образовательной организации и не предусматривали механизмов созидания индивидуального здоровья учащихся, а потому были малоэффективны. В условиях авторитарной системы образования гуманистические ценности, включая ценность здоровья, только декларировались. Попытки «сверху», волевым путем решить проблему здоровья школьников носили половинчатый, аспектный характер, затрагивали, как правило, лишь один из компонентов здоровья (например, физический) и по этой причине были обречены на провал [67, 69].

По мнению В. Н. Ирхина, появление в конце XX в. в России школ здоровья как социально-педагогического феномена носит закономерный характер и детерминировано совокупностью определенных факторов: цивилизационного, основу которого составляет противоречие между социальной и биологической эволюцией человека; экономического, связанного с колоссальными экономическими потерями общества от болезней; социального, определяемого объективным стремлением человека к высокому качеству жизни и активному долголетию, катастрофической демографической ситуацией в России; научного, обусловленного антропоцентрическими и интеграционными процессами в науке, ее интересом к проблеме «человек и его здоровье» [63, 69, 70]. Назревший в конце XX столетия в России гуманитарный кризис приводит к появлению новой отрасли научных знаний – валеологии. Быстро происходит развитие ее педагогической ветви – педагогической валеологии, теоретические положения которой в концентрированном виде выразились в практике деятельности школ здоровья (или валеологических школ). Накопление данных о деятельности этих структур и необходимость обновления педагогики на основе изучения и обеспечения индивидуального здоровья явились для В. Н. Ирхина условием и предпосылкой создания педагогической системы школы здоровья.

Согласно концепции В. Н. Ирхина, педагогическая система школы здоровья представляет собой целостное, взаимодействующее с внеш-

ней средой явление, характеризующееся упорядоченной совокупностью следующих компонентов:

- *управление* – важнейший компонент педагогической системы школы здоровья, отвечающий за упорядочение ее внутренней организационной структуры, обновление системы и достижение ее устойчивости;

- *педагогический процесс* – процесс взаимодействия педагогов и учащихся, направленный на достижение определенной цели;

- *школьные службы* – медицинские, валеологические, социальные службы, сопровождающие учебно-воспитательный процесс и обеспечивающие сохранение, укрепление и формирование здоровья и развитие личности учащихся и учителей;

- *предметно-пространственная школьная среда* – материальная база (школьное здание, оборудование, мебель, технические средства обучения, т. е. предметы, используемые педагогами и учащимися в учебно-воспитательном процессе для достижения воспитательных и образовательных целей) и санитарно-гигиеническая среда (воздушно-тепловой, световой и цветовой климат, т. е. определенная среда, все то пространство, в котором находится субъект развития в окружающем его школьном мире).

Представленные компоненты объединены генеральной целью воспитания, обучения и развития здорового человека.

Достижение поставленной цели обуславливает реализацию во всех компонентах педагогической системы школы здоровья ряда ее специфических функций [65, 69, 72]:

- 1) *социализационной*, предусматривающей включение формирующейся личности в систему общественных отношений по воспроизводству ею ценностей здоровья и здорового образа жизни, безболезненной адаптации к социальным условиям;

- 2) *культурологической*, предполагающей создание в школе благоприятных условий для овладения учащимися опытом сохранения и укрепления здоровья;

- 3) *профилактической*, ориентированной на предупреждение заболеваний, функциональных нарушений и отклонений в развитии личности школьников;

- 4) *коррекционно-реабилитационной*, направленной на преодоление личностного, физиологического состояния, не соответствующего определенным психологическим, физиологическим и социальным нормам;

5) функции укрепления здоровья, связанной с необходимостью повышения адаптационных резервов организма человека.

Давая характеристики представленных функций, В. Н. Ирхин показывает механизмы их осуществления через компоненты педагогической системы школы здоровья. Другими словами, автор ориентирует на то, чтобы проследить развитие педагогической системы в динамике. Соответственно предполагается учет протекающих в ней управленческого, педагогического, медико-психолого-валеологического и социально-педагогического процессов сопровождения ребенка на всех этапах его обучения в школе. Основу этих процессов составляет специально организованная взаимосвязанная деятельность субъектов педагогической системы по достижению генеральной цели.

Опираясь на положения теории внутришкольного управления (Ю. А. Конаржевский, Н. В. Кузьмина, М. М. Поташник, П. И. Третьяков, И. К. Шалаев, Т. И. Шамова и др.), В. Н. Ирхин представляет четырехуровневую систему управления школой здоровья, включающую общественный, административный, профессионально-педагогический и ученический уровни (табл. 1) [69, с. 173].

Таблица 1

Система управления школой здоровья

Уровень управления	Совокупные субъекты управления уровня
Общественный	Родительский комитет, попечительский совет, совет родителей-медиков, общешкольная конференция, волонтеры, общественные организации
Административный	Административный совет: директор, заместитель директора, руководители служб; валеологический совет; педагогический совет
Профессионально-педагогический	Службы, творческие объединения учителей и специалистов
Ученический	Ученический совет школы, ученические советы классов, постоянные и временные творческие объединения детей, детские и подростковые общественные союзы, ученическое самоуправление

В основу оценки результативности управления, обеспечивающего здоровье школьников в процессе их обучения, воспитания и развития, автором положена оценка динамики зрелости педагогической си-

стемы школы здоровья, включающая две основные группы показателей: количественные и качественные. Количественные показатели предполагают охват основных участников педагогического процесса валеологической деятельностью (введение уроков валеологии, института валеологов и т. д.), а также количественные показатели здоровья учащихся. Качественные показатели характеризуются степенью оздоровления образовательной среды, обновления школьной педагогической системы, валеогенного изменения сознания учителей и учащихся, уровнем сформированности их культуры здоровья и другими качественными показателями здоровья человека [62, 66, 72].

В ходе исследования В. Н. Ирхин устанавливает закономерность этапного развития школы здоровья, которая последовательно проходит этапы возникновения (скрытый и явный периоды), становления и зрелости. На каждом из этапов разрешается основное противоречие между здоровьезатратной и здоровьесозидающей педагогическими системами [67, 69].

Количественное накопление валеологических элементов, характерное для скрытого периода этапа возникновения, разрешается качественным скачком в результате создания новых структурных объединений и знаменует тем самым наступление явного периода этапа возникновения педагогической системы школы здоровья.

На этапе ее становления продолжается количественный рост валеологических элементов и структур, усложняются и упрочиваются их взаимосвязи. Валеологический инновационный процесс охватывает все аспекты внутришкольной жизни. Рушатся старые связи и структуры. Кризис старой педагогической системы достигает своего пика, до предела обостряя основное противоречие. В этих условиях существенно возрастает роль систем управления и школьных служб. Отличительной чертой этапа становления следует считать развитие процессов дифференциации-интеграции, отторжения-притяжения, ведущих к качественному изменению всех компонентов системы. В каждом из них отражается свойство целого – педагогической системы школы здоровья.

Завершается период структурной перестройкой педагогической системы. Она переходит в зрелую стадию развития, для которой характерна полная реализация всех специфических функций школы здоровья.

В числе частных закономерностей становления школы здоровья автор выделяет следующие [69, с. 274]:

- по мере созревания целостной педагогической системы школы здоровья снижается роль авторитарных управленческих и педагогических воздействий и одновременно возрастает роль гуманистических воздействий, учитывающих мотивационную сферу личности субъектов педагогической системы;

- неблагоприятные для здоровья участников педагогического процесса воздействия внешней среды стимулируют поиск механизмов валеологического обновления школьной педагогической системы;

- чем более зрелой является педагогическая система школы здоровья, тем сильнее степень ее влияния на педагогическую систему, органы управления вышестоящего иерархического уровня и школьное микросоциальное окружение;

- зрелость педагогической системы школы здоровья определяется упорядоченной взаимосвязью всех ее компонентов, отражающих валеологическую сущность целого и осуществляющих специализированные функции по достижению цели воспитания, обучения и развития здорового человека.

Основу качественного анализа педагогической системы школы здоровья составляет закономерность этапного ее развития. В. Н. Ирхин предлагает систему критериев, включающую критерии зрелости педагогической системы школы здоровья (целостность педагогической системы, характер структуры, пространственное расположение ее компонентов, связи между ними, соответствие педагогической системы цели школы здоровья, полнота реализации специфических функций школы здоровья); результативности педагогической системы школы здоровья (состояние здоровья и развитие учащихся, качество их знаний и воспитанность); подготовленности руководителей и педагогов к работе по обеспечению здоровья учащихся; удовлетворенности участников педагогического процесса деятельностью по обеспечению здоровья учащихся [63, 65, 68].

Таким образом, ведущей идеей концепции В. Н. Ирхина является развитие педагогической системы школы здоровья и всех ее компонентов, сориентированных на обеспечение здоровья учащихся. Эта идея вытекает из всеобщего принципа развития, характеризующегося применительно к здоровьезатратной педагогической системе школы

необратимыми, закономерными, целенаправленными изменениями ее структуры, функций, содержательно-организационных и субъектных составляющих. Такое изменение обеспечивается насыщением педагогической системы школы валеологическими элементами; обновлением содержания и организации деятельности «старых» элементов; установлением и упрочением множественных связей между ними; включением участников педагогического процесса, в первую очередь учителей, в здоровьесберегающую деятельность на основе повышения их культуры здоровья и мотивации к здоровому образу жизни; использованием здоровьесберегающих технологий обучения; оздоровлением предметно-пространственной среды школы. В связи с этим педагогическая система школы здоровья является необходимым условием и ведущим средством воспитания, обучения и развития здорового школьника.

1.2.4. Концепция формирования здорового образа жизни субъектов педагогического процесса в системе современного общего образования Т. Ф. Ореховой

Принимая во внимание значимость индивидуального здоровья человека как определяющего условия развития общества, Т. Ф. Орехова указывает на недостаточную деятельностную активность личности по укреплению своего здоровья и заявляет о необходимости действий, направленных на формирование положительного отношения личности к своему здоровью, о важности создания целесообразной системы обучения человека здоровому образу жизни в рамках общеобразовательной школы. В период с 1995 по 2005 г. исследователь осуществляет разработку и апробацию педагогической концепции формирования здорового образа жизни учащихся и учителей как субъектов педагогического процесса в системе современного общего образования.

Указывая на бинарную сущность здоровья как природно-культурного феномена, отражающего, с одной стороны, уровень жизнеспособности человека, а с другой – уровень культуры его личности, Т. Ф. Орехова делает два взаимосвязанных умозаключения: во-первых, значительную роль в решении проблемы укрепления здоровья детей и молодежи могут и должны играть педагоги, прямой обязанностью которых является разностороннее формирование личности растущего человека; во-вторых, людей, особенно детей, можно и нужно учить

быть здоровыми через воспитание у них соответствующего поведения и целенаправленное формирование положительной установки на активное поддержание своего здоровья в течение всей жизни [152, 153].

Достижение цели и решение задач здоровьесотворяющего образования обеспечиваются, по мнению автора, педагогическим подходом к трактовке здоровья человека, специфическими характеристиками которого являются: 1) *антропологичность*, ибо с позиций данного подхода здоровье человека рассматривается как состояние целостности его организма, которое определяется не только физическим и психическим, но и социальным благополучием, в значительной мере зависящим от характера общественных взаимоотношений человека; 2) *интегральность*, проявляющаяся в том, что трактовки здоровья человека и реализация процесса его становления осуществляются с учетом всех знаний о человеке, полученных в рамках наук, предметом изучения которых он является; 3) *лично ориентированная направленность*, регулирующая процесс становления здоровья человека таким образом, что он одновременно является и субъектом, и объектом своей деятельности по творению здоровья; 4) *педагогическая направленность* процесса творения учителями и учащимися своего здоровья педагогическими средствами; 5) *гуманистичность*, заключающаяся в том, что здоровье признается одной из главных ценностей человеческой жизни и важнейшим условием, обеспечивающим безграничное совершенствование человека, его творческое развитие и полноценную самореализацию в жизни и деятельности [152, с. 70].

На основании педагогического подхода к здоровью человека как феномену культуры Т. Ф. Орехова выделяет в нем ряд специфических черт, главной из которых является *атрибутивность*, так как здоровье – атрибут жизни и его утрата несовместима с жизнью. Являясь атрибутивным свойством жизни, здоровье человека в то же время представляет собой результат его культурной деятельности, поэтому уровень здоровья человека определяется, с одной стороны, его природной конституцией, а с другой стороны, мерой усилий, приложенных им для достижения здоровья. Это обеспечивает количественный подход к здоровью человека через измерение объема резервных мощностей организма и его определение через культуру отношений человека к себе и к окружающему миру во всем его многообразии. В качестве других специфических черт здоровья исследователь выделяет *ин-*

тегральность, так как здоровье человека можно рассматривать только в единстве функционирования его тела, души и разума; *динамизм*, поскольку здоровье как состояние организма человека, функционирующего во времени, характеризуется постоянной изменчивостью своих показателей; *управляемость*, так как состояние здоровья человека может изменяться под воздействием сознательных волевых усилий индивида; *индивидуальность нормы* здоровья каждого конкретного человека в силу его уникальности как индивидуума; *бесконечность*, так как здоровье – «спутник» жизни человека; *гипотетичность результата*, так как у человека нет возможности начать все сначала, чтобы проверить объективность полученного результата [147, 152, 153]. Именно такой подход к здоровью человека позволяет автору говорить о нем как о педагогическом понятии и рассматривать его в тесной связи с образованием растущего человека.

В качестве структурных компонентов здоровья как феномена культуры Т. Ф. Орехова выделяет: 1) *культуру физическую* (способность индивида на протяжении всей осознанной жизни управлять природосообразными телодвижениями, сохраняя гибкость позвоночника и эластичность мышц); 2) *культуру физиологическую* (способность человека управлять физиологическими процессами, протекающими в его организме, наращивать резервные мощности клеток, органов и систем организма); 3) *культуру психологическую* (способность человека управлять своими чувствами и эмоциями и на основе этого вступать в контакты с окружающими его людьми); 4) *культуру интеллектуальную* (способность человека управлять своими мыслями, контролировать их течение и использовать эти умения в построении всей системы своих отношений) [152, с. 90].

Выделенные компоненты находят свое место в здоровьеориентированной концепции организации образования, нацеленного на формирование у учащихся и учителей культуры отношения к своему здоровью в единстве ее взаимосвязанных составляющих: культуры отношения к своему телу, которая складывается из культуры физической и культуры физиологической; культуры отношения к своей душе, т. е. психологической культуры; культуры отношения к своему разуму, которую можно назвать интеллектуальной культурой.

В качестве механизма, обеспечивающего культурологический подход к становлению здоровья учащихся как одного из структурных ком-

понентов культуры их личности, исследователем представлено здоровьесотворяющее образование как целесообразно организованный педагогический процесс, обеспечивающий формирование у учащихся и учителей готовности к здоровьесотворению в условиях их взаимодействия на протяжении каждого учебного дня [150].

Организация здоровьесотворяющего образования начинается с просвещения в вопросах здоровья учителей, поскольку эффективность здоровьесотворяющего образования в решающей мере определяется положительной мотивацией учителя к сохранению и становлению своего здоровья и здоровья своих воспитанников.

Реализация здоровьесотворяющего образования обеспечивается системным (упорядоченным) включением учащихся и учителей как субъектов педагогического процесса в активную здоровьесотворяющую деятельность в учебное и во внеучебное время в течение каждого учебного дня на основе двух групп принципов здоровьесотворяющего образования, органично сочетающихся с принципами обучения и воспитания: 1) принципов здоровьесотворающего сознания, способствующих формированию у учителей и учащихся конструктивно-позитивного мышления (самостоятельности, последовательности, взаимозависимости, автономности, взаимообусловленности, постепенности и систематичности); 2) принципов здоровьесотворающего поведения, обеспечивающих здоровьесотворающую жизненную позицию и, как следствие, возможность чувствовать себя комфортно в окружающей среде (одобрения, согласия, позитивной речевой установки, личностного обращения, взаиморазвития, безусловной любви) [151–153]. Таким образом, первая группа принципов выполняет мировоззренческую функцию в становлении личности, а вторая – функцию регулирования природосообразной и культуросообразной деятельности учителей и учащихся, что в конечном итоге способствует сохранению, поддержанию, укреплению их здоровья.

Т. Ф. Орехова отмечает, что реализация принципов здоровьесотворающего образования в педагогическом процессе школы приводит к проявлению ряда закономерностей, отражающих действие всеобщих законов объективного мира: системности, детерминизма, диалектического синтеза, перехода количества в качество, диалектической противоречивости. Благодаря этому результаты реализации данных принципов проявляются, во-первых, в заметном изменении в положитель-

ную сторону отношения всех субъектов образовательного пространства к себе и их взаимоотношений; во-вторых, в возникновении потребности в позитивном изменении ситуации в образовательной организации и решимости осуществить это; в-третьих, в сознательном и активном участии в данном процессе и учителей, и учащихся; в-четвертых, в закономерном «оздоровлении» всех других сторон жизни субъектов педагогического процесса, в том числе и не связанных со школой напрямую. Успешное достижение цели возможно только при одновременной реализации всех принципов в их тесной взаимосвязи и единстве [151–153].

В качестве важного компонента здоровьесотворяющего образования исследователь выделяет здоровьесотворяющие педагогические технологии, нацеленные на одновременное решение общеобразовательных задач и формирование у учащихся и учителей готовности к здоровьесотворению как определяющему условию здорового образа жизни. Здоровьесотворяющей автор называет педагогическую технологию, целенаправленно и гарантированно обеспечивающую формирование у субъектов педагогического процесса готовности к здоровьесотворению в ходе их взаимодействия в учебно-воспитательных ситуациях и здоровому образу жизни [151–153]. Здоровьесотворяющий эффект данных технологий достигается благодаря тому, что все они построены на основе резонанса, устанавливающегося между субъектом, т. е. активно действующим индивидом, и объектом, в качестве которого может выступать орган, система или функция организма индивида, а также любой предмет или явление окружающего мира, во взаимодействие с которым вступает субъект.

Представленная Т. Ф. Ореховой классификация здоровьесотворяющих педагогических технологий по инструментам или средствам резонанса, по объекту воздействия или направленности резонанса, по доминирующему образовательному результату в становлении личности позволяет применять их в разных направлениях педагогического процесса, что дает возможность объединить их в две группы по направленности на решение дидактических задач и попутно на сохранение здоровья или на поддержание здоровья и попутно на решение дидактических и воспитательных задач. При этом одна и та же здоровьесотворяющая педагогическая технология входит во все классификации,

но в каждой из них применяется в своих целях, что является специфическим качеством этих технологий и показателем комплексного воздействия каждой из них на организм субъекта.

Любая здоровьесотворяющая педагогическая технология в силу ее тиражируемости может реализовываться каждым ее участником и обеспечивать достижение гарантированного результата, в достаточной степени соответствующего цели, при выполнении главного условия – освоения в режиме проживания. Под проживанием исследователь понимает активное освоение субъектом данной технологии в процессе самостоятельной деятельности в роли участника процесса, т. е. четкое выполнение им всех установленных действий в полном соответствии с нормативными требованиями, рефлексия полученного результата и прожитого процесса деятельности, осмысление и методический анализ всех аспектов деятельности руководителя (его действий, слов, указаний, замечаний, высказываемых им на каждом этапе управляемого процесса) [147, 151, 152].

Кроме того, систематизированные здоровьесотворяющие педагогические технологии могут служить педагогическими средствами мониторинга здоровья учащихся и учителей в педагогическом процессе, который Т. Ф. Орехова интерпретирует как постоянное наблюдение с их стороны за процессом становления своего здоровья с тройкой целью: выявления его состояния, формирования отношения к нему как личной и общественной ценности, усиления деятельностной активности в деле его сохранения и укрепления.

Автор акцентирует внимание на здоровьесотворяющей направленности уроков по всем учебным предметам, поскольку здоровьесотворяющий урок обеспечивает оптимальную работоспособность, психоэмоциональную уравновешенность, удовлетворенность процессом и результатами деятельности. В качестве показателей здоровьесотворяющего школьного урока выделены: 1) отсутствие на уроке дисциплинарных замечаний (дисциплинарные отклонения в поведении учащихся всегда имеют объективные причины, вскрыть которые и устранить основания для их возникновения – функциональная обязанность учителя); 2) оценка преимущественно отличных ответов и действий учащихся, так как любое знание можно безгранично расширять, углублять, обогащать; 3) проявление со стороны учителя абсолютного уважения к мнению и любому ответу каждого ученика, одобрение наиболее удачных ответов и отсутствие даже незначительной критики неудачных [147, 149, 151].

Важное внимание уделено организации оптимальной в условиях учебного процесса двигательной активности как средству сохранения и поддержания умственной и физической работоспособности. Выполнение этого требования достигается посредством реализации идеи о возможности и необходимости комплексного коллективного системного физического оздоровления всех субъектов педагогического процесса в течение каждого учебного дня. Учащиеся и учителя школы на протяжении учебного дня по частям выполняют определенный комплекс физических упражнений, разработанный специалистами, и других специальных оздоровительных актов, нацеленных на сохранение их здоровья, что обеспечивает удовлетворение природосообразной потребности человека в движении, воспитывает привычку регулярно заботиться об укреплении здоровья и способствует тем самым формированию культуры отношения к своему здоровью [149, 151].

Наряду с вышеобозначенными мерами в качестве определяющего условия организации здоровьесотворяющего образования в школе Т. Ф. Орехова выделяет кадровое обеспечение, указывая на необходимость соответствующей подготовки и переподготовки педагогических кадров, в том числе посредством обучающих семинаров, с целью оснащения их необходимыми и достаточными знаниями о здоровье человека и путях его становления, создания условий для приобретения педагогами собственного опыта здоровьесотворения, оснащения их способами организации здоровьесотворяющего образования в современной школе [148].

Эффективность здоровьесотворяющего образования, обеспечивающего формирование здорового образа жизни субъектов педагогического процесса, определяется, по мнению исследователя, соответствующим научно-методическим обеспечением процесса его организации: 1) наличием образовательных и организационных программ, регулирующих деятельность учителей и учащихся по творению своего здоровья; 2) наличием диагностического инструментария, при помощи которого измерение уровня здоровья и отслеживание его динамики доступно самим учителям и учащимся и приемлемо в условиях педагогического процесса современной школы [151, 152].

Достоверность выводов об эффективности формирования здорового образа жизни учащихся и учителей средствами здоровьесотворяющего образования обеспечивается, согласно Т. Ф. Ореховой, разработкой трех

видов взаимосвязанных критериев: 1) организации здоровьесберегающего образования в современной общеобразовательной школе; 2) сформированности у субъектов педагогического процесса готовности к здоровьесбережению; 3) оценки уровня их здорового образа жизни. Указанные критерии не только позволяют адекватно оценить уровень организации здоровьесберегающего образования, но и обладают образовательным потенциалом, так как способствуют развитию у учителей и учащихся наблюдательности, которая является необходимым качеством человека, идущего по пути сохранения и укрепления здоровья [147, 148, 151].

Таким образом, основная идея концепции Т. Ф. Ореховой заключается в положении о возможности и необходимости такой организации целостного педагогического процесса современной школы, при которой обеспечивались бы условия для формирования здорового образа жизни учащихся и учителей как взаимодействующих субъектов. В качестве основы для реализации данной идеи выступает моделирование здоровьесберегающего образования, которое представляет собой не отдельный образовательный процесс, а специфическую функцию целостного педагогического процесса, его качественную, имманентную характеристику, определяющую направленность всех структурных компонентов педагогического процесса на формирование у учащихся и учителей готовности к творению своего здоровья. Доминантным условием, обеспечивающим достижение данной цели, является содержательно и структурно организованное взаимодействие учащихся и учителей в направлении сознательной, систематической и долговременной деятельности по сохранению и укреплению своего здоровья как компонента культуры личности. Содержательным эквивалентом такой культуры выступает готовность к здоровьесбережению как личностное качество индивида, обуславливающее определенное качество образа его жизни.

1.2.5. Акмеовалеологический подход к формированию индивидуальной стратегии здорового образа жизни субъектов образовательного процесса А. Г. Маджуги

Вопрос о социально значимых составляющих здоровья населения относится к числу наиболее сложных, поскольку имеет прямое отношение к ключевым аспектам жизни людей, условиям их труда

и образу жизни. Важным является не только наличие у человека крепкого здоровья, но и его способность реализовать свою человеческую миссию, для чего необходимо быть здоровым и телом, и духом. Соответственно в понятие «здоровье», по мнению А. Г. Маджуги, следует включать конкретные формы поведения человека, его цели, мотивы, позволяющие улучшать качество жизни, достигать высокой степени самореализации. По этой причине особое значение сегодня приобретает акмеологическая составляющая развития здоровья, его рассмотрение становится возможным на основе концептуальных идей новой области научных знаний о здоровье – акмеологии здоровья [11, 109, 110].

Акмеология здоровья дает интегрированную оценку состояния здоровья индивида в соотношении с его способностью к выполнению активной и перспективной для деятельности (с позиции философского, психологического и медицинского осмысления) роли, а также статуса здоровья в жизнедеятельности и развитии человека. С ее позиций возможно раскрытие обусловленности биологической, социальной и психической составляющих в определении здоровья. Данная направленность акмеологии здоровья позволила А. Г. Маджуге обозначить акмеолого-психологическое содержание адаптации, социализации и формирования физического, социального и психического здоровья индивида в решении проблем удовлетворения жизненных потребностей, среди которых потребность быть здоровым и активно действующим является главной; выстроить понимание акмеологических основ формирования здоровых начал личности, сущности интеракций и проблем интериоризации, значения моделей, алгоритмов и уровней акмеологических составляющих здоровья; оценить внутреннюю позицию личности, направленную на сохранение своего здоровья [11, 109].

Сущностное значение в акмеологии здоровья имеют алгоритмы процесса индивидуальной социализации в сферах интегративной субъективности: ценностно-ориентационной, интеллектуальной и коммуникативной (по С. В. Кондратьеву) [109, 110, 125].

Ценностно-ориентационная сфера интегративной субъективности включает систему нравственных, моральных качеств, усваиваемые навыки самосохранения. Первоначально формируется образ социальной среды (причем характерный для большинства), затем происходит присвоение ценностей (которыми также обладает большинство) и возникает ощущение своего тела и состояния здоровья. Проис-

ходит отражение ценностей здоровья в социальных установках (Д. Н. Узнадзе) поведения человека на границе потребностей индивида и воздействия актуальной им ситуации, на которой формируются феноменологическое поле и социально-психологическое пространство опыта социализации, стереотипов поведения, основанных на определенных стандартах здоровья.

Интеллектуальная сфера интегративной субъективности касается индивидуального интеллекта (М. А. Холодная) как формы организации индивидуального менталитетного опыта – ментальных структур личности. В индивидуальной субъективности она появляется для социального индивида на бессознательном уровне, а для личности на сознательном уровне. В свою очередь, ментальные структуры являются в виде когнитивного, метакогнитивного и интенционного опыта.

Когнитивный опыт представлен в виде архетипических структур, кодированной информации, когнитивных схем, семантических и понятийных структур. Поскольку для личности характерно словесно-речевое кодирование информации о здоровье, а для индивидуальной субъективности – чувственно-сенсорное, виды реализации семантических структур в когнитивном опыте сохранения здоровья различны: в интеллектуальной сфере личности – через эксплицитные знания о здоровом образе жизни и болезнях, в сфере индивидуальной субъективности – через имплицитные знания. И та и другая сферы предполагают высокую степень осознания значимости здоровья в жизни.

Метакогнитивный опыт включает осознанный и произвольный интеллектуальный контроль состояния здоровья и метакогнитивную осведомленность на фоне открытой познавательной позиции, которая характеризует осведомленность личности о состоянии здоровья. Произвольный контроль показывает уровень интроспекции представлений человека о состоянии здоровья и детерминирован сознательной активностью, управлением здоровым образом жизни, метакогнитивной осведомленностью о безопасности жизнедеятельности в социуме.

Интенционный опыт характеризуется направленностью и избирательностью интеллектуальной активности – интенцией на совершенствование своего здоровья, которая реализуется через личностные и надличностные структуры психического здоровья (в интегративной субъективности они характеризуют возможности стрессоустойчивости к экстремальным и чрезвычайным ситуациям).

Коммуникативная сфера интегративной субъективности проявляется через вербальное и невербальное общение. В общении актуальные потребности в стрессоустойчивости проецируются на других людей, активизируют у них аналогичные побуждения и вызывают ответную реакцию двух уровней: психофизиологического и социально детерминированного. В коммуникативной среде язык кодирует информацию, в том числе о здоровье, и обеспечивает ее прием и передачу.

Таким образом, А. Г. Маджуга показывает, что все три сферы, взаимодействуя между собой, формируют целостность интегральной субъективности личности в различных жизненных ситуациях.

Изучение закономерностей развития человека убеждает исследователя в том, что на ступени зрелости, особенно при достижении личностью наиболее высокого уровня развития, проявляемого в деятельности, на состояние зрелости «работает» вся предшествующая жизнь человека, его актуальная конструктивно-творческая доминанта. В таком понимании «акме» предстает как интегральная формула здоровья, самопознания, самоопределения и творческого самоутверждения человека. Именно поэтому при проектировании акмеовалеологической модели развития здоровья личности одноименный концептуальный подход будет являться основополагающим.

Акмеовалеологический подход А. Г. Маджуга представляет как интегративный научный подход, который устанавливает соотношение между феноменами «акме» и «здоровье» и постулирует необходимость рассмотрения здоровья как динамического процесса, направленного на осознание важности самосовершенствования и саморазвития человека как главной детерминанты его успешности в профессиональной деятельности и личностного роста, а также показывает взаимосвязь между профессиональным самосознанием и аутокомпетенциями в отношении своего здоровья и обеспечивает формирование на этой основе стратегий жизни и деятельности, направленных не только на сохранение, укрепление здоровья, но и на его приращение, т. е. на созидательную активность в отношении своего здоровья [11, 125].

Формирование отношения людей к собственному здоровью, по мнению исследователя, возможно посредством развития мотивации, определяющей отношение к работе, перспективе профессионального роста, материальной обеспеченности, резервам, характеру и направленности взаимодействия в системе «организм – среда – поведение».

При этом отношение к здоровью является внутренним механизмом его развития, в основе которого лежит высокая субъективная значимость здоровья и его осознание человеком как предпосылки реализации своих жизненных задач [111, 125].

Развитие здоровья, по А. Г. Маджуге, можно рассматривать через отношение к здоровью, т. е. через его внутренний механизм, представленный семью акмеовалеологическими пространствами [109, 110, 125]:

1. *Ценностно-мотивационное пространство* определяет место здоровья в индивидуальной иерархии ценностей человека, особенности мотивации здорового образа жизни.

2. *Рефлексивно-оценочное пространство* характеризует особенности осознания и оценки субъектом своих внутренних психических актов и состояний, связанных со здоровьем; включает способность отражать, оценивать свое состояние, обращать сознание внутрь себя, размышлять над своим физическим и психическим состоянием.

3. *Эмоционально-чувственное пространство* характеризует эмоции и чувства человека, связанные с состоянием его здоровья, а также особенности эмоционального состояния, обусловленные ухудшением физического или психического самочувствия человека.

4. *Когнитивное пространство* отражает особенности познавательных процессов личности относительно состояния своего здоровья.

5. *Поведенческое пространство* характеризует особенности проявления действенного начала человека по отношению к своему здоровью, освоение им здоровьесберегающих технологий и создание здоровьесберегающего и здоровьесозидающего образовательного пространства.

6. *Этнофункциональное пространство* отражает целостное здоровье человека с позиции этнодифференцирующих и этноинтегрирующих признаков, наличие которых определяет либо этнофункциональную рассогласованность, либо этнофункциональную согласованность в деятельности важнейших систем жизнеобеспечения и личностных проявлениях, связанных с конкретными этнически predeterminedными убеждениями в отношении болезни и здоровья, а также форм здоровьесбережения.

7. *Энергоинформационное пространство* характеризует целостное здоровье человека с позиций выраженности энергии самости и биоэнергоинформационного контроля деятельности ведущих адаптивных систем организма.

Степень сформированности указанных пространств свидетельствует об уровне развития здоровья личности. Соответственно выстраивание акмеовалеологической модели развития здоровья человека может быть представлено как процесс конструирования оптимального содержания и взаимосвязи данных пространств [110, 111, 125].

Таким образом, в основе рассмотренных концепций лежит идея личностного развития субъектов образовательного процесса (прежде всего учащегося):

- обеспечение через самообразование и саморазвитие человека его самоактуализации, становления как личности посредством введения в образовательный процесс учебного курса «Валеология» (Л. Г. Татарникова);

- всестороннее развитие личности через формирование системы ценностного отношения к здоровью посредством реализации здоровьеразвивающих программ обучения и воспитания (Н. П. Абаскалова);

- воспитание, обучение и развитие здорового человека посредством построения соответствующей педагогической системы школы (В. Н. Ирхин);

- становление здоровья учащихся как одного из структурных компонентов культуры их личности посредством целесообразно организованного педагогического процесса, обеспечивающего формирование у учащихся и учителей готовности к здоровьетворению (как личностного качества индивида) в условиях их взаимодействия (Т. Ф. Орехова);

- самосовершенствование и саморазвитие человека в аспекте целостного здоровья как главной детерминанты его успешности в профессиональной деятельности и личностного роста и формирование на этой основе стратегий жизни и деятельности человека, направленных не только на сохранение, укрепление здоровья, но и на его приращение, т. е. на созидательную активность в отношении своего здоровья (А. Г. Маджуга).

В современный период перехода от знаниевого подхода к компетентностному, в контексте которого образование должно быть ориентировано на результат, содержание образования представляется как педагогически адаптированный социальный опыт человечества, изоморфный по структуре человеческой культуре. Основными элементами его являются опыт познавательной деятельности, зафиксированный в форме знаний; опыт осуществления известных способов дея-

тельности – в форме умения действовать по образцу; опыт творческой деятельности – в форме умения принимать эффективные решения в проблемных ситуациях [113, 115, 121].

С учетом главных целей общего образования, структурного представления социального опыта личности и основных видов деятельности учащихся вызывает интерес компетенция личностного самосовершенствования, которая проявляется в усвоении способов физического, нравственного, эмоционального развития, заботе о здоровье, его сохранении и формировании. При этом здоровье выступает не как результат влияния внешних условий и сопротивления им, а как проявление внутренней созидательной активности, творчества в процессе жизнедеятельности. Соответственно его следует рассматривать как целевой ресурс личности, которым можно управлять. У здоровья как ресурса имеется определенный базис – здравотворческий потенциал, развитие которого возможно в результате реализации здоровьесберегающей и здоровьесозидающей функций образования как целенаправленной совместной работы педагогов, родителей и самого ребенка, ориентирующей учащихся на конструирование собственного здоровья на основе механизмов личностной самоактуализации и самореализации, т. е. готовности к здравотворчеству.

1.3. Готовность учащихся к здравотворчеству как системообразующий фактор и результат здоровьесберегающей деятельности

В педагогической науке выделяют такие виды деятельности (функции образования), как нормативная, регулирующая, воспитывающая, социализирующая и др. Наряду с названными функциями образования исследователи вводят здоровьесберегающую (Н. А. Голиков, В. И. Загвязинский, Н. Н. Малярчук, С. Г. Сериков, Н. К. Смирнов и др.).

Здоровьесберегающая деятельность, или здоровьесбережение, большинством исследователей рассматривается как целенаправленная деятельность по сохранению и укреплению здоровья субъектов образовательного процесса, предполагающая определенные преобразования, прежде всего, в интеллектуальной и эмоциональной сферах личности, направленные на повышение ценностного отношения как к собственному здоровью, так и к здоровью окружающих [18, 62, 155,

192]. С. Г. Сериков рассматривает данный вид деятельности как единство педагогических мер, направленных на улучшение (не ухудшение) здоровья учащихся и рост качества их образованности [176].

В понятии «здоровьесберегающая деятельность» прилагательное «здоровьесберегающая» несет смысловую нагрузку слова «сбережение». Согласно «Словарю русского языка» С. И. Ожегова, сберегать – это сохранить, не дать утратиться, пропасть [144, с. 686], следовательно, здоровьесбережение (синоним – здоровьесохранение) – это сохранение здоровья на заданном уровне. Существительное «деятельность» толкуется как «...структурно и операционно-организованная активность любых систем для достижения определенных целей. Такая активность характерна для живых (органических) систем, но прежде всего для человека и различного рода социальных систем. Структура любой деятельности состоит из четырех основных компонентов: предмет, средства, цель и результат, которые органически взаимосвязаны между собой в рамках определенного вида деятельности» [100, с. 195].

Ряд исследователей более перспективным считают использование таких понятий, как «здоровьеформирование», «здоровьесозидание» и «здравотворчество», предполагающих достижение человеком более высокого уровня здоровья по сравнению с предыдущим [38, 121, 127].

Здоровьеформирование (от словосочетания «формирование здоровья»; формировать – придавать чему-нибудь определенную форму, законченность; порождать; создавать, составлять, организовывать [144, с. 837]) нами понимается как целенаправленная организация процесса по созданию нового состояния (уровня, качества) здоровья субъектов образования.

Понятие «здоровьесозидание» (от словосочетания «созидание здоровья»; создать – сделать существующим, произвести, основать [144, с. 730]) содержит смыслы созидания здоровья как качественно новой характеристики. Поэтому оно близко по смыслу понятию «здравотворчество» (творить – творчески создавать, делать, совершать, осуществлять [144, с. 775]).

С учетом тенденции к ухудшению состояния здоровья детско-подросткового населения в период обучения важно создать условия, позволяющие остановить данный процесс, т. е. первоочередная задача заключается в сохранении имеющегося уровня здоровья и уже в даль-

нейшем – в оказании содействия в его повышении, что прежде всего будет зависеть от усилий самого человека, его мотивационных и целевых установок [38, 121, 127].

Выделение здоровьесберегающей функции образования позволяет углубить научные представления о его сущности как системы, обеспечивающей охрану здоровья обучающихся и воспитанников, акцентировать внимание на ее направленности на обеспечение здоровьесберегающего поведения субъектов образовательного процесса. Реализация подобного подхода требует такого структурно-целостного осмысления образования, которое основывается на изучении специфики его компонентов (воспитания, обучения и развития), а также связей между данными компонентами, что должно обеспечить достижение проектируемого здоровьесберегающего эффекта. Соответственно здоровьесберегающую деятельность в рамках системы образования следует охарактеризовать как такой способ реализации всех компонентов образования в их единстве, который обусловит деятельность учебных заведений по охране здоровья обучающихся, целенаправленно обеспечивая достижение планируемого уровня здоровья. Сущность данной деятельности заключается в *формировании у субъектов образовательного процесса опыта здоровьесберегающей деятельности и мотивации к активному поиску оптимальных стратегий, направленных на актуализацию своего здоровьесберегающего потенциала, а также на организацию собственного здорового образа жизни, т. е. на формирование здоровьесберегающей личностной позиции.*

Сегодня здоровьесберегающая деятельность реализуется на основе теоретического и практического опыта валеологии – науки, изучающей механизмы физиологического, психологического, социального развития и сохранения здоровья человека в условиях его жизнедеятельности, осуществляемой при значительных изменениях внешней и внутренней среды [156, 161, 188, 211].

Среди основных направлений обеспечения охраны здоровья обучающихся и воспитанников образовательных организаций необходимо выделить следующие:

- изучение влияния факторов риска, в том числе внутришкольной среды, на состояние здоровья субъектов образовательного процесса (М. В. Антропова, М. М. Безруких, Г. Г. Онищенко и др.);
- разработка технологий и программ мониторинга состояния здоровья субъектов образовательного процесса, здоровьесберегающей среды учебного заведения (Э. М. Казин, Л. А. Семенов и др.);

- исследование причин и механизмов формирования, сохранения и укрепления здоровья субъектов образовательного процесса в условиях учебного заведения (И. И. Брехман, В. П. Казначеев, В. В. Колбанов и др.);

- разработка и применение здоровьесберегающих технологий в учебно-воспитательном процессе (Г. И. Зайцев, Н. М. Полетаева, Н. К. Смирнов и др.);

- формирование валеологической культуры субъектов образовательного процесса (Э. Н. Вайнер, Н. Н. Малярчук, Л. Г. Татарникова и др.);

- изучение организационных направлений здоровьесберегающей деятельности (В. Н. Ирхин, Э. М. Казин, Н. В. Третьякова и др.).

Здоровье в большинстве случаев рассматривается как медицинская категория, что находит отражение в определениях данного понятия (здоровье как отсутствие болезней), подходах к сохранению здоровья (соблюдение санитарно-гигиенических требований и др.), критериях его оценки (морфофункциональные показатели организма, заболеваемость и др.) (Р. М. Баевский, В. В. Колбанов, В. Н. Ростовцев и др.). С позиций медицинского подхода охрана здоровья предполагает его восстановление (лечение) и профилактику, основанную на соблюдении ряда гигиенических требований в отношении питания, двигательной активности и др. Данный подход не рассматривает направленное воздействие на формирование духовно-нравственной позиции личности (причем в первую очередь человека растущего и развивающегося), ориентированной на здоровый образ жизни. Формирование такой позиции возможно обеспечить в условиях образовательной среды. При этом важно интегрировать педагогический подход к сохранению здоровья учащихся с подходом медицинским, что в совокупности обеспечит запланированный результат.

Образовательные организации выполняют прежде всего образовательную функцию, к их компетенции относится формирование у обучающихся определенного объема знаний, умений и навыков, в том числе по проблемам здоровья и здорового образа жизни. В настоящее время уровень сформированности данных знаний следует считать достаточным. Однако высокие оценочные показатели знаний расходятся со способностями обучающихся к их практической реализации в процессе жизнедеятельности. Это значит, что необходим пересмотр основных ха-

рактистик учащегося образовательной организации, т. е. внесение поправок в модель учащегося, отражающих его духовно-нравственную позицию в вопросах отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих, его готовность к здравотворческой деятельности.

Творчество есть деятельность человека, направленная на создание духовных и материальных ценностей; то, что создано в результате такой деятельности, совокупность созданного, сотворенного [35, 53]. На взаимовлияние творчества и деятельности личности указывает Б. Г. Ананьев. В нашем исследовании ценностью и результатом творчества выступает здоровье.

Исследователи определяют ценности как вещественно-предметные свойства явлений, характеристики, имеющие положительные и отрицательные значения для индивида и общества [177, с. 5].

Выделяя терминальные и инструментальные классы ценностей, М. Рокич к первым относит убеждения в том, что какая-то конечная цель индивидуального существования с личной и общественной точек зрения стоит того, чтобы к ней стремиться, ко вторым – убеждения в том, что какой-то образ действий является с личной и общественной точек зрения предпочтительным в любых ситуациях [54, с. 18].

Ценности служат ориентиром деятельности и поведения человека только при условии сформированности у него ценностных отношений и сознания [132, 177, 221].

Ценностное сознание являет собой форму отражения объективной действительности, позволяющую субъекту определить пространство своей жизнедеятельности как нравственно-духовное; это единство психических процессов, активно участвующих в осмыслении человеком объективного мира и своего собственного бытия на основе отражения действительности как мира духовных ценностей. Именно ценностное сознание является основой мировоззрения, строящегося на отражении и проектировании реальной жизни людей, их устремленности в будущее с учетом опыта предшествующих поколений и позиции всеобщего блага [177, с. 121–123].

Ценностное отношение представлено как внутренняя позиция человека, отражающая взаимосвязь личностных и общественных значений [178, с. 124]. Объектами ценностного отношения являются значимые для человека предметы и явления. Природа ценностного отношения эмоциональна, так как оно отражает субъективную и личностно переживаемую связь человека с окружающим миром.

Ценностное отношение имеет целостную структуру и существует в качестве проективной реальности, связывающей индивидуальное сознание с общественным, субъективную реальность с объективной [132]. Рассматривая отношения как субъективную, внутреннюю сторону взаимодействия человека с окружающей действительностью, В. Н. Мясищев характеризует их как интегральную позицию личности в целом, выделяя три типа отношений человека: к миру вещей и явлениям природы, к людям и явлениям социума, к самому себе [139].

Исследуя динамику ценностных отношений, ученые выделяют уровни их развития [177, с. 125]:

- условно-рефлекторный, характеризующийся наличием первоначальных (положительных или отрицательных) реакций на различные раздражители;
- конкретно-эмоциональный с условным возникновением реакций и выражением отношений любви, привязанности, вражды, боязни и т. п.;
- конкретно-личностный, появляющийся в ходе деятельности и отражающий избирательное отношение к окружающему миру;
- собственно духовный, на котором социальные нормы и требования морали становятся внутренними регуляторами поведения.

Условием возникновения ценностного отношения является вовлечение его объектов в различные виды деятельности [139, с. 33–39]. А значит, здоровьесберегающая деятельность учебных заведений должна быть организована таким образом, чтобы повышать внутреннюю активность человека: через формирование необходимого объема знаний и их творческое осмысление к последующему закреплению результатов в различных видах здоровьесберегающей деятельности.

Исследователями установлено, что в основе здоровьесберегающей деятельности человека лежит непрерывный процесс взаимодействия между ним и ситуациями, в которые он включен и на которые реагирует на основе когнитивных, смысловых и мотивационных факторов, а также того психологического значения, которое ситуация имеет для него в данный момент. Соответственно основным показателем, свидетельствующим о готовности и способности человека эффективно управлять личной здоровьесберегающей деятельностью, является уровень сформированности категорий системы установок на здоровьесберегающую деятельность [48, 127].

Здоровьесберегающую деятельность в этом случае следует представить как осознанную познавательную, поведенческую и другую ак-

тивность человека, направленную на сохранение и формирование здоровья. Данная активность должна быть обеспечена соответствующей стратегией, технологиями, приемами и методами. Немалое значение имеет и социально-педагогическая поддержка здоровотворческой деятельности человека со стороны ближайшего окружения.

Понятие «готовность» в толковых словарях русского языка определяется как согласие или желание сделать что-нибудь, содействовать чему-нибудь [34, 53].

Психологические словари трактуют готовность к действию как установку, направленную на выполнение того или иного действия [33, 41], что предполагает наличие не только определенных знаний, умений, навыков, но и стремления противодействовать возникающим в процессе выполнения действия препятствиям. Готовности приписывается какой-либо личностный смысл в отношении выполняемого действия. Именно как устойчивую характеристику личности рассматривают исследователи готовность, когда обращаются к ее психофизиологическим основам (А. А. Ухтомский и др.); определяют ее компоненты (Б. Г. Ананьев, С. Л. Рубинштейн и др.); говорят о ней как о синтезе свойств личности, определяющих пригодность человека к деятельности (В. С. Ильин, В. А. Сластенин и др.).

На физиологическом уровне готовность рассматривается в соответствии с учением А. А. Ухтомского, согласно которому механизм данного состояния опирается на подвижность «нервных приборов», обеспечивающих переход от оперативного покоя к срочному действию [213]. Своеобразным фоном для готовности выступают психофизиологические процессы (ощущение, восприятие, мышление, эмоции, внимание и др.) как элементы формирования динамического стереотипа¹, что позволяет целенаправленно отбирать специфические требования к способностям человека (в нашем случае здоровотворческим) и оценивать их. В зависимости от особенностей здоровотворческой деятельности ключевыми могут быть функции анализаторов, аналитико-синтетические функции цен-

¹ Понятие «динамический стереотип» отражает интеграцию условно-рефлекторных процессов в коре больших полушарий, которая достигается при многократном предъявлении одних и тех же положительных или тормозных условных раздражителей, следующих с постоянными интервалами времени между ними. При формировании динамического стереотипа происходят существенные энергозатраты, которые в дальнейшем окупаются за счет повышения эффективности работы нервной системы, так как после каждой реакции происходит автоматическая подготовка к последующей [142].

тральной нервной системы, а также функции, составляющие основу мотивации, внимания, памяти, двигательных действий. Поэтому *готовность к здоровотворческой деятельности* возможно определить как *субъективное состояние личности, означающее желание и способность заниматься здоровотворческой деятельностью*.

Анализ понятия «готовность» позволяет представить готовность личности как ее важное качество. Личность в этом случае есть характеристика конкретного человека как субъекта социальных отношений и сознательной деятельности, свободно и ответственно определяющего свою позицию среди других [160, с. 32]. Также личность отличается устойчивостью мотивов поведения и практических действий, интересов, склонностей, мировоззрения, направляющих ее деятельность относительно независимо от текущих ситуаций.

Являясь сложным психологическим образованием, готовность включает в себя ряд взаимосвязанных личностных компонентов: мотивационный (положительное отношение, интерес к деятельности); ориентационный, когнитивный (определенные знания, представления об особенностях и условиях деятельности, ее требованиях к личности; уровень сформированности познавательных процессов: ощущений, восприятия, памяти, мышления, воображения, внимания); операциональный, процессуальный (владение способами деятельности, необходимыми знаниями, навыками, умениями, процессами анализа, синтеза, сравнения, обобщения и др.; перенос индивидуального опыта в повседневную практику); волевой (ответственное отношение к деятельности, целеустремленность, самоконтроль); оценочный, рефлексивный (оценка своей подготовленности и соответствия процесса решения задач оптимальным образцам) [14, 171].

Психологи выделяют длительную готовность и временное состояние готовности. Первая определяет уровень пригодности к деятельности, вторая – предстартовое состояние перед началом деятельности, в нашем случае здоровотворческой. Данное разделение показывает потенциальное различие общих и ситуационных характеристик психологических систем. Кроме того, предполагается существование некоего индивидуального, личностного барьера психологической готовности к деятельности [37, с. 121].

В различных источниках готовность трактуется как состояние, свойство или качество личности, но в любом случае она является

предпосылкой эффективной деятельности. Соответственно, ведя речь о сущности и содержании готовности обучающихся к здоровотворческой деятельности, необходимо принимать во внимание, что они обусловлены закономерностями жизнедеятельности человека и будут определяться прежде всего целями и характером решаемых в течение жизни задач, связанных с охраной здоровья.

Таким образом, *готовность к здоровотворческой деятельности* следует определить как *состояние мобилизации психофизиологических систем человека, позволяющее обеспечить эффективное выполнение определенных действий по сохранению, укреплению и развитию здоровья при вооружении его соответствующими знаниями, умениями, навыками, программой действий и наличии у него решимости совершать их.*

Следовательно, формирование готовности должно быть связано с развитием способностей, интересов и склонностей личности, с ее непосредственными жизненными планами и ценностными ориентациями в отношении здоровья.

На основании изложенного можно сделать следующие *выводы.*

В условиях устойчивого снижения уровня здоровья современных детей, подростков и молодежи, преимущественно происходящего в период обучения и во многом обусловленного действием внутриучебных факторов риска, на образование как на целостную структуру, обеспечивающую социализацию личности, ложится задача формирования, сохранения и развития здоровья подрастающего поколения. Реализуется данная задача по таким векторам, как санитарно-гигиенический, лечебно-профилактический, физкультурно-оздоровительный, эколого-валеологический, валеоакмеологический и вектор здоровьесберегающей педагогики.

Динамику развития здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций можно проследить в ряде концепций, раскрывающих различные подходы к формированию, сохранению и развитию здоровья субъектов образовательного процесса.

Концепция личностно ориентированного образования в валеологически направленных педагогических системах Л. Г. Татарниковой (1990-е гг.) раскрывает сущность валеологического образования, направленного на самоактуализацию личности. Л. Г. Татарникова показывает валеологические доминанты и основы самообразования и са-

моразвития человека, его становления как личности через введение в образовательный процесс учебного курса «Валеология». Концепция валеологического образования основывается на индивидуальном стиле восприятия знаний, в основе которого лежат самоанализ и принцип самопознания.

На основе системного подхода строится концепция формирования здорового образа жизни субъектов образовательного процесса в системе «школа – вуз» Н. П. Абаскаловой (1990–2000). Анализируя понятие «здоровье» и давая обоснование возможностей человека в поддержании собственного здоровья, автор предлагает разрабатывать воспитательные и образовательные программы по здоровому образу жизни, формы, методы и технологии педагогического воздействия, отвечающие потребностям организма и обеспечивающие оптимизацию учебного процесса за счет его индивидуализации. Н. П. Абаскалова показывает целесообразность разработки здоровьеразвивающих программ обучения и воспитания, позволяющих сформировать систему ценностного отношения к здоровью, для достижения идеала всесторонне развитой личности, вводит модель «Здоровая школа». Исследователь также указывает на необходимость профессиональной подготовки студентов и учителей по программе «педагогика здоровья».

В. Н. Ирхин выстраивает концепцию педагогической системы школы здоровья (1992–2002) с учетом исторических предпосылок и ведущих закономерностей возникновения и развития школ здоровья в России. С позиций системного подхода автор раскрывает сущность, функции и механизмы основных компонентов педагогической системы школы здоровья (управление, педагогический процесс, школьные службы, предметно-пространственная школьная среда), объединенных генеральной целью воспитания, обучения и развития здорового человека. В. Н. Ирхин представляет четырехуровневую систему управления педагогической системой школы здоровья, раскрывает количественные и качественные показатели эффективности данного управления, устанавливает закономерности этапов развития школы здоровья.

Указывая на значительную роль педагога в формировании личности растущего человека и необходимость воспитания у последнего установки на активное поддержание своего здоровья, Т. Ф. Орехова строит концепцию формирования здорового образа жизни субъектов педагогического процесса в системе современного общего образова-

ния (1995–2005). Автор раскрывает сущность педагогического подхода, в соответствии с которым здоровье человека рассматривается как феномен культуры в тесной связи с образованием. В структурных компонентах здоровья Т. Ф. Орехова выделяет культуру физическую, физиологическую, психологическую и интеллектуальную, определяя их место в здоровьеориентированной концепции организации образования, нацеленного на формирование у учащихся и учителей культуры отношения к своему здоровью. В качестве механизма, обеспечивающего культурологический подход к становлению здоровья учащихся как одного из структурных компонентов культуры их личности, автор представляет здоровьетворящее образование – целесообразно организованный педагогический процесс, обеспечивающий формирование у учащихся и учителей готовности к здоровьетворению (как личностного качества индивида) в условиях их взаимодействия; раскрывает особенности здоровьетворящих педагогических технологий, обеспечивающих формирование данной готовности.

В современный период развития образования, направленного на становление социального опыта обучающихся, обеспечение непрерывности развития личности и достижения его вершин на основе механизмов самоактуализации и самореализации, особое значение наряду с валеологической приобретает акмеологическая составляющая созидания здоровья человека. Данный подход отражен в исследованиях А. Г. Маджуги (2011–2013).

В соответствии с акмеологией здоровья развитие здоровья субъектов образовательного процесса и создание обеспечивающей его здоровьесозидающей среды прежде всего предполагают процесс акмеологизации в семи основных валеоакмеологических пространствах: ценностно-мотивационном, рефлексивно-оценочном, эмоционально-чувственном, когнитивном, поведенческом, этнофункциональном, энергоинформационном, степень сформированности которых свидетельствует об уровне развития здоровья личности.

Реализация образовательными организациями деятельности по формированию, сохранению и развитию здоровья детей, подростков и учащейся молодежи позволяет углубить научные представления о сущности образования как системы, обеспечивающей охрану здоровья субъектов образовательного процесса. Это предполагает структурно-целостное осмысление образования, изучение специфики его

компонентов (воспитания, обучения и развития), а также связей между данными компонентами, что должно обеспечить достижение проектируемого здоровьесберегающего эффекта. В этом случае формирование, сохранение и развитие здоровья в рамках системы образования следует охарактеризовать как такой способ реализации всех компонентов образования в их единстве, который обусловит здоровьесберегающую деятельность учебных заведений, целенаправленно обеспечивая достижение планируемого уровня здоровья. Сущность данной деятельности заключается в формировании у субъектов образовательного процесса опыта здоровьесберегающей деятельности и мотивации к активному поиску оптимальных стратегий, направленных на актуализацию своего здоровьесберегающего потенциала, а также на организацию собственного здорового образа жизни, т. е. на формирование здоровотворческой личностной позиции. Ее проявление раскрывается в готовности учащихся к здоровотворчеству как состоянию мобилизации психофизиологических систем человека, позволяющему обеспечить эффективное выполнение определенных действий по сохранению, укреплению и развитию здоровья при вооружении соответствующими знаниями, умениями, навыками, программой действий и наличии решимости совершать их.

В свою очередь формирование здоровотворческой личностной позиции предполагает наличие соответствующей модели готовности учащихся к здоровотворческой деятельности, разработку определенных педагогических условий, обеспечивающих формирование такой позиции.

Глава 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ ПРОЕКТИРОВАНИЯ МОДЕЛИ ФОРМИРОВАНИЯ ГОТОВНОСТИ УЧАЩИХСЯ К ЗДРАВСТВЕННО-СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

2.1. Концепция формирования готовности учащихся к здоровьесберегающей деятельности

Формирование готовности учащихся к здоровьесберегающей деятельности (как состояния мобилизации психофизиологических систем человека, позволяющего обеспечить эффективное выполнение определенных действий по сохранению, укреплению и развитию здоровья при вооружении соответствующими знаниями, умениями, навыками, программой действий и наличии решимости совершать их) следует связывать с развитием способностей, интересов и склонностей личности в отношении здоровья. Основными подходами к ее формированию являются аксиологический, онтогенетический, холистический, акмеологический, личностно-деятельностный, векторно-контекстуальный.

Аксиологический подход позволяет рассматривать здоровье личности в качестве приоритетной социальной ценности, занимающей самую высокую ступень в иерархии ценностей человека (А. Я. Иванюшкин, Ю. В. Науменко, Б. Г. Юдин и др.). Соответственно необходимо ориентировать образовательный процесс на формирование у учащихся реальных представлений о подлинных и мнимых ценностях жизни и деятельности, на выбор ими позитивной здоровьесберегающей стратегии взаимодействия с окружающим миром. Под содержанием ценностей здоровья мы понимаем комплекс компонентов (физический, интеллектуальный, эмоциональный, социальный, личностный, духовный), позволяющих учащемуся удовлетворять свою потребность в здоровом образе жизни и способствующих формированию у него готовности к здоровьесберегающей деятельности и здоровьесберегающей личностной позиции.

Онтогенетический подход предполагает рассмотрение стратегий отношения человека к своему здоровью в различные периоды онтогенеза и их учет при разработке содержательно-процессуальных ос-

нов построения индивидуальных траекторий безопасного и здорового образа жизни в условиях образовательного учреждения (Н. П. Абаскалова, Э. М. Казин, Л. Г. Татарникова и др.).

Холистический подход дает возможность рассматривать здоровье в единстве всех его компонентов. Наиболее эффективной стратегией в реализации приоритетов здоровья в образовании признается интеграция усилий специалистов различного профиля в сфере сохранения, укрепления и развития здоровья (Э. М. Казин, В. В. Колбанов, Н. М. Полетаева и др.).

С позиций *акмеологического подхода* здоровье личности рассматривается как показатель жизненного благополучия человека и результат его саморазвития (А. А. Деркач, Н. М. Полетаева и др.). Соответственно следует формировать у учащихся высокую субъектную значимость здоровья и добиваться его осознания как предпосылки реализации собственных жизненных задач.

Личностно-деятельностный подход раскрывает здоровье как характеристику личности, формирующуюся в деятельности и являющуюся ее результатом (Л. С. Выготский, Т. Ф. Орехова и др.). Деятельность следует рассматривать как главный источник формирования личности и фактор ее развития, поскольку в деятельности учащийся приобретает опыт, который, актуализируясь, вызывает развертывание внутренних структур личности и придает тем самым деятельности личностный смысл. Реализация данного подхода предполагает ориентацию на развитие творческого потенциала личности и позволяет учесть индивидуальные и возрастные особенности каждого учащегося посредством его включения в деятельность, способствует самореализации и личностному росту.

Векторно-контекстуальный подход предлагает рассматривать здоровье и вопросы развертывания потенциала здравотворчества человека (как соответствующих векторов) в телесно-физиологическом, психологическом¹ и духовно-нравственном контекстах, что отражает холистическое понимание здоровья и задает направления (векторы) развития здравотворческого потенциала (А. Г. Маджуга).

¹ Психологический контекст – это система внутренних и внешних факторов и условий поведения и деятельности человека как субъекта, влияющих на особенности его восприятия, понимания и преобразования им конкретной ситуации, определяющих смысл и значение этой ситуации как целого и всех входящих в него компонентов [43].

Обозначенные концептуальные подходы позволяют рассматривать здоровье как целевой ресурс личности, которым можно управлять. У здоровья как ресурса должен быть определенный базис. Вслед за А. Г. Маджугой мы рассматриваем в качестве такового здравотворческий (здоровьесозидающий) потенциал личности, актуализация которого возможна в образовательном процессе [120].

Здравотворческий потенциал личности – это динамическая психологическая система представлений о предпочитаемой модели (идеальном образе) физического и психического здоровья и о собственном ресурсном обеспечении, а также о средствах и способах его наращивания [123].

Содержание здравотворческого потенциала включает следующие ресурсы [121, 122, 124]:

1) *интеллектуальные*: интеллектуальные и учебные умения, владение которыми во многом определяет сохранение работоспособности – одного из основных показателей здоровьесберегающего образовательного процесса;

2) *эмоционально-волевые*: умения ставить цели, осуществлять выбор путей их достижения, соединять цели жизни со смыслом своего существования, адекватная оценка проблемных ситуаций и их разрешение, управление собой в любых обстоятельствах и др.;

3) *физические*: умения развивать физическую составляющую здоровья, осознавать, дифференцировать, понимать собственные ощущения, телесные потребности, регулировать свои телесные процессы и др.;

4) *духовно-нравственные*: умение развивать духовную природу человека, т. е. осознавать ценность здоровья и ответственно относиться к своему здоровью и здоровью окружающих;

5) *социально-адаптационные*: умения оптимально адаптироваться к социальным условиям, устанавливать контакты с другими людьми, развивать партнерские отношения, строить взаимообогащающее здоровое общение, способность обратиться за помощью к другим и по возможности прийти на помощь самому;

6) *креативные*: умения нестандартно мыслить и решать любые жизненные задачи посредством развитого доверия к творческой части своей личности, предоставления ей полной свободы в этой деятельности.

Здравотворческий потенциал А. Г. Маджуга раскрывает как совокупность внешних (социокультурный компонент) и внутренних

(физический и психологический компоненты) условий для поддержания и укрепления здоровья человеком как субъектом собственного целостного здоровья [120]. Расширяя перечень указанных автором компонентов, к *внутренним условиям* здравотворческого потенциала мы относим следующие:

- *физические (соматические) условия* – наследственность, уровень физического развития (показатели соматометрии и соматоскопии), уровень состояния здоровья по наличию или отсутствию хронической заболеваемости, уровень неспецифической резистентности (сопротивляемости) организма, уровень физической подготовленности;

- *психологические условия* – уровень развития основных психологических процессов (восприятие, мышление, память, воображение и др.) и его соответствие возрастным нормативам; уровень резерва психических возможностей (резерва психической адаптации), или стрессоустойчивости;

- *духовно-нравственные условия* – уровень развития эмоционально-мотивационной сферы, ценностных ориентаций и установок; уровень адекватности поведения требованиям социальной среды.

К *внешним условиям* (социокультурный компонент) здравотворческого потенциала следует отнести:

- *социальные условия* – наличие и доступность услуг физкультурно-оздоровительных, коррекционно-психологических, медико-реабилитационных и иных центров и служб содействия укреплению здоровья;

- *общественно-идеологические условия* – наличие стойких идеологических позиций в отношении приоритетности здоровья, здорового образа жизни, поддерживаемых на всех уровнях государственной власти (федеральном, региональном, муниципальном и объектном).

Актуализация здравотворческого потенциала проявляется в феномене объективно и субъективно воспринимаемого здоровья. Данным процессом возможно руководить, если рассматривать развитие здравотворческого потенциала с позиций векторно-концептуального подхода. В исследовании мы опираемся на психологическую векторную модель здоровьесозидающего потенциала личности, разработанную А. Г. Маджугой [111, 120, 123]. Данная модель включает в себя три вектора: метакогнитивные способности, валеологическую установку и аффективную атрибуцию [51, 120, 123].

Метакогнитивные способности характеризуют индивидуальные особенности личности, позволяющие отражать, оценивать и осознанно управлять собственной когнитивной системой при оценке результативности или построении прогностической модели здоровья. Содержательное поле метакогнитивных способностей включает отражение (метаатрибуцию), оценивание (метасамооценку) собственной когнитивной системы и управление ею (метакопинг). Этот вектор субъективно может быть описан вопросом: «На что я воздействую?»

Валеологическая установка определяется как психологическое состояние предрасположенности субъекта к активной позиции в отношении удержания и наращивания объема собственного здоровьесоздающего потенциала. Валеологическая установка может быть первичной и вторичной. Первичная валеологическая установка создается на основе потребности в сохранении здоровья и обуславливает возникновение активности, направленной на повышение ранга ценности здорового образа жизни в общей системе ценностей личности. Вторичная валеологическая установка образуется на основе доминирующей потребности в наращивании здоровьесоздающего (здоровьесозидающего) потенциала в ситуации угрозы его деформации. Как правило, это связано с невозможностью его реализации в результате устойчивого негативного воздействия внешней социальной или экологической среды. Данный вектор субъективно можно описать вопросом: «Что я хочу иметь?»

Аффективная атрибуция выступает как когнитивно-личностное образование, определяющее эмоционально-энергетическое обеспечение процессов здоровьесоздания и атрибуцию возникающих психоэмоциональных состояний. Данное образование включает в себя доминирующее эмоциональное переживание в отношении желаемой модели собственного физического и психического здоровья; атрибуцию возникающих аффектов, осознанные (неосознанные) искажения атрибуции, позволяющие индивиду определить и объяснить (путем приписывания причин) собственное эмоционально-аффективное отношение к здоровьесозидающему потенциалу. Субъективно этот вектор может быть описан вопросом: «Что я чувствую и почему?»

Расширяя данные направления, на наш взгляд, важно выделить вектор *здоровьесозидательных компетенций*, характеризующий уровень становления и развития практических навыков сохранения, укрепления и развития здоровья, их применения (моделирования) в различ-

ных жизненных ситуациях, поскольку здравотворческая активность должна быть обеспечена как практическим инструментарием (технологиями, приемами и методами), так и методическими подходами к его использованию при моделировании и построении соответствующих изменяющимся ситуациям стратегий.

Вектор следует рассматривать как элемент психологического пространства личности, обладающий направлением и дихотомическими проявлениями. Он может быть свободным (эквивалентным) и фиксированным с другим вектором. Например, аффективная атрибуция и метакогнитивные способности – это связанные, или фиксированные, векторы. Возможность движения по вектору задает как ограничения, так и преимущества в развитии здравотворческого потенциала.

В соответствии с выделенными подходами к формированию готовности учащихся к здравотворческой деятельности следует обозначить основные принципы этого процесса.

Принцип ценностности предполагает формирование у учащихся устойчивой мировоззренческой позиции относительно общечеловеческих ценностей, ценностей собственного здоровья и здоровья окружающих как наивысших в иерархии ценностей.

Принцип акмеологичности предусматривает формирование у учащихся субъектной значимости здоровья как важнейшего условия и предпосылки реализации лично и профессионально важных жизненных задач.

Принцип интегрированности обуславливает разносторонность воздействия на учащихся в процессе сохранения, укрепления и развития здоровья с учетом единства его компонентов (физического, психологического и духовно-нравственного), в соответствии с чем необходимо обеспечить интеграцию усилий специалистов различных профилей (медико-гигиенического, психолого-педагогического, социально-педагогического).

Принцип индивидуализации предполагает разработку содержательно-процессуальных основ формирования здравотворческой личностной позиции учащихся в условиях образовательной организации с учетом особенностей текущего периода онтогенеза.

Принцип творческой активности (деятельности) означает развитие здравотворческого потенциала личности через включение ее в здравотворческую деятельность.

Принцип самоуправляемости предусматривает расширение здоровотворческого потенциала личности через управление (самоуправление) внешними и внутренними условиями его обеспечения (физическими, психологическими, духовно-нравственными, социальными, общественно-идеологическими) на уровне различных субъектов образовательного процесса (учащиеся, педагоги, родители, медицинские работники, администрация образовательной организации и др.).

Принцип векторности предполагает формирование и развитие здоровотворческого потенциала личности по индивидуальным траекториям движения – векторам (метакогнитивные способности, валеологическая установка, аффективная атрибуция, здоровотворческие компетенции).

Формирование здоровотворческой личностной позиции учащихся предусматривает учет обозначенных концептуальных подходов и создание на их основе модели готовности учащихся к здоровотворческой деятельности.

2.2. Модель готовности учащегося образовательной организации к здоровотворческой деятельности

Становление здоровотворческой личностной позиции обучающихся предполагает предварительное создание некоего образа – модели, выступающей ориентиром как для самого субъекта здоровотворческой деятельности в процессе его развития (саморазвития), так и для образовательной организации, обеспечивающей становление данной позиции. Как система требований к учащемуся модель позволяет предвидеть цели, средства, методы, критерии становления личностно значимых качеств, необходимых для здоровотворческой деятельности.

В частности, модель должна быть обусловлена целями, характером и закономерностями жизнедеятельности человека; определяться степенью сформированности совокупности его специфических способностей, личностных свойств, интересов и склонностей; обеспечивать достижение требуемых результатов в плане сохранения, укрепления и развития здоровья человека в процессе жизнедеятельности; являться обобщенным критерием качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций [37].

Модель готовности учащегося к здравотворческой деятельности опирается на положение о целостности человеческой личности и предполагает определенную структуру, соответствующую структуре личности. С учетом особенностей здравотворческой деятельности в модели выстраивается структура требований на основе структуры деятельности, развития сознания и всех личностных свойств обучающегося. Особый интерес в связи с этим представляют труды Л. С. Выготского, С. Л. Рубинштейна, А. А. Ухтомского и др., где человек рассматривается как индивид, личность и субъект деятельности.

Целостный подход к индивидуальному развитию человека подразумевает изучение развития психических функций на протяжении всей его жизни. Наша модель основывается на признании развития в качестве важнейшего методологического принципа. Модель предполагает развитие физиологических и психических процессов, качеств и свойств человека на основе его генотипа. Психика детерминируется, с одной стороны, мозгом, с другой – внешним миром. Ведущая роль принадлежит связи индивида с миром, с которым он вступает в действенный и познавательный контакт. Психическая деятельность есть деятельность мозга, взаимодействующего с внешним миром.

Личность и как индивид, и как субъект деятельности является продуктом интеграции процессов, в ходе которых осуществляются жизненные отношения субъекта. Различные формы взаимосвязи субъекта с окружающей средой обеспечивают когнитивная, регулятивная и коммуникативная подсистемы. Согласно системным исследованиям Б. Ф. Ломова, любое психическое явление разворачивается одновременно в нескольких планах, раскрывающих разные масштабы его организации. На первом плане фиксируются взаимосвязь и взаимодействие между субъектом и объектом. Психика здесь выступает как субъективное отражение объективного, как регулятор активности субъекта и как структура личностных образований. Второй план – совокупность относительно самостоятельных функциональных образований-подсистем. Третий план фиксирует субъекта в его отношении к системам более высокого уровня: включаясь в социальную систему, человеческий индивид становится носителем социального качества и выступает как личность, а включаясь в биологическую систему, он становится носителем природных качеств и выступает как организм. Каждая из этих систем, дифференцируясь, является основанием разнообразных свойств человека: материально-структурных, функциональных, сис-

темных. Наконец, четвертый план раскрывает субъекта через движение нейрональных микросистем, а психика в целом представляется как отражательная функция мозга. Целостное описание психики предполагает сочетание всех планов [106].

Системный подход к психике человека позволяет установить, что ее целостность и дифференцированность возникают и формируются в ходе развития индивида [37, с. 127]. Данный подход предполагает многообразие источников и движущих сил развития человека, которое всегда связано с системой противоречий (между разными свойствами, уровнями, основаниями, факторами и т. д.) и предусматривает разные пути их разрешения.

В психологическом плане можно выделить потенциал индивидуально-психического развития (одаренность, специальные способности, работоспособность, трудоспособность) и структурные свойства личности, в том числе темперамент. При этом направленность личности, мотивация поведения выступают как некая совокупность или система отношений личности к обществу, труду, материальным ценностям, самой себе, культуре, другим людям, как взаимопроникновение смысла и значения, как динамика, установки, нравственные позиции и мотивы поведения личности. Все стороны личности тесно взаимодействуют между собой, однако доминирующее влияние оказывает социальная сторона личности: мировоззрение, направленность, потребности, интересы, идеалы, стремления, моральные и этические качества.

Таким образом, исследователи рассматривают развитие личности как единый сложный системный процесс, детерминированный историческими условиями общественной жизни и генотипом человека.

При разработке модели готовности учащегося образовательной организации к здоровотворческой деятельности следует исходить из того, что данная готовность представляет собой совокупность психологических и психофизиологических особенностей человека, а также знаний, навыков, умений, необходимых для эффективного выполнения задач сохранения, укрепления и развития здоровья.

Поскольку здоровотворческая деятельность сопряжена с самоактуализацией и формированием здоровотворческой личностной позиции человека, как компоненты процесса здоровотворчества нужно обозначить [121, с. 24–25]:

- рефлексия (состояния тела, духа и интеллекта);
- целеполагание (обнаружение своего нового Я);

- самопрограммирование (разработка последовательности действий по осуществлению себя и поиск ресурсов в себе);
- самореализацию (осуществление процесса выхода на новый образ Я).

Соответственно основными компонентами готовности учащегося образовательной организации к здоровотворческой деятельности следует считать:

1) *мотивационно-ценностный*: приоритетность ценности здоровья в системе ценностей, наличие потребности и желания сохранить и укрепить здоровье, доминирующая внутренняя мотивация к здоровотворческой деятельности;

2) *когнитивный*: система знаний о здоровье, здоровом образе жизни, способах охраны и увеличения резервов здоровья; представления об особенностях и условиях здоровотворческой деятельности, требованиях к личности, которые она предъявляет;

3) *эмоционально-волевой*: ответственное отношение к собственному здоровью и здоровью окружающих; целеустремленность в здоровотворческой деятельности; стремление к самопознанию, саморазвитию, самовоспитанию, отраженное в индивидуальном опыте здоровотворческой деятельности; самоконтроль, обеспечивающий систематичность осуществления здоровотворческой деятельности;

4) *операционально-процессуальный*: владение способами осуществления здоровотворческой деятельности, перенос индивидуального опыта по сохранению, укреплению и развитию здоровья в повседневную практику;

5) *оценочно-рефлексивный*: оценка своей подготовленности и ответственности процесса решения здоровотворческих задач оптимальным образом.

Содержание компонентов следует рассматривать как систему здоровотворческих способностей личности обучающегося, границы целостности которой определяются требованиями здоровотворческой деятельности человека. Все компоненты готовности обучающегося к здоровотворческой деятельности взаимосвязаны и взаимообусловлены. В частности, ценностное отношение к здоровью стимулирует мотивацию, обеспечивающую здоровотворческую деятельность личности, влияет на формирование когнитивного компонента. Сформированная мотивация, в свою очередь, оказывает воздействие на развитие эмоцио-

нально положительного отношения к самому процессу здоровьесберегающей деятельности, способствует проявлению волевых усилий. Положительные эмоции, сопровождающие ситуации успеха, фиксируются в сознании и стимулируют развитие когнитивного, волевого и рефлексивного компонентов. Развитые рефлексивные способности позволяют адекватно оценивать свою активность с позиций здоровьесбережения, корректировать эмоционально-волевые проявления, влияют на формирование потребности в углублении и систематизации знаний [113, 121].

Содержание готовности как комплекса требуемых свойств личности является также совокупностью показателей, обеспечивающих возможность ее оценки. Переходя к рассмотрению содержания готовности, следует отметить, что в создании, сохранении и восстановлении состояния готовности к деятельности решающую роль играет ее взаимосвязь с различными сторонами личности. Вне реально существующих связей с другими характеристиками деятельности личности состояние готовности теряет свое содержание. С этой точки зрения для нашего исследования важно обеспечить условия для возникновения данных связей при формировании способностей человека.

Способности – это устойчивые индивидуальные психологические особенности, отличающие людей друг от друга и объясняющие различия в их успехах в разных видах деятельности. Имеются определенные отличия способностей человека от его знаний, умений и навыков. Эти отличия сводятся к следующему. При наличии способностей и при недостатке знаний, умений и навыков человек может приобрести эти знания, умения и навыки и успешно справиться с соответствующей деятельностью. При отсутствии способностей человек будет не в состоянии ни успешно справляться с деятельностью, ни приобретать связанные с ней знания, умения и навыки. Хотя знания, умения и навыки входят в состав развитых способностей, сами способности к ним не сводятся. Способности обуславливают скорость и качество приобретения человеком знаний, умений и навыков, но обязательно сочетаются с уже имеющимися у него знаниями, умениями и навыками [142, с. 410].

Согласно психологической концепции динамической функциональной структуры личности К. К. Платонова, способности включают элементы всех подструктур личности: *направленности* (убеждения,

мировоззрение, идеалы, стремления, интересы, желания, т. е. социально обусловленные содержательные черты, которые не имеют непосредственных врожденных задатков и являются проявлением личности человека); *опыта* (наряду с личным опытом, в том числе социальным, это знания, умения и навыки); *индивидуальных особенностей* (воля, чувства, восприятие, мышление, ощущения, эмоции, память); *темперамента* (типологические свойства личности) [158].

Критерии, по которым из этих подструктур выделяются способности, определяются самой сущностью способностей, связанной с тем или иным видом деятельности. Соответственно *здравотворческие способности* – специфические качества, необходимые для эффективного осуществления здравотворческой деятельности. Специфические качества в данном случае определяются как совокупность духовных, психических и физических качеств, необходимых и достаточных для осуществления эффективной здравотворческой деятельности.

Способности к здравотворческой деятельности как свойства личности включают в себя требуемые для здравотворческой деятельности характеристики личности из четырех ее подструктур (в том числе возможность применять здравотворческие способности). При этом наличие связей между способностями как свойствами личности, а также цели и границ их совокупности позволяет признать такую совокупность целостной системой готовности к здравотворческой деятельности. Системообразующим фактором готовности как системы здравотворческих способностей является ее цель, т. е. сама здравотворческая деятельность учащихся образовательных организаций.

Итак, система здравотворческих способностей включает в себя элементы всех четырех подструктур личности учащегося, обладает внутрисистемными связями и образует целостность под воздействием системообразующего фактора – цели, задаваемой здравотворческой деятельностью.

Развитие способностей (в том числе к здравотворческой деятельности) предполагает их улучшение, или совершенствование. Они могут развиваться спонтанно и целенаправленно, стихийно и организовано. Организованный процесс развития способностей происходит в системе образования и связан с сознательными действиями работников образования в этом направлении. Чтобы способности человека

успешно развивались, необходимо создать для этого оптимальные условия, среди которых следует выделить [142, с. 411]:

1) своевременное и полное выявление имеющихся у человека задатков;

2) активное включение человека в те виды деятельности, в которых соответствующие задатки проявляются, а связанные с ними способности формируются и развиваются;

3) одновременное включение человека в разные виды деятельности (такие, которые связаны со многими способностями);

4) наличие подготовленных педагогов, владеющих методиками развития способностей у других людей;

5) применение для развития способностей современных эффективных средств и методов обучения;

6) обеспечение систематического контроля и стимулирования процесса развития способностей как со стороны тех, кто их формирует и развивает, так и со стороны тех, у кого эти способности формируются и развиваются.

В отношении первого условия следует отметить, что задатки, даже если они известны и определены, существуют на анатомо-физиологическом уровне и представляют собой лишь условия для формирования способностей, но не являются гарантией их успешного развития. При правильно организованном обучении и воспитании человека имеющиеся у него задатки будут быстрее превращаться в способности, и в своем развитии его способности, связанные с соответствующими задатками, достигнут более высокого уровня развития, чем у человека, лишенного таких задатков. Однако если человека, имеющего задатки, специально не обучать, то его задатки вряд ли превратятся в высокоразвитые способности [142, с. 411].

Обеспечение процесса формирования здравотворческих способностей учащихся образовательной организации предполагает реализацию данных условий.

Результатом формирования готовности к здравотворческой деятельности должно стать появление тех необходимых мотивов, установок и опыта, придание психическим процессам и свойствам личности таких особенностей, которые обеспечат учащемуся возможность эффективно вести здоровый образ жизни независимо от условий или динамики изменения жизненной обстановки, т. е. *выработка здравотворческой личностной позиции*.

Ориентировочные критерии оценки и соответствующие им показатели готовности учащихся к здоровьесберегающей деятельности, модифицированные и дополненные в соответствии с разработками Э. М. Казина, представлены в табл. 2 [57, с. 108–112].

Таблица 2

Ориентировочные критерии оценки и показатели готовности учащихся к здоровьесберегающей деятельности

Показатели	Уровень выраженности (ориентировочный)	Средства измерения (ориентировочные)
1	2	3
<i>Мотивационно-ценностный критерий</i>		
Уровень сформированности мотивации к выполнению определенных действий по сохранению, укреплению и развитию здоровья. Степень целеустремленности и волевых усилий в данном процессе. Место ценностей здоровья в ценностно-смысловой иерархии. Устойчивость интереса к собственному здоровью. Уровень духовно-нравственного благополучия	<p>Высокий. Проявление устойчивого интереса к действиям по сохранению, укреплению и развитию здоровья, целеустремленности и волевых усилий, мотивации к сохранению и укреплению здоровья. Высокое место ценностей здоровья в иерархии жизненных ценностей</p> <p>Средний. Проявление неустойчивого интереса и мотивации к действиям по сохранению, укреплению и развитию здоровья. Недостаток целеустремленности и волевых усилий в данной деятельности. Промежуточные позиции ценностей здоровья в иерархии жизненных ценностей. Преобладание мотивации избегания неудачи в некоторых жизненных сферах</p> <p>Низкий. Отсутствие интереса и мотивации к действиям по сохранению, укреплению и развитию здоровья. Низкие ранги ценностей здоровья в иерархии жизненных ценностей</p>	<p>Опросник для выявления уровня сформированности здоровьесберегающей личностной позиции (А. Г. Маджуга)*. Методика «Индекс отношения к здоровью» (С. Д. Дерябо, В. А. Ясвин)*. Опросник для выявления уровня волевых усилий по овладению действиями по сохранению и укреплению здоровья. Психологические методики исследования мотивации достижения. Методики измерения ценностных ориентаций. Методики оценки образа жизни. Наблюдение и экспертные оценки педагогов, опрос родителей и др.</p>

1	2	3
<i>Когнитивный критерий</i>		
<p>Полнота и дифференцированность знаний о здоровье, здоровом образе жизни, способах охраны и увеличения резервов здоровья. Представление об особенностях и условиях здоровотворческой деятельности, требованиях к личности, которые она предъявляет</p>	<p>Высокий. Полнота знаний о здоровье, здоровом образе жизни, способах охраны и увеличения резервов здоровья. Наличие четкого представления о сфере применения навыков сохранения, укрепления и развития здоровья</p> <p>Средний. Элементарные или отрывочные сведения о здоровье, здоровом образе жизни, способах охраны и увеличения резервов здоровья. Отсутствие выраженных представлений о сфере применения навыков сохранения, укрепления и развития здоровья</p> <p>Низкий. Недостоверность или отсутствие знаний о здоровье, здоровом образе жизни, способах охраны и увеличения резервов здоровья. Несформированность представлений о сфере применения навыков сохранения, укрепления и развития здоровья</p>	<p>Опросник для выявления уровня сформированности здоровотворческой личностной позиции (А. Г. Маджуга)*. Диагностика валеологического типа личности (А. Г. Маджуга)*. Методика «Индекс отношения к здоровью» (С. Д. Дерябо, В. А. Ясвин)*. Анкетно-опросные методики выявления уровня знаний о здоровье, здоровом образе жизни, способах охраны и увеличения резервов здоровья и др.</p>
<i>Эмоционально-волевой критерий</i>		
<p>Уровень психологического благополучия, эмоционального комфорта, удовлетворенности жизнью. Степень ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих. Уровень тревожности</p>	<p>Высокий. Высокий уровень психологического благополучия, эмоционального комфорта, удовлетворенности жизнью. Высокая степень ответственности по отношению к собственному здоровью и здоровью окружающих. Оптимальный уровень тревожности</p> <p>Средний. Удовлетворительный уровень психологического благополучия, эмоционально-</p>	<p>Методика «Индекс отношения к здоровью» (С. Д. Дерябо, В. А. Ясвина)*. Диагностика валеологического типа личности (А. Г. Маджуга)*. Методика оценки самочувствия, активности, настроения (САН)*. Методика оценки социального благополучия и личностной устойчивости (А. В. Антоновский)*. Ме-</p>

1	2	3
	<p>го комфорта, средний уровень удовлетворенности жизнью. Достаточная степень ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих. Тенденция к повышению уровня тревожности</p> <p>Н и з к и й . Психологическое неблагополучие, эмоциональный дискомфорт, неудовлетворенность основными сферами жизни. Недостаточно ответственное отношение к собственному здоровью и здоровью окружающих. Высокий уровень тревожности</p>	<p>тодики оценки эмоционального комфорта. Методики оценки тревожности, агрессии, депрессии и др.</p>
<i>Операционально-процессуальный критерий</i>		
<p>Владение способами осуществления здоровьесберегающей деятельности и индивидуальными стратегиями копинг-поведения, жизненно важными навыками, техниками психоэмоциональной регуляции. Сформированность полезных привычек, способов организации и практических навыков здорового образа жизни. Творческое отношение к сохранению, укреплению и развитию здоровья. Разработка личного плана сохранения, укрепле-</p>	<p>В ы с о к и й . Высокий уровень владения способами осуществления здоровьесберегающей деятельности. Яркое проявление умения спланировать, организовать и осуществить деятельность по сохранению, укреплению и развитию здоровья. Сформированность навыков здорового образа жизни. Наличие эффективных копинг-стратегий и навыков психоэмоциональной саморегуляции. Выполнение личного плана сохранения, укрепления и развития здоровья. Проявление творческого, эвристического подходов, самостоятельности, стремления к использованию оригинальных, нестандартных способов, к самообразованию в деятельности по сохранению, укреплению и развитию здоровья</p>	<p>Методика «Индекс отношения к здоровью» (С. Д. Дерябо, В. А. Ясвина)*. Диагностика валеологического типа личности (А. Г. Маджуга)*. Определение типа валеологической установки (А. Г. Маджуга)*. Методика оценки социального благополучия и личностной устойчивости (А. В. Антоновский)*. Практические задания и упражнения, направленные на выявление навыков осуществления деятельности по сохранению, укреплению и развитию здоровья. Педагогическое наблюдение, экспертные оценки педагогов, опрос родителей. Тест по оценке образа жизни. Методики выявления копинг-</p>

1	2	3
<p>ния и развития здоровья</p>	<p>Средний. Достаточный уровень владения способами осуществления здоровьесберегающей деятельности. Затруднения в планировании, организации и осуществлении деятельности по сохранению, укреплению и развитию здоровья. Недостаточно полная сформированность навыков здорового образа жизни. Затруднения в построении эффективных копинг-стратегий и недостаточная сформированность навыков психоэмоциональной саморегуляции. Отсутствие личного плана сохранения, укрепления и развития здоровья. Проявление элементов творческого подхода, самостоятельности в деятельности по сохранению, укреплению и развитию здоровья</p> <p>Низкий. Недостаточный уровень владения способами осуществления здоровьесберегающей деятельности. Отсутствие выраженного умения планировать, организовывать и осуществлять деятельность по сохранению, укреплению и развитию здоровья. Несформированность навыков здорового образа жизни. Отсутствие навыков психоэмоциональной саморегуляции, личного плана укрепления здоровья. Отсутствие элементов творчества в деятельности по сохранению, укреплению и развитию здоровья</p>	<p>стратегий. Методика оценки творческой составляющей в деятельности по сохранению, укреплению и развитию здоровья. Методика диагностики межличностных отношений и др.</p>

1	2	3
<i>Оценочно-рефлексивный критерий</i>		
<p>Уровень самооценки подготовленности и соответствия процесса решения задач оптимальным образцам</p>	<p>Высокий. Проявление рефлексии, адекватной знаниям, умениям, навыкам по сохранению, укреплению и развитию здоровья, влекущей своевременную перестройку личного плана, схемы здоровьесберегающего поведения. Наличие сознательного контроля над процессом сбора zdravotворческой информации, способность к критическому анализу получаемых сведений и их оценке</p> <p>Средний. Проявление рефлексии, неадекватной знаниям, умениям, навыкам по сохранению, укреплению и развитию здоровья. Перестройка схемы здоровьесберегающего поведения стихийна, необоснованна</p> <p>Низкий. Отсутствие проявления рефлексии в знании и понимании субъектом самого себя, выяснении того, как другие воспринимают рефлексизирующего, его личностные особенности. Эмоциональные реакции и когнитивные представления в пространстве zdravotворчества не отражают опыт по его присвоению. Перестройки схемы здоровьесберегающего поведения не происходит</p>	<p>Опросник уровня сформированности zdravotворческой личностной позиции (А. Г. Маджуга)*. Методика «Индекс отношения к здоровью» (С. Д. Дерябо, В. А. Ясвина)*. Модифицированные методики оценки рефлексивности, уровня субъективного контроля и др.</p>

* Методики являются обязательными в оценке результатов диагностики готовности обучающихся к zdravotворчеству.

Готовность учащихся к здоровьесберегающей деятельности обеспечивается системой качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций, направленной на развитие здоровьесберегающих способностей обучающихся, т. е. на формирование содержания системы готовности [195, 198, 200]. Модель готовности обучающегося к здоровьесберегающей деятельности представлена на рис. 4.



Рис. 4. Модель готовности обучающегося образовательной организации к здоровьесберегающей деятельности

Внесение представленных изменений в общую модель обучающегося образовательной организации повлечет за собой пересмотр образовательной деятельности учебного заведения. Потребуется вне-

сение коррективов в цели, содержание, формы и методы организации образовательного процесса. В этом случае направление здоровьесберегающей деятельности образовательной организации, или ее стратегию, можно представить следующим образом: от овладения основными навыками образовательной деятельности через самопознание, смыслотворчество и самосовершенствование – к самоопределению в отношении здоровья, выработке здравотворческой личностной позиции и освоению индивидуальных технологий оздоровления.

2.3. Педагогические условия формирования готовности учащихся к здравотворческой деятельности

Формирование готовности учащихся к здравотворческой деятельности – сложный и длительный процесс, поэтому он должен осуществляться в течение всего периода обучения в образовательной организации и предусматривать создание специальных условий, обеспечивающих приобщение учащихся к процессу здравотворчества.

Образовательная деятельность человека происходит посредством его контактов с окружением. Окружение человека характеризуется определенными свойствами. Рассматривая свойства окружения обучающегося как некую данность, как обстоятельства, сопутствующие его образовательной деятельности, Г. Н. Сериков называет их условиями ее осуществления [175, с. 91].

Понятие «условие» толкуется как: 1) обстоятельство, от которого что-нибудь зависит; 2) правила, установленные в какой-нибудь области жизни, деятельности; 3) обстановка, в которой что-нибудь происходит [144, с. 588].

В контексте психического развития Р. С. Немов раскрывает условия через совокупность внутренних и внешних причин, определяющих психологическое развитие человека, ускоряющих или замедляющих его, оказывающих влияние на процесс развития, его динамику и конечные результаты [142, с. 270–271].

Схожую позицию занимают педагоги, рассматривая условие как совокупность переменных природных, социальных, внешних и внутренних воздействий, влияющих на физическое, нравственное, психическое развитие человека, его поведение, воспитание и обучение, формирование личности [160, с. 36].

В целом в рамках педагогического процесса условие можно охарактеризовать:

- как совокупность причин, обстоятельств, каких-либо объектов и т. д.;
- как влияние обозначенной совокупности на воспитание, обучение и развитие человека, в том числе на ускорение или замедление данных процессов.

Условия осуществления образовательной деятельности человека весьма разнообразны и разнородны. Одни из них предопределяются объективными законами развития реальной действительности. Другие носят антропогенный характер, т. е. являются следствиями социальных процессов. Некоторые условия специально создаются для осуществления образовательной деятельности людей. Однако при всем различии любые условия характеризуются общим признаком: обучающийся, оказавшись в тех или иных условиях образовательной деятельности, испытывает их влияние на себе. При этом он воспринимает соответствующие условия как объективные обстоятельства, общепризнанные правила (требования), которые касаются его постольку, поскольку его образовательная деятельность происходит в этих условиях [175, с. 91].

Условия образовательной деятельности исследователи преимущественно классифицируют на внешние и внутренние [60, 175]

Под *внешними условиями* Г. Н. Сериков понимает условия образовательной деятельности, характеризующие окружение обучающегося [175, с. 92]. Исследователь утверждает, что внешние условия образовательной деятельности человека существуют сами по себе, вне связи с ней. В них проявляются объективные признаки (свойства), которые сопутствуют образовательной деятельности человека. Различаясь природой происхождения, внешние условия проявляются параллельно образовательной деятельности и служат фоном ее осуществления. Они совпадают с многоаспектной характеристикой окружения, в котором осуществляется образовательная деятельность. Это и разнообразные природные явления (климатические условия, например), и социальные процессы (политические, экономические, культурологические, бытовые условия). Соответствующие условия составляют общий фон осуществления образовательной деятельности человека. Он характеризует экологическую (в обобщенном смысле) обстановку, в которой происходит образовательная деятельность.

К внешним условиям образовательной деятельности Г. Н. Сериков относит и такие, которые непосредственно связаны с ней [175, с. 92–93]. Исследователь говорит об обстоятельствах, касающихся доступности для человека тех или иных источников информации, других средств осуществления образовательной деятельности; придается значение обстановке и дизайну помещений, в которых происходит образовательная деятельность; отмечается отношение окружающих человека людей (родителей, педагогов, друзей и др.) к его образовательной деятельности и ряд иных внешних условий, сопутствующих образовательной деятельности человека.

Внутренние условия Г. Н. Сериков характеризует как обстоятельства, сопровождающие осуществление образовательной деятельности, а именно состояния и тенденции к изменениям, имеющие место во внутреннем мире обучающегося. Эти обстоятельства также закономерно обусловлены и объективно предопределены, например, врожденными особенностями. Изменения такого рода обстоятельств происходят вне сознания человека. Однако они вполне определенно сказываются на характеристиках его образовательной деятельности. В этом смысле внутренние условия настолько же объективны (независимы от воли и сознания человека), насколько и внешние.

К внутренним условиям образовательной деятельности исследователь относит такие индивидуальные особенности человека, которые сказываются на любых аспектах его жизнедеятельности, а именно врожденные свойства и приобретенные (развивающиеся) качества, обуславливающие жизнедеятельность в целом. Такого рода свойства и качества проявляются как своеобразные реакции организма и (или) психики человека независимо от вида осуществляемой им деятельности.

Среди внутренних условий имеют место и такие, которые характерны для образовательной деятельности человека. Такого рода условия являются предпосылками обмена информацией между обучающимся и его окружением. Именно они характеризуют предрасположенность человека к усвоению информации, к творчеству в ее использовании. Другими словами, от состояния и тенденций изменения соответствующих внутренних условий непосредственно зависит качество образовательной деятельности по показателям усвоения и использования информации. Согласно общепринятой трактовке термина «условия» этот аспект внутренних условий объективно (независимо от воли человека) предопределяет успех его образовательной деятельности.

Г. Н. Сериков выявляет определенную зависимость между внешними и внутренними условиями образовательной деятельности человека: внешние условия отражаются на внутренних. Тем самым появляются предпосылки для изменения внутренних условий образовательной деятельности человека. Другими словами, человек, оказываясь во внешних условиях (осуществляя образовательную деятельность), реагирует на них. Это означает, что внешние условия, информационно отражаясь во внутреннем мире человека, служат одной из реактивных предпосылок изменения внутренних условий образовательной деятельности. Соответствующие реакции зависят от природоопределенных свойств и развившихся качеств человека как от внутренних реактивных предпосылок. В зависимости от сочетания внешних и внутренних условий реакции человека могут быть различными – от адаптации до попыток противостояния. От их содержания зависят изменения внутренних условий образовательной деятельности. Если внешние условия благоприятны для человека, то они гармонируют с состоянием его внутреннего мира. В благоприятных внешних условиях человек чувствует прилив сил, обострение потребности в образовательной деятельности. Неблагоприятные внешние условия вызывают дисгармонию в его внутреннем состоянии. Находясь в них, человек чувствует тревожность, озабоченность внутренними неудобствами. Необходимость преодоления тревожности доминирует над потребностью в образовательной деятельности. Так внешние условия отражаются на внутренних [175, с. 93].

По мнению В. С. Ильина, внешними условиями выступают обстоятельства, образовательная среда (отношения педагога и учащегося, отношения в коллективе); внутренние условия имеют источник в психической деятельности каждого учащегося и включают в себя направленность личности, ее способности и другие психические особенности [60].

Иную классификацию условий образовательной деятельности предлагает В. И. Смирнов, выделяя субъективные и объективные условия [179]. К *субъективным условиям* исследователь относит наличие у субъекта деятельности выраженной потребности в ней и устойчивых мотивов ее осуществления, принятие им цели и программы деятельности, опыт организации и осуществления деятельности (теоретическая подготовленность, сформированность умений и навыков

планирования, выполнения практических действий и операций); соответствие содержания и характера деятельности индивидуальным особенностям субъекта; эмоционально-психологическое и физическое состояние субъекта деятельности. К группе *объективных* В. И. Смирнов относит организационные, средовые и ресурсные условия. Организационные и средовые условия включают убедительную мотивацию и четкую постановку цели (целеполагание) деятельности, рациональное планирование, организацию контроля, объективную оценку, благоприятный нравственно-психологический климат в группе, соответствующие принятым нормам производственно-бытовые и санитарно-гигиенические условия деятельности. К числу ресурсных условий относятся материально-техническое обеспечение деятельности (инструменты, приспособления, материалы, организация рабочего места); информационное обеспечение деятельности; кадровое обеспечение деятельности (компетентные руководители и организаторы, соисполнители, исполнители).

На наш взгляд, указанные классификации педагогических условий являются достаточно полными и детализированными и, следовательно, могут быть использованы для анализа различных видов образовательной деятельности, в том числе по формированию готовности учащихся к здоровьесберегающей деятельности.

Применительно к предмету нашего исследования *педагогические условия* определены как совокупность взаимосвязанных влияний в образовательном процессе, обеспечивающих формирование готовности учащихся к здоровьесберегающей деятельности.

К числу *внешних условий* нами отнесены следующие:

- *нормативно-правовые условия*, создающие наряду с макросоциальной (государственная политика, социальный заказ, общественная востребованность и признание здоровьесберегающей деятельности в системе образования) микросоциальную базу для осуществления процесса формирования у учащихся готовности к здоровьесберегающей деятельности (признание приоритетности здоровьесберегающей деятельности в педагогическом процессе образовательной организации);
- *средовые условия* – соответствующее санитарно-гигиеническим требованиям состояние материально-технической базы образовательной организации; обеспеченность образовательного процесса сред-

ствами здоровьесберегающего обучения; кадровое обеспечение, предполагающее наличие системы непрерывного образования педагогов в области здоровьесбережения.

Внутренние условия (психолого-педагогические) определяются организацией образовательного процесса:

- *личностные условия* связаны в первую очередь с личностной направленностью учащихся, их мотивацией к личностному развитию (саморазвитию, самосовершенствованию) с целью сохранения, укрепления и развития здоровья, к формированию здоровьесберегающей личностной позиции;

- *организационно-педагогические условия* включают обеспечение качества здоровьесберегающей деятельности, системообразующим условием и результатом которого является готовность учащихся к здоровьесбережению, через создание здоровьесберегающей среды в образовательной организации, реализацию здоровьесберегающего образовательного процесса и здоровьесберегающих образовательных технологий, построение системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности.

Рассмотрим основные предпосылки создания и обеспечения выделенных условий в здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.

2.3.1. Нормативно-правовые условия здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций

Социальную базу для осуществления образовательными организациями здоровьесберегающей деятельности и процесса формирования у учащихся готовности к здоровьесберегающей деятельности составляют нормативно-законодательные документы федерального, регионального, муниципального и субъектного уровней. Рассмотрим некоторые из документов федерального уровня [136, 137, 141, 214].

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (с изменениями и дополнениями). Среди основных принципов охраны здоровья определен приоритет охраны здоровья детей и профилактики заболеваний. Закон впервые закрепляет обязанность граждан заботиться о сохранении своего здоровья.

2. Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 г. от 12 мая 2009 г. № 537. Документ указывает на необходимость создания условий для реализации гражданами Российской Федерации права на жизнь, безопасность, здоровье и здоровый образ жизни.

3. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. от 17 ноября 2008 г. № 1662-р. В числе задач социально-экономического развития названы совершенствование системы охраны здоровья населения, в том числе пропаганда и формирование здорового образа жизни и повышение ответственности населения за собственное здоровье; разработка и реализация программ по профилактике алкоголизма, табакокурения и других факторов риска; формирование культуры здорового питания населения (разд. 2). В рамках задач государственной молодежной политики объявлена популяризация здорового образа жизни с использованием программ общественных объединений и социальной рекламы общественных ценностей, в том числе здоровья (разд. 9).

4. Национальная доктрина развития образования в Российской Федерации на период до 2025 г. от 4 октября 2000 г. № 751. Система образования призвана обеспечить формирование здорового образа жизни, развитие детского и юношеского спорта.

5. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ. Приоритет жизни и здоровья человека объявлен основным принципом государственной политики в сфере образования, на образовательные организации возложены обязанности по созданию условий, сохраняющих здоровье воспитанников, ведению пропаганды здорового образа жизни и обучению его навыкам (ст. 3, ст. 41).

6. Национальная образовательная инициатива «Наша новая школа» от 4 февраля 2010 г. № Пр-271. Сохранение и укрепление физического, психического здоровья обучающихся заявлены задачей педагогов. Определена необходимость осуществления перехода от обязательных для всех мероприятий к индивидуальным программам развития здоровья школьников (разд. 5).

7. Государственная программа Российской Федерации «Развитие образования» на 2013–2020 гг. от 15 мая 2013 г. № 792-р. В качестве одного из основных направлений деятельности образовательных организаций обозначено формирование здорового образа жизни обучающихся (п. 4.9).

8. Указ Президента РФ «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 гг.» от 1 июня 2012 г. № 761. Ключевым принципом стратегии заявлено сбережение здоровья каждого ребенка. В Российской Федерации должны приниматься меры, направленные на формирование у семьи и детей потребности в здоровом образе жизни, всеобщую раннюю профилактику заболеваемости, внедрение здоровьесберегающих технологий во все сферы жизни ребенка. В качестве основных задач определены создание условий для здорового развития каждого ребенка с рождения, стимулирование потребности в здоровом образе жизни; формирование у детей и подростков потребности в здоровом питании и совершенствование системы обеспечения качественным питанием детей в образовательных организациях.

В числе мер по развитию политики формирования здорового образа жизни детей и подростков указаны обеспечение реализации комплекса мероприятий социальной рекламы, направленных на формирование здорового образа жизни; привлечение институтов гражданского общества, развитие волонтерского движения в целях решения проблем, связанных с формированием у детей и подростков потребности в здоровом образе жизни и получением поддержки и помощи в ситуациях, связанных с риском причинения вреда здоровью; распространение здоровьесберегающих технологий обучения, технологий школ здоровья на все образовательные организации, включая организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; обеспечение доступности занятий физической культурой, туризмом и спортом для всех категорий детей в соответствии с их потребностями и возможностями с ориентацией на формирование ценностей здорового образа жизни; внедрение инновационных оздоровительных и физкультурно-спортивных технологий в работу образовательных организаций; активизация деятельности центров здоровья для детей в сфере проведения обследования детей, обучения их гигиеническим навыкам и мотивирования к отказу от вредных привычек; проведение мониторинга по стандартной оценке качества жизни ребенка, включая эмоциональный, коммуникативный и психосоматический компоненты; внедрение новых видов отдыха и досуга для подростков, исключая традиции курения, употребления алкогольной продукции; обеспечение культурного, здорового досуга детей и подростков и др.

9. *Федеральные государственные образовательные стандарты дошкольного, общего и профессионального образования.* В стандартах отражена позиция государства по развитию духовно-нравственного, психологического и физического здоровья субъектов образовательного процесса и формированию у них компетенций безопасного и здорового образа жизни.

10. Приказ Министерства здравоохранения и образования РФ «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях» от 30 июня 1992 г. № 186/272. В приказе определены меры по детальному практическому решению поставленных перед образовательными организациями здоровьесберегающих задач. Согласно приложению к приказу медицинское обеспечение детей предполагает контроль за состоянием их здоровья на основе правильной организации первичной профилактики и оздоровления, своевременной коррекции отклонений в состоянии здоровья; привитие навыков гигиены и физической культуры. В документе указывается, что поставленные задачи должны реализовываться медицинскими работниками совместно с педагогическими как непосредственно в образовательных организациях, так и в лечебно-профилактических учреждениях. Впервые в документе обозначена задача использования образовательными организациями более эффективных организационных форм медицинского обеспечения детей дошкольного и школьного возраста; рекомендовано с учетом местных условий, имеющегося опыта работы внедрение новых организационных форм наряду с существующими, например создание центров (отделений) охраны здоровья детей.

11. Приложение к приказу Министерства образования РФ от 15 мая 2000 г. № 1418 «Примерное положение о центре содействия укреплению здоровья обучающихся, воспитанников образовательного учреждения», в котором раскрываются общие положения, цели, задачи, основные направления и организация деятельности центра.

12. Постановление Правительства РФ «Об общероссийской системе мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи» от 29 декабря 2001 г. № 916. Мониторинг проводится с целью получения информации, необходимой для принятия обоснованных управленческих решений по укреплению здоровья населения. При проведении мониторинга ре-

шаются следующие задачи: 1) выявление причинно-следственных связей между состоянием физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи и воздействием факторов среды обитания человека; 2) прогнозирование состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи; 3) установление факторов, оказывающих негативное воздействие на состояние физического здоровья населения; 4) формирование федерального информационного фонда (в части информации о состоянии физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи); 5) определение неотложных и долгосрочных мероприятий по предупреждению и устранению негативных воздействий на физическое здоровье населения; 6) подготовка решений о реализации мер, направленных на укрепление физического здоровья населения.

Проведение мониторинга включает в себя: 1) наблюдение за состоянием физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи; 2) сбор, хранение, обработку и систематизацию данных наблюдения за состоянием физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи. Проведение мониторинга на федеральном уровне, уровне субъектов РФ и муниципальных образований осуществляется органами и учреждениями системы образования, физической культуры и спорта, государственной санитарно-эпидемиологической службы. Учреждения системы образования, физической культуры и спорта осуществляют: 1) сбор, первичную обработку, оценку информации, полученной в ходе мониторинга, хранение и передачу ее в центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах РФ; 2) подготовку предложений для органов местного самоуправления по вопросам укрепления здоровья населения в городах и других населенных пунктах.

13. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ. Согласно закону санитарно-эпидемиологическое благополучие обеспечивается посредством профилактики заболеваний, осуществления мер по гигиеническому воспитанию и обучению населения и пропаганде здорового образа жизни.

14. Приказ Министерства образования и науки РФ «Федеральные требования к образовательным учреждениям в части охраны здо-

ровья обучающихся, воспитанников» от 28 декабря 2010 г. № 2106. Остановимся на этом документе подробнее.

Федеральные требования к образовательным организациям в части охраны здоровья обучающихся представляют собой систему необходимых условий, обеспечивающих сохранение и укрепление физического и психологического здоровья обучающихся.

Образовательная организация создает условия, гарантирующие охрану и укрепление здоровья обучающихся.

Требования к образовательным организациям сформированы с учетом факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья обучающихся:

- социальные, экономические и экологические условия окружающей действительности;
- факторы риска, имеющие место в образовательных организациях, которые приводят к ухудшению здоровья обучающихся;
- фактор значительного временного разрыва между воздействием факторов риска и негативным популяционным сдвигом в здоровье обучающихся и населения страны в целом;
- система знаний, установок, правил поведения, привычек, формируемых у обучающихся в процессе обучения;
- особенности отношения обучающихся к своему здоровью, существенно отличающиеся от таковых у взрослых, связанные с отсутствием у них опыта «нездоровья» (за исключением детей с хроническими заболеваниями), неспособностью прогнозировать последствия своего отношения к здоровью, невосприятием деятельности, связанной с укреплением здоровья и профилактикой его нарушений, как актуальной и значимой.

Данные требования включают восемь групп условий:

- 1) целостность системы формирования культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся;
- 2) соответствие инфраструктуры образовательной организации условиям здоровьесбережения обучающихся;
- 3) рациональная организация образовательного процесса;
- 4) организация физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы в образовательной организации;
- 5) организация системы просветительской и методической работы с участниками образовательного процесса по вопросам здорового и безопасного образа жизни;

6) организация профилактики употребления психоактивных веществ (ПАВ) обучающимися;

7) комплексное сопровождение системы формирования культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся;

8) мониторинг формирования культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся.

Требования к целостности системы формирования культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся включают:

1) системность деятельности по вопросам здоровьесбережения (отражение в основной образовательной программе, уставе и локальных актах образовательной организации направлений деятельности, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья, безопасный образ жизни обучающихся);

2) взаимодействие образовательной организации с органами исполнительной власти, правоохранными органами, научными учреждениями, учреждениями дополнительного образования детей, культуры, физической культуры и спорта, здравоохранения и другими заинтересованными организациями по вопросам охраны и укрепления здоровья, безопасного образа жизни обучающихся;

3) преемственность и непрерывность обучения здоровому и безопасному образу жизни на различных ступенях, уровнях образования;

4) комплексный подход в оказании психолого-педагогической, медико-социальной поддержки различным группам обучающихся;

5) непрерывность отслеживания формирования здорового и безопасного образа жизни обучающихся.

Требования к соответствию инфраструктуры образовательной организации условиям здоровьесбережения обучающихся включают:

1) соответствие состояния и содержания территории, здания и помещений, а также их оборудования (для водоснабжения, канализации, вентиляции, освещения) требованиям санитарных правил, пожарной безопасности, безопасности дорожного движения;

2) наличие и необходимое оснащение помещений для питания обучающихся, а также для хранения и приготовления пищи в соответствии с требованиями санитарных правил;

3) оснащение учебных кабинетов, спортивных сооружений необходимым оборудованием и инвентарем в соответствии с требованиями санитарных правил;

4) обеспечение естественной и искусственной освещенности, воздушно-теплового режима учебных кабинетов, спортивных залов и других помещений для пребывания обучающихся в соответствии с требованиями санитарных правил;

5) оснащение помещений для работы медицинского персонала оборудованием для проведения профилактических осмотров, профилактических мероприятий различной направленности, иммунизации, первичной диагностики заболеваний, оказания первой медицинской помощи в соответствии с требованиями санитарных правил;

6) наличие в учебных помещениях здоровьесберегающего оборудования, используемого в профилактических целях, информационного оборудования по безопасности жизнедеятельности в соответствии с требованиями санитарных правил;

7) наличие в образовательной организации квалифицированных специалистов, обеспечивающих проведение оздоровительной работы с обучающимися (медицинские работники, учителя (преподаватели) физической культуры, логопеды, психологи, педагоги дополнительного образования, социальные педагоги, тьюторы);

8) сформированность культуры здоровья педагогических и научно-педагогических работников образовательной организации (наличие знаний и умений в области использования здоровьесберегающих методов и технологий, здоровьесберегающий стиль общения, образ жизни и ответственное отношение к собственному здоровью).

К требованиям к рациональной организации образовательного процесса относятся:

1) включение в основную общеобразовательную программу разделов по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни, включение в основную профессиональную образовательную программу учебных модулей по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни;

2) реализация дополнительных образовательных программ, ориентированных на формирование ценности здоровья и здорового образа жизни, как в урочной (аудиторной), так и во внеурочной (внеаудиторной) деятельности;

3) наличие и реализация проектов (целевая программа, программа экспериментальной работы) спортивно-оздоровительной направленности;

4) соблюдение санитарных норм, предъявляемых к организации образовательного процесса (объем нагрузки по реализации основных и дополнительных образовательных программ, время на самостоятельную учебную работу, время отдыха, удовлетворение потребностей обучающихся в двигательной активности), в том числе при введении в образовательный процесс педагогических инноваций;

5) использование форм, методов обучения и воспитания, педагогических технологий, адекватных возрастным возможностям и особенностям обучающихся;

6) использование в образовательном процессе здоровьесберегающих приемов, методов, форм, технологий;

7) соблюдение норм двигательной активности при организации образовательного процесса в соответствии с требованиями санитарных правил;

8) соблюдение здоровьесберегающего режима обучения и воспитания, в том числе при использовании технических средств обучения, информационно-коммуникационных технологий, в соответствии с требованиями санитарных правил;

9) учет индивидуальных особенностей развития обучающихся при организации образовательного процесса;

10) обеспечение благоприятных психологических условий образовательной среды (демократичность, комфортность образовательной среды, благоприятный эмоционально-психологический климат, содействие формированию у обучающихся адекватной самооценки, познавательной мотивации).

Требования к организации физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы в образовательной организации включают:

1) организацию физкультурно-оздоровительной работы с обучающимися всех групп здоровья;

2) организацию занятий по лечебной физкультуре для обучающихся в соответствии с медицинскими показаниями по результатам медицинского профилактического осмотра;

3) выполнение комплекса упражнений во время регламентированных перерывов для снижения нервно-эмоционального напряжения, утомления зрительного анализатора, устранения влияния гиподинамии, гипокинезии, а также предотвращения развития позотонического утомления;

4) организацию динамических пауз (динамических перемен), физкультминуток на уроках, занятиях, способствующих эмоциональной разгрузке и повышению двигательной активности;

5) организацию работы спортивных секций, кружков, клубов, соблюдение режима их работы в соответствии с требованиями санитарных правил;

6) организацию воспитательной, внеурочной (внеаудиторной) деятельности физкультурно-оздоровительной направленности на каждой ступени общего образования и в системе профессионального образования;

7) организацию физкультурных и спортивных мероприятий с обучающимися по видам спорта и комплексных мероприятий (спартакиад, универсиад, олимпиад, соревнований, дней спорта, дней здоровья);

8) обеспечение участия обучающихся в региональных, межрегиональных, всероссийских физкультурных и спортивных мероприятиях.

Требования к организации системы просветительской и методической работы с участниками образовательного процесса по вопросам здорового и безопасного образа жизни включают:

1) организацию взаимодействия образовательной организации с учреждениями физической культуры и спорта, туризма, культуры, здравоохранения, гражданской обороны, защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций, правоохранительными органами по проведению физкультурных, спортивных мероприятий, мероприятий по формированию безопасного образа жизни, занятий по профилактике вредных привычек, массовых мероприятий здоровьесберегающей направленности;

2) организацию взаимодействия образовательной организации с общественностью по вопросам сохранения и укрепления здоровья обучающихся, профилактики у них вредных привычек, формирования безопасного образа жизни;

3) наличие в фонде информационно-библиотечного центра (библиотеки, медиатеки) образовательной организации детской, научно-публицистической, научно-методической литературы, периодических изданий, информационных ресурсов по вопросам здоровья, здоровьесбережения, ведения здорового образа жизни, занятий физической культурой и массовым спортом, организации подвижных игр, выбора оптимальной двигательной нагрузки;

4) наличие и периодическое обновление информации, посвященной проблемам сохранения здоровья, организации и ведения здоровьесберегающей деятельности;

го образа жизни, на различных информационных носителях, информационных стендах и (или) на сайте образовательного учреждения;

5) наличие и реализацию плана методических мероприятий, повышения квалификации педагогических и научно-педагогических работников по различным вопросам возрастной психологии и физиологии, развития человека, его здоровья, факторов, положительно и отрицательно влияющих на здоровье и безопасность обучающихся, здоровьесберегающих технологий.

Требования к организации профилактики употребления психоактивных веществ обучающимися включают:

1) реализацию превентивных программ, направленных на предотвращение употребления ПАВ обучающимися;

2) выявление факторов риска распространения в подростковой, молодежной среде ПАВ и оценку эффективности реализуемых в образовательной организации превентивных программ;

3) наличие безопасной поддерживающей образовательной среды (благоприятный психологический климат, реализация тезиса «образовательная организация – территория, свободная от ПАВ», система работы с педагогическими и научно-педагогическими работниками образовательной организации по повышению компетентности в области создания условий, предупреждающих закрепление зависимых форм поведения).

Требования к комплексному сопровождению системы формирования культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся включают:

1) использование рекомендованных и утвержденных методов профилактики заболеваний, не требующих постоянного наблюдения врача;

2) организацию в соответствии с требованиями санитарных правил качественного горячего питания обучающихся, соответствующего их энергозатратам, с учетом энергетической ценности продуктов и сбалансированности рациона;

3) наличие системы комплексной педагогической, психологической и социальной помощи обучающимся с ограниченными возможностями здоровья;

4) привлечение педагогических и медицинских работников к реализации всех направлений работы по сохранению и укреплению здоровья обучающихся, просвещению родителей (законных представителей);

5) привлечение педагогических работников и сотрудников правоохранительных органов к реализации направлений работы по фор-

мированию безопасного образа жизни, просвещению родителей (законных представителей) [136].

Таким образом, содействие физическому, интеллектуальному, психическому, духовно-нравственному развитию детей и подростков является одной из главных целей государственной политики Российской Федерации. В соответствующих нормативно-правовых и законодательных актах на образовательные организации возложена ответственность за формирование и сохранение здоровья учащихся; установлен порядок соблюдения требований к условиям осуществления образовательного процесса в учебных заведениях; акцентируется внимание на необходимости объединения усилий медицинских и образовательных ведомств; предлагается механизм реализации поставленных целей путем создания соответствующих структур.

2.3.2. Средовые условия здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций

К числу основных условий здоровьесберегающей деятельности образовательной организации относятся санитарно-гигиенические. Соблюдение санитарно-гигиенических норм обеспечивает субъекту образовательного процесса благоприятные и безопасные для здоровья условия обучения и воспитания. Данные условия подлежат строгому государственному нормированию и контролю. В частности, создание и оценка состояния материально-технической базы образовательной организации, условий организации образовательного процесса регламентируются следующими санитарными правилами и нормами [136, 214]:

1. Санитарные правила и нормы 2.4.1.2660–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях» от 22 июля 2010 г. № 91.

2. Санитарные правила и нормы 2.4.2.2821–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях» от 29 декабря 2010 г. № 189.

3. Санитарные правила и нормы 2.4.3.1186–03 «Учреждения начального профессионального образования. Санитарно-эпидемиологические требования к организации учебно-производственного процесса в образовательных учреждениях начального профессионального образования» от 28 января 2003 г. № 1.

4. Санитарные правила 2.4.1201–03 «Гигиенические требования к устройству, содержанию, оборудованию и режиму работы специали-

зированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации» от 11 марта 2003 г. № 13.

5. Санитарные правила и нормы 2.4.4.1251–03 «Гигиена детей и подростков. Детские внешкольные учреждения (учреждения дополнительного образования). Санитарно-эпидемиологические требования к учреждениям дополнительного образования детей (внешкольные учреждения)» от 3 апреля 2003 г. № 27.

6. Санитарные правила и нормы 2.4.4.1204–03 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы загородных стационарных учреждений отдыха и оздоровления детей» от 17 марта 2003 г. № 20.

7. Санитарные правила и нормы 2.4.5.2409–08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования» от 23 июля 2008 г. № 45.

8. Санитарные правила устройства и содержания мест занятий по физической культуре и спорту от 30 декабря 1976 г. № 1567–76.

Гигиенические требования к образовательным организациям основываются на данных о физиологических изменениях в организме детей в результате взаимодействия со средой с учетом их возраста и особенностей организации образовательного процесса. Основное внимание администрации образовательных организаций и педагогам необходимо обращать на следующие факторы [181, 182, 197]:

- действие звуковых раздражителей;
- воздушно-тепловой режим;
- естественное и искусственное освещение;
- видеоэкология;
- использование учащимися персональных компьютеров;
- питание учащихся в школе;
- качество используемой питьевой воды.

Важное значение имеет рациональная организация образовательного процесса, необходимая для предотвращения перегрузки, перенапряжения учащихся и обеспечения успешного обучения школьников, сохранения их здоровья [46, 47, 58, 180]. Основными показателями рациональности организации учебного процесса являются:

- объем учебной нагрузки (количество уроков и их продолжительность, включая затраты времени на выполнение домашних заданий);

- нагрузка от дополнительных занятий в школе: факультативов, индивидуальных занятий, занятий по выбору и т. п. (их частота, продолжительность, виды и формы работы);

- занятия активно-двигательного характера: динамические паузы, уроки физической культуры, спортивные занятия и т. п. (их частота, продолжительность, виды и формы занятий).

Реализация здоровьесберегающей деятельности, нацеленной на формирование готовности учащихся к здравотворчеству, предусматривает наличие как учебно-методических, так и технологических ресурсов, формирование которых в большинстве своем зависит от уровня профессиональной компетентности педагогов образовательной организации.

Профессиональная компетентность в психолого-педагогической литературе понимается как интегральная характеристика личности специалиста, отражающая степень овладения знаниями, умениями и навыками в той или иной области профессиональной деятельности, способность решать профессионально-педагогические задачи в реальной практической ситуации, умение человека жить и эффективно действовать в обществе (В. М. Полонский, В. А. Слостенин, А. В. Хуторской и др.).

Соответственно следует говорить о необходимости формирования профессиональной готовности педагогов образовательной организации к решению вопросов здоровьесберегающей деятельности и формирования готовности учащихся к здравотворчеству – здоровьесберегающей компетентности педагогов.

Здоровьесберегающую компетентность нужно рассматривать как одну из важных составляющих профессиональной компетентности и в то же время как самостоятельную научную категорию современной педагогики, отражающей новый этап развития системы российского образования [73, 91].

Понимание здоровьесберегающей компетентности как научной категории обусловлено возможностью выделения в педагогической деятельности тех ее аспектов, которые непосредственно связаны с процессом сохранения и укрепления здоровья обучающихся, воспитанников, педагогов: *мотивационно-ценностного* (профессионально-педагогическая направленность личности педагога, сформированность убеждения в необходимости подготовки к здоровьесбережению, приоритетность ценности здоровья в системе ценностей); *когнитивного* (система знаний, необходимых для осуществления профессиональной деятельности по сохранению, укреплению и развитию здоровья, по фор-

мированию готовности учащихся к здравотворчеству; знание концептуальных психолого-педагогических и анатомо-физиологических основ воспитания и развития); *инструментально-деятельностного* (профессиональная деятельность педагога по обеспечению процесса формирования готовности учащихся к здравотворчеству и т. д.).

Критерии оценки и соответствующие им показатели сформированности здоровьесберегающей компетентности педагога представлены в табл. 3 [57, с. 108–112].

В соответствии с выделенными компонентами *здоровьесберегающую компетентность педагога* мы вслед за Э. М. Казиным определяем как интегральную профессионально значимую способность личности к организации педагогической деятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья, которая основана на индивидуальной культуре здоровья и проявляется в совокупности теоретических знаний о здоровье, практическом опыте и навыках, готовности к формированию здорового образа жизни, здравотворческой личностной позиции участников образовательного процесса.

Т. Н. Ле-ван выделяет трехкомпонентную структуру здоровьесберегающей функции педагога [102]:

1) здоровьесберегающий компонент – управление условиями, в которых протекает образовательный процесс, и способность сделать их такими, чтобы уровень здоровья участников образовательного процесса не ухудшался в ходе ежедневного взаимодействия;

2) здоровьеформирующий компонент – управление содержанием образования и способность включать вопросы, связанные с формированием навыков здорового образа жизни и мотивации к здоровьесозидающему поведению, в образовательный процесс;

3) саморазвивающий компонент – управление педагогом процессом своего личностного и профессионального совершенствования и развитием своей компетентности в области здоровьесозидающей деятельности.

О высоком уровне развития здоровьесберегающей компетентности педагога можно говорить тогда, когда он не только владеет знаниями о здоровье, здоровом образе жизни и здоровьесберегающих технологиях, осознает ценность здоровья, мотивирован к осуществлению здоровьесберегающей деятельности, но и реализует эти ценности, знания и мотивы на практике по отношению как к собственному здоровью, так и к здоровью обучающихся.

Таблица 3

Критерии оценки и показатели сформированности
здоровьесберегающей компетентности педагога

Содержание критерия	Показатель (ориентировочный)
<i>Мотивационно-ценностный критерий</i>	
Приоритетность ценности здоровья в системе ценностей. Сформированность мотивационно-волевой регуляции здоровьесберегающего поведения педагога. Сформированность навыков мотивационно-волевой регуляции поведения участников образовательного процесса. Сформированность навыков мотивационно-волевой регуляции педагогического взаимодействия	Место ценности здоровья в ценностно-смысловой иерархии. Уровень сформированности мотивации к здоровьесберегающей деятельности. Степень целеустремленности и волевых усилий как в здоровьесберегающей деятельности, так и в процессе реализации принципов здорового образа жизни вне профессиональной деятельности. Устойчивость интереса к собственному здоровью. Уровень мотивации достижения в социально значимых сферах
<i>Когнитивный критерий</i>	
Сформированность системы профессиональных знаний и представлений о здоровье, здоровом образе жизни; о педагогических технологиях, способах, методах, приемах формирования, сохранения и укрепления здоровья участников образовательного процесса; о своем потенциале здоровья и влиянии его на здоровье окружающих. Знание концептуальных психолого-педагогических и анатомо-физиологических основ воспитания и развития	Полнота и дифференцированность знаний о здоровье человека и факторах, разрушающих его; возрастных физиологических, психофизиологических, психологических особенностях развития и становления личности ребенка. Сформированность представлений о культуре и навыках здорового образа жизни, способах профилактики вредных привычек. Информированность в области физиологии, психофизиологии. Знание теории и практики педагогики, основ общей, возрастной, социальной психологии
<i>Инструментально-деятельностный критерий</i>	
Сформированность операциональной структуры педагогической деятельности по сохранению, укреплению и развитию здоровья, выработке навыков здорового образа жизни, здравотворческой личностной позиции у участников образовательного процесса	Владение индивидуальными стратегиями копинг-поведения, жизненно важными навыками, техниками психоэмоциональной саморегуляции

В связи с этим в ряде исследований анализируется проблема подготовки педагогов к здоровьесберегающей деятельности через призму развития культуры здоровья как базового компонента общей и профессиональной культуры [127–129].

Процесс повышения уровня профессиональной компетентности педагога совершается непрерывно, любые изменения в социальной и профессиональной среде могут влиять на его результативность. В этом контексте важную роль играет создание в образовательной организации условий для профессионального роста, повышения уровня здоровьесберегающей компетентности педагогов, квалифицированная психолого-педагогическая поддержка их деятельности по сохранению и укреплению здоровья обучающихся. Методологическую основу подготовки педагогов к здоровьесберегающей деятельности составляют аксиологический (М. Е. Здравомыслов, В. А. Сластенин и др.), акмеологический (А. А. Деркач, Э. Ф. Зеер, Н. М. Полетаева и др.), деятельностный (А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн и др.) подходы.

Развитие профессиональной компетентности представляет собой динамичный процесс усвоения и модернизации профессионального опыта, ведущий к развитию индивидуальных профессиональных качеств. Любое развитие предполагает самообразование, саморазвитие и самосовершенствование. В связи с этим важно отметить необходимость непрерывного самообразования педагогов, в том числе в области здоровьесберегающей деятельности.

2.3.3. Личностные условия здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций

Личностные условия здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций связаны с мотивацией учащихся к личностному развитию с целью сохранения, укрепления и развития здоровья, к формированию у них здравотворческой личностной позиции, т. е. с активизацией здравотворческого потенциала (динамической психологической системы представлений о предпочитаемой модели (идеальном образе) здоровья и о собственном ресурсном обеспечении, а также о средствах и способах его наращивания).

Динамическая природа здравотворческого потенциала личности отражается в способностях к его наращиванию и расходованию. Неэкономное расходование здравотворческого потенциала может при-

вести к невозполнимой утрате способности к его наращиванию. Раскрытие внутренних механизмов наращивания здоровьесоздающего потенциала личности, понимание детерминант этого процесса позволяет выйти на новый уровень управления ресурсами здоровья.

Анализ моделей, теорий и концепций, отражающих активность личности в отношении своего здоровья, таких как модель убежденности (I. Rosentock, 1960), теория защитной мотивации (R. Rogers, 1997), теория обоснованного действия (R. Ajzen, M. Fishbein, 1975), модель здравого смысла и саморегуляции (H. Leventhal, I. Brissette, 2003), концептуальная модель самоменеджмента (I. D’Zurilla, 1996; P. Whitlock, 2002), когнитивно-социальная процессуальная модель здоровья (S. Miller, K. Hurley, 1996), позволил А. Г. Маджуге выделить личностные образования, характеризующие здоровьесоздающую позицию индивидуума. К ним автор отнес валеологическую установку, метакогнитивные способности и аффективную атрибуцию. Каждое из образований, как ранее было отмечено, динамично и имеет направление своего развития, т. е. является вектором в наращивании здоровьесоздающего потенциала личности.

Здоровьесоздающий потенциал характеризуют следующие динамические свойства (рис. 5) [123, с. 60]:

- наращивание – увеличение объема здоровьесоздающего потенциала личности;
- удержание – сохранение границ объема здоровьесоздающего потенциала;
- деформация – продвижение к отрицательному полюсу дихотомии вектора при определенной степени удаленности от нулевой точки.

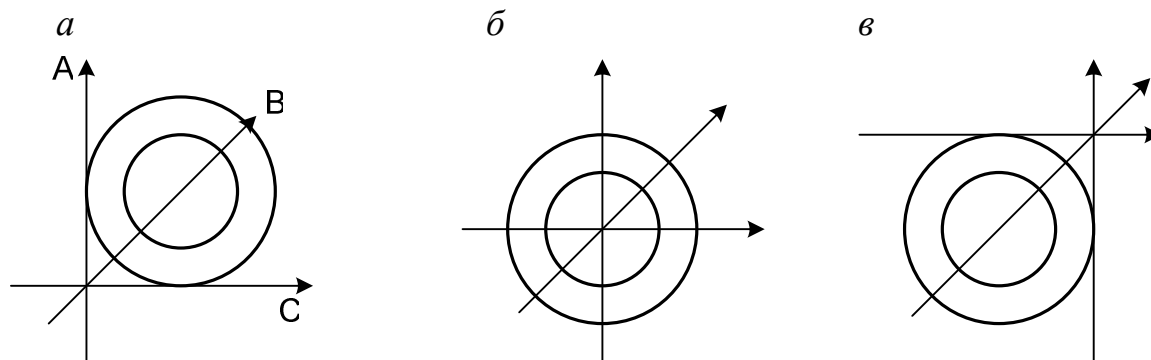


Рис. 5. Динамические свойства здоровьесоздающего потенциала:
а – наращивание; *б* – удержание; *в* – деформация

Механизм формирования здравотворческого потенциала А. Г. Маджуга рассматривает как движущую силу, направленную на преобразование объема данного потенциала посредством качественного изменения содержания выделенных пространств [123, с. 60]. Формирование здравотворческого потенциала разных людей происходит по индивидуальным траекториям движения (векторам) и имеет различный темп наращивания. Каждый вектор характеризуется дихотомией, направленностью, динамикой. Процессы наращивания и деформации здравотворческого потенциала осуществляются в соответствии с тремя принципами современной научной психологии: системности, самодетерминации, опосредованного воздействия. На основании принципа системности векторная модель здравотворческого потенциала может быть рассмотрена как система взаимообусловленных и взаимовлияющих векторов, составляющих единое целое. Предполагается, что изменение любого из элементов системы приводит ее в движение. С позиции принципа самодетерминации отдельные факторы могут оказывать колебательное воздействие на систему, но при относительной самодостаточности личность становится способной к самостимулированию как положительных, так и отрицательных стратегий жизни и деятельности в отношении своего здоровья. Согласно принципу опосредованного воздействия взаимодействие двух личностей, обладающих соответственно разными здравотворческими потенциалами, предполагает определенное взаимовлияние пространств векторов здравотворческого потенциала, которое будет способствовать либо осознанию, удержанию и наращиванию потенциала, либо его расходованию и деформации.

Временная и пространственная характеристики потенциала здравотворчества могут соотноситься с периодами возрастного развития. В первом приближении к предлагаемой А. Г. Маджугой модели здравотворческого потенциала можно принять пространственную характеристику как линейную, но, вероятнее всего, это не так, поскольку нельзя сказать, что потенциал здоровья с возрастом увеличивается. Траектория его развития имеет параболическую форму. На начальном этапе онтогенетического развития проходит наращивание здравотворческого потенциала. На пике онтогенеза возникает необходимость в сформированных умениях удерживать (сохранять) и рационально использовать данный вид потенциала для решения поставленных пе-

ред личностью задач. На этапе старения предполагается интенсивное расходование потенциала для сохранения качества жизни человека. Таким образом, чем более благоприятные условия для наращивания здравотворческого потенциала были созданы в детском (подростковом, юношеском) возрасте, тем легче его будет удерживать, сохранить и рационально использовать. Предлагаемая векторная модель здравотворческого потенциала позволяет разрешить выявленные противоречия и определить ориентиры для разработки и апробации специальных формирующих воздействий на здоровье личности в различные периоды ее развития [123, с. 60].

Основываясь на учении А. А. Ухтомского о доминанте, теории установки Д. Н. Узнадзе, векторно-контекстуальной модели А. Г. Маджуги, мы показываем механизм формирования у человека здравотворческой доминанты через валеологическую установку (см. п. 2.1) как направленность на определенную активность и выделяем следующие типы отношения человека к своему здоровью [112, с. 144]:

1) *пассивное*. Характеризуется пассивной позицией в отношении сохранения, укрепления и развития своего здоровья, зависимостью от мнения других людей, отсутствием собственных средств, технологий, программ сохранения, укрепления и развития здоровья;

2) *активное (внешне активное)*. Характеризуется активной позицией, опорой на себя, использованием внешних средств, технологий, программ сохранения, укрепления и развития здоровья, преимущественно природных средств, физических упражнений и т. п.;

3) *творческое (внутренне активное)*. Активная позиция и опора на себя сочетаются с использованием внутренних (психологических) средств, технологий, программ сохранения, укрепления и развития здоровья.

В соответствии с данными типами нами выделены типы личности по отношению к здоровью:

1) *творчески-активный*. Характеризуется высоким уровнем ответственности и высоким уровнем активности по отношению к своему здоровью. Такой человек считает себя ответственным за свое здоровье, целенаправленно уделяет ему внимание, и эта забота доставляет ему удовольствие. Причины болезней ищет в самом себе, следит за тем, чтобы не заболеть, если заболевает, то предпринимает все необходимые меры для выздоровления;

2) *ответственно-активный*. Характеризуется высоким уровнем ответственности за свое здоровье, но низким уровнем поведенческой активности по его обеспечению и поддержанию. Человек понимает, что состояние его здоровья зависит прежде всего от него самого, но при этом практически о нем не заботится: на это у него нет времени, а порой и желания;

3) *ответственно-пассивный*. Характеризуется высоким уровнем активности в восстановлении своего здоровья, но низким уровнем собственной ответственности за его поддержание. В случае болезни человек уделяет внимание своему здоровью, обращается за помощью, следит за правильным выполнением всех предписаний. Считает, что его здоровье зависит от внешних факторов: врачей, экологии, трудоемкой работы, но при этом не следит за своим питанием, психическим состоянием, режимом труда и отдыха;

4) *пассивный*. Характеризуется тем, что человек полностью возлагает ответственность за свое здоровье на внешние факторы, проявляя пассивность в его обеспечении и поддержании.

Становление здоровотворческой личностной позиции учащихся предполагает прохождение представленной иерархии типов.

Целью организации здоровьесберегающего образовательного процесса является обеспечение максимального развития возможностей учащихся в плане сохранения, укрепления и развития здоровья, что предполагает формирование внутренней мотивации (детерминации) поведения, механизмов самоконтроля, саморегуляции и самосоздания (см. п. 2.2).

Ориентировочный алгоритм превращения учащегося из объекта в субъект здоровотворчества, т. е. активизации его здоровотворческой личностной позиции, представлен в табл. 4 [121].

В соответствии с возрастными особенностями результат активности учащегося следует сопоставлять с его отношением к своему здоровью. Так, в младшем школьном возрасте (6–11 лет) это здоровьесформирование, в подростковом возрасте (11–14 лет) – здоровьесозидание, в старшем школьном возрасте (14–18 лет) – здоровьесохранение (здоровьесбережение), в юношеский период (18–25 лет) – здоровьетворение. В каждой из указанных стратегий индивидуума в отношении своего здоровья преобладают те или иные компоненты: в младшем школьном возрасте – волевое отношение к здоровью, отраженное в поступках; в подростковом – мотивационно-ценностное;

в старшем школьном возрасте – потребностно-мотивационное; в юношеский период – эмоционально-ценностное [121, 124].

Таблица 4

Алгоритм превращения учащегося из объекта в субъект здоровотворчества

Этап	Содержание деятельности педагога по управлению здоровотворчеством	Содержание здоровотворческой деятельности учащегося
Мотивационно-ценностный	<i>Постановка основной цели, мотивирование здоровотворческой деятельности</i>	
	Формирование установки на сохранение и укрепление здоровья собственными усилиями	Осознание и принятие цели, формирование личностных смыслов установки на здоровотворчество собственными усилиями
Ориентационно-диагностический	<i>Инициирование к самопознанию (самообследование)</i>	
	Организация знакомства с комплексом методик по определению ресурсов здоровья	Выбор и реализация диагностических методик с помощью педагога
	<i>Определение направлений здоровотворческой деятельности</i>	
	Оказание помощи в определении направлений здоровотворчества, его конкретных целей и разработке программы их достижения	Определение направлений здоровотворчества, его конкретных целей и разработка программы их достижения
Организационно-деятельностный	<i>Управление деятельностью по здоровотворчеству</i>	
	Психолого-педагогическая поддержка реализации программы здоровотворчества (оказание помощи в определении знаний и умений, необходимых для здоровотворчества обучающихся, средств и способов увеличения здоровотворческого потенциала); профилактика и корректирование здоровотворческой деятельности	Самоуправление здоровотворчеством (приобретение соответствующих знаний, умений и навыков, освоение средств и способов увеличения ресурсов здоровья и их использование в жизнедеятельности)
Результативно-оценочный	<i>Диагностическая деятельность по здоровотворчеству</i>	
	Оказание помощи в определении уровня сформированности потенциала здоровья и готовности к здоровотворческой деятельности обучающихся; инициирование принятия новых решений	Оценка на основе рефлексии результатов деятельности, формирование установки на принятие решений по коррекции и совершенствованию потенциала здоровья

Таким образом, стратегии индивида в отношении своего здоровья необходимо выстраивать в различные периоды онтогенеза по-разному.

2.3.4. Организационно-педагогические условия здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций

Организационно-педагогические условия здоровьесбережения включают в себя обеспечение качества здоровьесберегающей деятельности, системообразующим условием и результатом которого является готовность учащихся к здравотворчеству.

Проблема качества здоровьесберегающей деятельности, с одной стороны, как сложного процесса, с другой – как системы, обеспечивающей его эффективную реализацию, является на современном этапе общей для всех видов учебных заведений, что обусловлено сохраняющейся тенденцией снижения уровня здоровья обучающихся. При этом нами учитывается обширный диапазон деятельности образовательных организаций в направлении сохранения здоровья детей и подростков. Очевидно, что для обеспечения качества данной деятельности от учебных заведений требуется выполнение специфической системной работы, которая должна быть, прежде всего, организована и управляема.

Решение поставленной задачи предполагает прохождение таких этапов, как определение сущности качества здоровьесберегающей деятельности и подходов к управлению им; разработка концепции управления качеством здоровьесберегающей деятельности; определение организационной структуры системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности; практические шаги по внедрению системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности. Рассмотрим данные этапы.

I. Определение сущности качества здоровьесберегающей деятельности и подходов к управлению им. Сущность здоровьесберегающей деятельности в рамках системы образования заключается в формировании у субъектов образовательного процесса как опыта здоровьесбережения, так и мотивации к активному поиску оптимальных стратегий, направленных на актуализацию своего здоровьесберегающего потенциала, на организацию собственного здорового образа жиз-

ни, т. е. на формирование здравотворческой личностной позиции [208]. Достижение поставленных целей предусматривает решение вопросов управления обозначенной деятельностью (как системой и как процессом), обеспечивающего ее результат – качество.

Качество здоровьесберегающей деятельности, будучи одним из элементов качества образования и соответственно системой более низкого порядка, вбирает в себя компоненты системы высшего порядка. Следовательно, оно отражает в себе компоненты качества образования, преломляя их применительно к своему предмету исследования: 1) качество субъекта получения образовательных услуг (обучающегося); 2) качество объекта предоставления образовательных услуг (образовательной организации), в том числе: качество управления (назначение, цели, принципы, методы, структура, организация планирования); качество проекта предоставления услуг (структура и содержание программ обучения); качество ресурсного обеспечения процесса предоставления образовательных услуг: материально-технического, методического, кадрового и т. д.; 3) качество процесса предоставления образовательных услуг, в том числе: качество организации и реализации применяемых технологий предоставления образовательных услуг (структура взаимодействия субъектов, форма и содержание образовательного процесса, мотивационные факторы); качество контроля процесса предоставления услуг; качество контроля результатов предоставления образовательных услуг [77]. В соответствии с этим качество здоровьесберегающей деятельности представляет собой сложную многоуровневую динамическую систему подсистем качества, ориентированную на обеспечение итогового качества – готовности учащегося образовательной организации к здравотворческой деятельности. Ее следует рассматривать как степень сформированности личностных способностей обучающегося учебного заведения на уровне, необходимом и достаточном для реализации здравотворческих целей и функций, обеспеченную качеством процессов здоровьесбережения, а также качеством составляющих данную деятельность частей и элементов, управления ими [195, 199, 207].

Рассматривая качество здоровьесберегающей деятельности как процесс и как систему, входящую в общую структуру образовательной системы учебного заведения, целесообразно для решения задач, относящихся к проблеме управления образовательными системами,

использовать подходы теории социального управления. В соответствии с данной теорией исследуются общие, обязательные для любого управленческого акта, процедуры независимо от того, в какой социальной сфере они реализуются. В частности, современное управление качеством исходит из идей о том, что деятельность по управлению качеством не может быть эффективной после того, как продукция произведена или услуга оказана, она должна осуществляться в процессе производства продукции или оказания услуги. В управлении важна деятельность по обеспечению качества, предшествующая процессу производства, а с учетом того, что качество определяется действием многих случайных, местных и субъективных факторов, должна быть соответствующая система управления, позволяющая предупредить влияние данных факторов (Э. Деминг, Э. Мескон, Г. Нив, К. Тито и др.). Решение обозначенных проблем достигается созданием соответствующих систем управления качеством (систем менеджмента качества).

Исследователи выделяют управляющую и управляемую системы качества. Первая создает и обеспечивает менеджмент качества, вторая представлена различными уровнями управления организацией. Внедрение этих систем позволяет [104]:

- подойти к решению проблем качества с позиций системного подхода;
- повысить влияние проектирования на функционирование системы;
- перейти от одностороннего контроля уровня знаний обучающихся к непрерывному получению объективной, основанной на фактах информации о качестве всего образовательного процесса, что необходимо для его оперативной корректировки;
- переориентировать деятельность образовательной организации в соответствии с запросами и требованиями потребителей образовательных услуг;
- конкретизировать потенциальный и реальный вклад каждого исполнителя в корпоративное качество;
- координировать деятельность отдельных структурных подразделений и конкретных исполнителей на основе единой концептуальной базы, подходов и критериев;
- сделать сферу управления качеством более прозрачной, более эффективно внедрять в нее инновации;

- выявлять, анализировать и улучшать процессы своевременно;
- сделать систему выявления, признания и стимулирования достижений структурных подразделений и конкретных исполнителей прозрачной и эффективной.

Создание систем качества, как правило, происходит в соответствии с требованиями российского стандарта менеджмента качества (ГОСТ Р ИСО 9000) и принципами всеобщего менеджмента качества (Total Quality Management), такими как ориентация на потребителя; лидерство руководителя; вовлечение работников; процессный подход; системный подход к менеджменту; постоянное улучшение; принятие решений, основанных на фактах; взаимовыгодные отношения с поставщиками [50, с. 6–7].

Система требований к качеству образовательных услуг формулируется на уровне национальной системы качества образования и регламентируется требованиями государственных образовательных стандартов, требованиями к лицензированию, аттестации и аккредитации образовательных организаций. Формальное представление требований национальной системы качества образования выражается в виде показателей государственной аккредитации. Вступление России в Болонский процесс обуславливает предъявление определенных требований как к национальной системе гарантии качества образования, так и к механизмам внутренних гарантий качества образовательных организаций, реализуемых посредством систем качества. Эти требования в настоящий момент определяются стандартами и директивами Европейской ассоциации гарантии качества в высшем образовании (ENQA) [236] и могут рассматриваться как базовые требования к системе качества образовательных организаций [135, с. 15].

Основная цель системы управления качеством заключается в постоянном системном учете интересов потребителей, улучшении работы учреждения при лидирующей роли менеджмента и вовлечении в сферу качества всех участников основных процессов [104, 135]. Внося уточнение в цель – системообразующий фактор управления качеством, можно избежать расплывчатости. В частности, заявляя целью системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности (как подсистемы качества образовательной организации) создание необходимых условий для формирования готовности учащихся к здоровьесберегающей деятельности, мы направляем систему управления каче-

ством на превращение образования в процесс развития личности, определяем конкретные формы организации, условия и средства, обеспечивающие это развитие в рамках здоровьесберегающей деятельности.

В соответствии с вышесказанным нами были пересмотрены принципы ГОСТ Р ИСО 9000 с позиции формирования готовности учащегося образовательной организации к здоровьесберегающей деятельности как системообразующего фактора, цели и результата функционирования системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности. Рассмотрим эти принципы.

1. Ориентация на потребителя. Потребителями здоровьесберегающей и в целом образовательной деятельности учебного заведения являются обучающиеся, воспитанники и их родители, а также система образования и все общество в лице государства. Система качества здоровьесбережения должна обеспечить предоставление потребителю исчерпывающей информации, чтобы он был уверен в том, что образовательная организация может обеспечить требуемое качество и постоянно поддерживать его уровень.

2. Лидерство руководителя. Процесс обеспечения качества всякой деятельности, в том числе здоровьесберегающей, начинается с высшего руководства, развивается по мере проявления руководством заинтересованности в нем и прекращается при потере интереса к нему со стороны руководителей. В соответствии с идеями педагогики сотрудничества необходимо преобразование руководителя-начальника в лидера. Руководитель, который не становится лидером, вынужден постоянно применять власть, подразумевающую силу. Прямое применение силы не может привести к достижению той цели, ради которой она применяется. Сила вызывает сопротивление, на преодоление которого расходуются энергия, время и иные ресурсы, необходимые для удовлетворения запросов потребителей, укрепления конкурентоспособности [37, с. 167]. Предлагаемый подход позволяет высвободить энергию и ресурсы за счет не востребоваемости многих привычных функций начальника. На смену администрированию и контролю придут функции лидера – учителя, советчика, помощника, приветствующего и поощряющего инициативу.

3. Вовлечение работников. Результативность системы управления качеством во многом определяется уровнем корпоративной куль-

туры образовательной организации и напрямую зависит от вовлеченности всего коллектива в здоровьесберегающую деятельность. Поэтому каждый участник здоровьесбережения должен стать членом единого коллектива, где будет определен его конкретный вклад в эту деятельность, при этом личные цели не должны противоречить целям здоровьесбережения.

4. Процессный подход. Для реализации процессного подхода в обеспечении качества здоровьесбережения следует в соответствии с понятием о мегапроцессе обеспечить осуществление следующих шагов [37, 104]:

- выявить полную систему процессов, требуемых для управления;
- определить последовательность, взаимосвязь и взаимодействие процессов в этой системе;
- определить ключевые процессы в соответствии с целями здоровьесбережения;
- наделить соответствующими полномочиями сотрудника, ответственного за процесс здоровьесберегающей деятельности;
- определить заказчика процесса и описать выход, т. е. требования к качеству результатов здоровьесбережения;
- определить поставщиков процесса и требования к элементам его входа;
- обозначить критерии эффективного управления процессом и выбрать метрологически обеспеченные измерители;
- спланировать изменение показателей качества процесса;
- описать процесс здоровьесберегающей деятельности в виде блок-схемы;
- определить входные и выходные документы по стадиям процесса;
- обеспечить информационные потоки, требуемые для эффективного управления процессом;
- вести регулярный мониторинг данных, относящихся к процессу;
- систематически осуществлять корректирующие и предупреждающие действия, направленные на достижение целей процесса;
- определить порядок внесения изменений в процесс.

Такой мегапроцесс обеспечивает системный подход к выявлению и описанию всех процессов, составляющих основу здоровьесберегающей деятельности.

5. Системный подход к менеджменту. Применение системного подхода к менеджменту здоровьесберегающей деятельности предполагает координацию всех аспектов данной деятельности, соотнесение частных задач с общей целью. Управление качеством здоровьесбережения при целевой установке на формирование готовности учащегося образовательной организации к здоровьесберегающей деятельности, очевидно, приведет к соответствующим изменениям целей, содержания, форм и методов образовательного процесса. Данные изменения предполагают не реализацию частных технико-тактических решений, а преобразование всего процесса в аспекте здоровьесбережения. Акцент следует перенести с технологических вопросов на проблемы систематизации управления. Поэтому важнейшим звеном процесса разработки системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности является систематизация ее компонентов на основе целей качества, позволяющая объединить усилия всего коллектива образовательной организации для формирования готовности учащихся к здоровьесберегающей деятельности.

6. Постоянное улучшение. Постоянное улучшение начинается с личности, с совершенствования ее свойств, способностей, а не только знаний, навыков и умений в вопросах сохранения и наращивания здоровья, на что и направлено совершенствование работы всей команды, задействованной в здоровьесберегающей деятельности, за счет систематического ее развития.

7. Принятие решений, основанных на фактах. Образовательная деятельность сопряжена с производством огромных массивов данных, а значит, существует проблема синтеза данных, дающих информацию, позволяющую осознать факты, важные для принятия решений. Поэтому большое значение имеет степень проработанности документов, регламентирующих функционирование системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности. На основе задокументированных фактов можно создать базу системы мониторинга, которая будет способствовать превращению информации в знания и позволит снизить потери от неэффективных управленческих решений.

8. Взаимовыгодные отношения с поставщиками. Поставщиками образовательных организаций являются абитуриенты и их родители. Данный принцип предопределяет стремление к постоянным отношениям: «вместе сделаем, вместе выиграем» [37, с. 172]. Соответственно следует максимально привлекать поставщиков к реализации процесса здоровьесберегающей деятельности.

Таким образом, разработка и внедрение системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности является важным условием и основным технологическим звеном достижения ее цели. При этом речь идет не о реализации частных технических или тактических решений, а о преобразовании всего процесса здоровьесбережения на основе системного подхода, связанного с перестройкой старых внутрисистемных связей в совокупности с построением связей с (и между) новыми подсистемами. Так, например, при создании новой системы здоровьесберегающей деятельности потребуется систематизация ранее использовавшихся критериев оценки качества и его новых характеристик. Подобные задачи будут стоять и при систематизации целей образовательной организации, методов и структуры управления, функций структурных подразделений, задействованных в здоровьесбережении, прав и обязанностей руководства, должностных лиц, педагогического состава, обучающихся, а также методов педагогического руководства процессом формирования здравотворческих способностей обучающихся и других компонентов.

II. Разработка концепции управления качеством здоровьесберегающей деятельности. Обеспечение качества здоровьесбережения предполагает разработку соответствующей концепции, системообразующим фактором которой является научно обоснованная идея преобразования существующей системы управления, предопределяющая системные изменения во всех подсистемах качества (организационной, педагогической, технологической и др.), нацеленные на формирование готовности учащегося образовательной организации к здравотворческой деятельности.

Целью концепции является обоснование решения проблем управления качеством здоровьесберегающей деятельности образовательной организации за счет ее внутреннего потенциала – решения, ориентированного на две доминанты государственной образовательной политики: курс на создание государственной системы оценки качества образования и приоритет развития личности. Это возможно на основе реализации системного подхода в управлении качеством здоровьесберегающей деятельности. В связи с этими задачами концепции являются:

1) корректировка целей здоровьесбережения: перенос акцента с приобретения учащимся багажа знаний, умений и навыков для ре-

шения задач охраны здоровья на формирование личности, способной к решению zdravotворческих задач на основе полученных знаний и приобретенных умений;

2) интеграция обучения как нормативно построенного процесса (и в этом смысле жестко регламентированного) с учением как индивидуальной деятельностью обучающегося, ее коррекцией и педагогической поддержкой, предопределяющей создание условий для развития каждого обучающегося как личности и совершенствования им своих zdravotворческих способностей с учетом имеющегося опыта;

3) обоснование преимуществ субъект-субъектной системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности, направленной на выявление в вопросах качества оптимального соотношения «руководитель – подчиненный», на создание атмосферы творческой активности, развитие стремления к самосовершенствованию, повышение уровня корпоративной культуры качества, вовлечение коллектива образовательной организации в решение задач в области обеспечения качества здоровьесбережения;

4) разработка принципов систематизации управления качеством здоровьесбережения на основе формирования готовности учащихся к zdravotворческой деятельности как целевой установки для обоснования системных изменений во всех подсистемах системы управления.

На основании определения целей и задач концепции сформулированы принципы управления качеством здоровьесберегающей деятельности, составляющие содержание концепции и отражающие сущность основных принципов стандартов и директив ENQA и российского стандарта менеджмента качества (ГОСТ Р ИСО 9000–2001) [50, 236]:

1. Соотнесение интересов образовательной организации и заказчиков ее услуг в вопросах здоровьесберегающей деятельности. Потребители отмечают необходимость формирования у обучающихся способности к применению знаний в вопросах охраны и укрепления здоровья или совокупной характеристики учащихся – их готовности к решению задач zdravotворческой деятельности, которая обеспечивается глубиной образования и соответствующими личностными свойствами. Образовательная организация должна понимать текущие и будущие нужды заказчиков, выполнять их требования и стремиться превзойти их ожидания. Уровень удовлетворенности потребителей необходимо измерять и оценивать, соответственно система управления каче-

ством должна обладать механизм выработки корректирующих действий. Поэтому анализ и синтез требований заказчиков должны быть выделены в качестве самостоятельного направления здоровьесберегающей деятельности образовательной организации.

2. Соотнесение принципа единоначалия и творческих инициатив. Руководитель образовательной организации несет основную ответственность за создание обстановки, в которой сотрудники целиком и полностью могут быть вовлечены в достижение целей здоровьесберегающей деятельности. Необходимо, чтобы руководство своим личным примером демонстрировало приверженность качеству. Задачей руководителя является обеспечение атмосферы доверия, признание и поощрение вклада людей, поддержка открытых и честных взаимоотношений. Такая атмосфера максимально способствует раскрытию творческих возможностей сотрудников.

3. Соотнесение цели образовательной организации и целей сотрудников. Успех реализации системы управления качеством напрямую зависит от вовлеченности всего коллектива образовательной организации в этот процесс. Соответственно управление образовательной организацией должно быть направлено на решение задач, связанных с формированием готовности сотрудников к преобразованиям в сфере здоровьесбережения. Каждый участник процесса должен стать членом единой команды, где будет определен его конкретный вклад в достижение общей цели, поскольку результативность внедрения инноваций во многом зависит от уровня корпоративной культуры. Система управления качеством и ее механизмы должны побуждать сотрудников проявлять инициативу в постоянном стремлении к повышению качества, брать на себя ответственность за решение проблем качества, активно совершенствовать свои знания и навыки, передавать свой опыт коллегам.

4. Соотнесение целей образовательной организации и целей обучающихся. Обучающийся как нетипичный «исходный продукт» должен играть исключительно активную роль в повышении качества здоровьесберегающей деятельности, сам «делать себя» в интеллектуально-материальных условиях, созданных руководством образовательной организации и педагогическим коллективом. Для этого необходимо создание образовательной атмосферы, активизирующей самосознание учащихся. Рост учебно-познавательной активности обучающихся должен быть обусловлен осознанием цели – готовности к здравотворческой деятельности.

5. Соотнесение ориентации на процесс и на результат. Любая деятельность, получающая воздействие на входе и преобразующая его в результаты на выходе, может рассматриваться как процесс. Поэтому применительно к системе управления качеством здоровьесберегающей деятельности важно рассматривать каждый элемент любого процесса одновременно и как процесс, и как систему, имеющие своих потребителей и поставщиков, свои входы и выходы. Предотвращение всякого рода несоответствий обеспечивается тем, что исключается сама возможность выполнения следующей операции, если на предыдущем этапе возникли проблемы.

6. Соотнесение подходов к управлению качеством. В управлении качеством здоровьесберегающей деятельности тесно связаны процессный и системный подходы. Поэтому процесс здоровьесбережения должен рассматриваться как система взаимосвязанных процессов, в которой четко определяются и измеряются входы и выходы (результаты) любого процесса; устанавливаются поставщики и потребители каждого процесса, идентифицируются их требования, изучается их удовлетворенность результатами процесса; выявляется взаимодействие данного процесса с остальными процессами; устанавливаются полномочия, права и ответственность исполнителей за управление каждым процессом; при проектировании любого процесса определяется его ресурсное обеспечение.

Системный подход предполагает постоянное улучшение системы взаимосвязанных процессов через измерение и оценку. Инновации, осуществляемые на основе принципа системности, не ограничиваются совершенствованием технологического компонента уже существующей системы, а внедряются как элементы новой системы. Благодаря этому осуществляется переход от реализации частных решений к перестройке и модернизации всего процесса здоровьесберегающей деятельности, когда каждый технологический вопрос соответствует цели управления качеством. Технологические инновации соотносятся с принципами личностно ориентированного подхода, обеспечивающего решение задач развития самосознания и самореализации каждого обучающегося в процессе здоровьесберегающей деятельности.

7. Соотнесение подходов к мониторингу качества здоровьесберегающей деятельности. Мониторинг качества здоровьесберегающей деятельности, построенный на основе анализа готовности к ней уча-

щегося, должен включать элементы основных подходов к оценке качества: репутационного (экспертного), связанного с оценкой внутренних характеристик здоровьесбережения; результативного (внешнего), ориентированного на измерение конечных результатов здоровьесберегающей деятельности; общего, ориентированного на непрерывное повышение ее качества. Соответственно необходимо систематизировать элементы внешней и внутренней оценки, составляющие подготовки, личностные характеристики обучающегося и т. д.

8. Соотнесение документационного обеспечения к управлению качеством. Результативность управления качеством здоровьесберегающей деятельности во многом определяется степенью проработки документов, регламентирующих как внедрение, так и функционирование данной системы. Создание системы документооборота позволяет отслеживать основные условия реализации системного подхода в управлении качеством здоровьесберегающей деятельности, в том числе обратную связь при внедрении инноваций. При документировании процессов необходимо их ранжирование в соответствии с конкретными функциями, по степени влияния на достижение целей здоровьесбережения. Особое внимание уделяется входам и выходам, требованиям и результатам каждого процесса для минимизации несоответствия между ними.

Соблюдение перечисленных принципов, на наш взгляд, обеспечит возникновение новых связей между элементами качества здоровьесберегающей деятельности и позволит объединить их в новую систему. Это обусловит появление эмерджентности – новых свойств системы, которыми не обладала старая система до предлагаемого соотнесения элементов, т. е. приведет к появлению нового качества системы управления здоровьесберегающей деятельностью. Таким образом, новое качество данной системы может быть получено при установлении новых связей посредством управления этой системой без введения в нее новых элементов.

III. Определение организационной структуры системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности. Сформулированные цель и основные принципы концепции управления качеством здоровьесберегающей деятельности детерминируют модернизацию существующей системы здоровьесбережения – организацию за счет внутренних резервов учебного заведения структурного подразделения, обеспечивающего реализацию здоровьесберегающей деятельности, – службы здоровья [49, 207, 209].

При создании службы здоровья, как и любой структуры в организации, следует придерживаться ряда взаимосвязанных принципов [195, 200, 207, 209]:

1. Принцип разделения труда, или специализации. Учитывая специфику здоровьесбережения, в службе здоровья необходимо выделить пять основных направлений деятельности (специализаций):

- физическое воспитание (обусловлено особой значимостью занятий физической культурой, развития кондиционных физических качеств, создающих потенциал физического здоровья);

- медицинское сопровождение (связано с необходимостью медицинского сопровождения обучающихся, проведения работы по диагностике состояния здоровья с последующим анализом результатов и разработкой соответствующих рекомендаций, принятием профилактических и коррекционных мер);

- образовательно-валеологическое сопровождение (определяется необходимостью повышения валеологической грамотности субъектов образовательного процесса, формирования готовности обучающихся к здравотворческой деятельности);

- психологическое сопровождение (обусловлено необходимостью психолого-педагогического сопровождения процесса формирования готовности обучающихся к здравотворческой деятельности посредством реализации развивающих и коррекционных системно- и индивидуально-ориентированных программ и обеспечения здоровьесберегающего режима работы и отдыха в образовательной организации; обеспечения диагностики уровня сформированности здравотворческих способностей обучающихся на протяжении всего периода подготовки в учебном заведении);

- научно-информационное сопровождение (детерминировано необходимостью оперативной обработки, систематизации и хранения информации о состоянии здоровья обучающихся, уровне их готовности к здравотворческой деятельности и степени сформированности у них здравотворческих способностей; научного сопровождения здоровьесберегающей деятельности).

Выделенные направления следует рассматривать как ключевые процессы в системе управления качеством здоровьесберегающей деятельности, что обеспечивает реализацию принципа процессного подхода, нашедшего отражение в стандартах ГОСТ Р ИСО 9000 [50].

2. Принцип структурирования. Реализацию этого принципа обеспечивает выделение структурных подразделений службы здоровья: физической культуры, образовательно-валеологического, психологического, медицинского, научно-информационного. Возглавляют подразделения их руководители; всю деятельность службы координирует организатор здоровьесберегающей деятельности, наделенный (как и руководители структурных подразделений) соответствующими полномочиями.

Наиболее целесообразная организационная структура управляющей системы службы здоровья – линейно-функциональная с элементами матричной. Линейно-функциональные структуры позволяют более качественно решать определенные задачи и предъявляют меньшие требования к разносторонности подготовки руководителей и исполнителей, что является несомненным их достоинством. Матричные структуры позволяют существенно повысить гибкость управления; это временные структуры, создаваемые для решения какой-то крупной задачи.

3. Принцип учета функциональных операций. В соответствии с данным принципом целесообразно выделение пяти основных функций деятельности как службы здоровья в целом, так и ее подразделений и конкретных исполнителей:

- диагностико-прогностическая: проведение мониторинга состояния здоровья обучающихся, уровня их готовности к здоровьесберегающей деятельности и степени сформированности здоровьесберегающих способностей; исследование состояния образовательной среды учебного заведения с выявлением факторов риска для здоровья; определение мер по устранению неблагоприятных и активизации благоприятных факторов, влияющих на состояние здоровья основных субъектов образовательного процесса;

- коррекционная: исправление выявленных в ходе диагностики отклонений в состоянии здоровья обучающихся, повышение уровня их готовности к здоровьесберегающей деятельности и степени сформированности у них здоровьесберегающих способностей, а также устранение несоответствия образовательной среды установленным правилам и нормам;

- профилактическая: обеспечение условий для сохранения здоровья обучающихся исходя из современных научных валеологических и медицинских представлений;

- образовательно-просветительская: формирование ценностной системы знаний о здоровье, здоровом образе жизни, способах охраны и повышения резервов здоровья, представления об особенностях и условиях здоровотворческой деятельности, ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих, целеустремленности в здоровотворческой деятельности; развитие стремления к самопознанию, самовоспитанию, что находит отражение в индивидуальном опыте здоровотворческой деятельности;

- научное и информационное обеспечение: обоснование инновационных подходов к здоровьесбережению, опытно-поисковая проверка и интерпретация полученных результатов; информирование субъектов образовательного процесса о результатах проводимой деятельности. На основе задокументированных фактов создается база системы мониторинга, которая способствует превращению информации в знания и позволяет снизить потери от принятия неэффективных управленческих решений, что обеспечивает реализацию принципа принятия решений, основанных на фактах, отраженного в стандартах ГОСТ Р ИСО 9000 [50].

IV. Практические шаги по внедрению системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности. Разработка и непосредственное внедрение системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности включает несколько этапов [195, с. 34–35]:

1. Анализ и самооценка здоровьесберегающей деятельности, определение стратегического направления ее развития, выявление необходимых ресурсов, обеспечение нормативной документацией всех областей деятельности.

2. Обеспечение осознания цели системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности на всех уровнях управления. Органом управления в нашем случае является служба здоровья. Следовательно, ответственность за внедрение и функционирование системы управления качеством должна быть отражена в должностных инструкциях организатора здоровьесберегающей деятельности и руководителей структурных подразделений службы здоровья, т. е. лиц, координирующих деятельность по внедрению элементов системы качества здоровьесберегающей деятельности и определяющих меры по ее совершенствованию.

3. Проведение регулярного контроля ключевых процессов, соответствующих функциям службы здоровья, и своевременное устране-

ние выявленных в ходе контроля несоответствий. Данный этап необходим для оценки эффективности функционирования системы. Любые инновационные процессы не являются линейными. В сложной системе большинство связей представляют собой петли причинности и являются циклическими. Обратная связь с точки зрения принципов системного подхода обозначает все виды взаимного влияния. При этом всякое влияние может быть и причиной, и результатом.

В соответствии с ГОСТ Р ИСО 9000 принцип постоянного улучшения является одним из основных в деятельности системы [50, 216]. Обусловленные целью – формированием готовности учащегося, все связи взаимодействия должны быстро приводиться в соответствие с изменением ситуации и полученной информацией о состоянии готовности обучающегося. Постоянное улучшение качества должно пониматься всеми сотрудниками как неизменно актуальная цель. Согласно этой основной идее деятельность по улучшению качества включает четыре взаимозависимых этапа: наблюдение, сбор информации; разработка мероприятий по улучшению качества; внедрение; анализ.

4. Отражение в соответствующих документах роли службы здоровья и ее подразделений в рамках системы управления качеством, оценки процессов здоровьесберегающей деятельности и порядка определения требующих улучшения областей. К таким документам относятся нормативные, организационные и методические предписания, должностные инструкции, документы, описывающие ключевые процессы здоровьесберегающей деятельности. На рабочих местах должны быть определены обязанности, полномочия и ответственность каждого сотрудника в рамках здоровьесбережения. Создание эффективной системы документооборота позволит оперативно отслеживать основные условия реализации системного подхода к управлению формированием готовности учащихся к здоровьесберегающей деятельности.

5. Обеспечение руководства образовательной организации информацией о соответствии результатов формирования готовности учащихся к здоровьесберегающей деятельности основной цели здоровьесбережения, что позволит осуществлять постоянный анализ эффективности системы управления качеством данной деятельности, принимать решения по корректировке процессов здоровьесбережения. Проведение мониторинга позволит оценить эффективность всех видов здоровьесберегающей деятельности, обеспечивающих качество,

в том числе вскрыть слабые места, принять корректирующие меры, осуществить контроль эффективности принятых ранее корректирующих мер.

6. Поддержание уровня мотивации сотрудников, задействованных в здоровьесбережении. Если система оказывает сопротивление даже самому лучшему новшеству, то, скорее всего, в ней действует уравновешивающая обратная связь. Необходимо выявить факторы стабилизации и пути циркуляции обратной связи, а затем постепенно начать осуществление изменений. Одним из важнейших факторов возможного сопротивления внедрению инноваций является мотивация сотрудников. Следует своевременно информировать их о намерениях в области управления качеством здоровьесберегающей деятельности. Обсуждение в коллективе основных процессов здоровьесбережения позволит выявить области эффективно функционирующих элементов системы и области, где возможны улучшения. Для адаптации инноваций целесообразно организовать обучение сотрудников и проверить эффективность обучения.

7. Формирование в образовательной организации атмосферы, направленной на достижение требуемого результата – готовности учащихся к здоровьесберегающей деятельности. Для этого необходимо: 1) непрерывно изучать и прогнозировать требования заинтересованных сторон к качеству здоровьесберегающей деятельности; 2) постоянно совершенствовать процессы здоровьесбережения, обеспечения ресурсами и измерений; 3) постоянно оценивать собственные возможности и достигнутые результаты по удовлетворению требований заинтересованных в данной деятельности сторон; 4) повышать профессионализм сотрудников и их компетентность в области здоровьесбережения и в вопросах обеспечения его качества; 5) создавать условия для продуктивной творческой работы таким образом, чтобы ответственность за качество здоровьесберегающей деятельности и совершенствование собственных методов работы нес каждый сотрудник.

Таким образом, обеспечение качества здоровьесберегающей деятельности как сложной многоуровневой системы предполагает разработку и внедрение системы управления данной деятельностью.

Деятельность образовательных организаций по соблюдению рассмотренных в работе условий здоровьесбережения позволяет в целом обеспечить результативность и качество здоровьесберегающей деятельности. Подтверждением этому являются результаты практичес-

кой апробации обозначенных положений в образовательных организациях Уральского и Сибирского регионов, работающих в рамках сетевого взаимодействия инновационно активных образовательных организаций федеральной экспериментальной площадки Академии повышения квалификации и переподготовки работников образования Министерства образования и науки РФ. На примере динамики развития здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций можно проследить ее качественное совершенствование.

На начальном этапе (I этап) организация принимает решение о необходимости акцентирования внимания на здоровьесберегающей деятельности. Предварительный анализ состояния работы по охране и укреплению здоровья обучающихся, как правило, показывает, что здоровьесбережение сводится прежде всего к соблюдению санитарно-гигиенических требований и норм (причем по ряду вопросов часто формальному), проведению физкультурно-массовых мероприятий, зачастую не имеющих качественной характеристики («для галочки») и др. При оценивании по 10-балльной шкале наличия и степени соблюдения внешних и внутренних условий здоровьесберегающей деятельности на данном этапе часто наблюдается следующее распределение:

- нормативно-правовые условия – 4,06 ($\pm 0,27$) балла при ошибке показателя 0,14 (в организации имеются нормативные документы федерального уровня; документы локального уровня зачастую отсутствуют или носят формальный характер за исключением внутренних документов по реализации требований СанПиН и т. п.);

- средовые условия – 4,41 ($\pm 0,44$) балла при ошибке показателя 0,17 (требования СанПиН в целом соблюдаются, имеющиеся нарушения в большинстве случаев касаются рациональности расписания, в том числе учебной загруженности (зачастую время на подготовку домашнего задания превышает допустимую норму и т. п.); отмечается низкая компетентность педагогов в вопросах здоровьесбережения, отсутствие специальной подготовки и др.);

- личностные условия – 1,92 ($\pm 0,32$) балла при ошибке показателя 0,15 (не сформирована ценностная ориентация обучающихся относительно здоровья и здоровьесбережения (констатируется, как правило, только достаточный уровень знаний, а не уровень умений и владение опытом здоровьесбережения и здоровьесоздания); в большинстве случаев отсутствует внутренняя мотивация к ведению здорового образа жизни; механизмы самоконтроля и саморегуляции не развиты и др.);

- организационно-педагогические условия – 1,92 ($\pm 0,43$) балла при ошибке показателя 0,16 (специализация и распределение работы касаются преимущественно учителей физической культуры и медицинских работников; ответственность за здоровьесбережение наряду с завучем возлагается, как правило, только на учителя физической культуры; работа носит стихийный характер; результативность оценивается узко, недостоверно и др.).

Проведенный анализ позволяет образовательной организации пересмотреть целевую и содержательно-процессуальную сторону здоровьесбережения в соответствии с имеющимися ресурсами и возможностями.

На этапе становления (или основного развертывания) здоровьесбережения (II этап) характер балльного оценивания условий изменяется:

- нормативно-правовые условия – 4,64 ($\pm 0,86$) балла при ошибке показателя 0,24 (качественно-количественный характер внутренних документов не подвергается серьезным изменениям и др.);

- средовые условия – 6,59 ($\pm 0,55$) балла при ошибке показателя 0,19 (наряду с соблюдением требований СанПиН ведется работа по созданию здоровьесберегающей среды; уделяется внимание развитию профессиональной компетентности педагогических работников в вопросах здоровьесбережения (часто посредством самообразования) и др.);

- личностные условия – 4,35 ($\pm 0,37$) балла при ошибке показателя 0,16 (уделяется большее внимание формированию у обучающихся опыта и технологий здоровьесбережения на предметах биологического направления, занятиях по физической культуре и др.);

- организационно-педагогические условия – 4,17 ($\pm 0,82$) балла при ошибке показателя 0,24 (работа приобретает систематический характер; формируется рабочая группа ответственных за данное направление деятельности; начинает осуществляться мониторинг индивидуального состояния здоровья обучающихся и др.).

Этап совершенствования (III этап) характеризуется следующими изменениями балльного оценивания условий:

- нормативно-правовые условия – 7,46 ($\pm 2,47$) балла при ошибке показателя 0,42 (вносятся изменения в должностные инструкции работников организации в отношении требований к реализации функций здоровьесбережения, их нормативного закрепления; в тех образовательных организациях, где создаются или ранее существовали службы здоровья, разрабатываются (пересматриваются) нормативные по-

ложения о деятельности их подразделений исходя из реальных возможностей, кадровой и ресурсной оснащенности организации и др.);

- средовые условия – 8,01 ($\pm 0,68$) балла при ошибке показателя 0,22 (осуществляется поддержание в организации здоровьесберегающей среды; проводится систематическое повышение квалификации сотрудников, в том числе в вопросах формирования готовности обучающихся к здоровьесбережению; к здоровьесберегающей деятельности более широко подключаются медицинские работники и др.);

- личностные условия – 8,67 ($\pm 1,54$) балла при ошибке показателя 0,33 (внимание акцентируется на формировании здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся, их готовности к здоровьесбережению, самоконтролю и саморегуляции в рамках учебной и внеучебной деятельности и др.);

- организационно-педагогические условия – 8,70 ($\pm 1,53$) балла при ошибке показателя 0,32 (осуществляются четкое планирование, организация и оценивание результативности здоровьесберегающей деятельности с использованием статистических методов контроля качества; проводится распределение полномочий по реализации основных направлений здоровьесбережения, в том числе посредством создания службы здоровья (25 % от общего числа организаций); ведется мониторинг состояния здоровья обучающихся, здоровьесберегающей образовательной среды и результативности здоровьесберегающей деятельности; на основании данных мониторинга своевременно проводятся корректирующие и предупреждающие действия и др.).

При сравнении показателей на I и II этапах и на II и III этапах уровень значимости по *W*-критерию Вилкоксона во всех случаях составлял $p < 0,01$. В представленной динамике изменения условий можно детально проследить степень совершенствования здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.

Корреляционный анализ позволил выявить очень высокую степень влияния организационно-педагогических условий на формирование здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся, их готовности к здоровьесбережению (главному индикатору качества здоровьесбережения): коэффициент корреляции Пирсона $r = 0,935$ ($p < 0,001$). Высокое влияние оказывает достаточный уровень обеспечения средовых условий: $r = 0,748$ ($p < 0,001$); заметное влияние – нормативно-правовых условий: $r = 0,625$ ($p < 0,001$).

В целом результаты опытно-поисковой работы показали, что эффективность деятельности образовательных организаций в области охраны здоровья детей, основным показателем которой выступает готовность обучающихся к здоровьесбережению, в значительной мере зависит от уровня организации и управления здоровьесберегающей деятельностью – ключевых составляющих организационно-педагогических условий обеспечения качества здоровьесбережения.

Изложенное позволяет сделать ряд *выводов*.

Здоровьесберегающая деятельность образовательных организаций характеризуется специфическими условиями (внутренними и внешними), от которых главным образом зависит ее результативность.

В числе основных педагогических условий, обеспечивающих здоровьесбережение и успешность процесса формирования готовности учащихся к здоровьесберегающей деятельности, выделены:

- нормативно-правовые условия – нормативно-законодательные документы федерального, регионального, муниципального и субъектного уровней, создающие социальную базу для осуществления образовательными организациями здоровьесберегающей деятельности;
- средовые условия – соответствие образовательной среды санитарно-гигиеническим нормам, соблюдение которых обеспечивает субъекту образовательного процесса благоприятные и безопасные для здоровья условия обучения и воспитания, а также высокий уровень компетентности педагогов образовательной организации в вопросах здоровьесбережения;
- личностные условия – личностные качества индивида, его мотивация к сохранению и развитию здоровья, формированию здоровьесберегающей личностной позиции;
- организационно-педагогические условия – организационно-управленческие структуры и механизмы создания здоровьесберегающей среды в образовательной организации, обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности.

Деятельность образовательной организации по соблюдению данных условий позволяет в целом обеспечить результативность и качество здоровьесбережения, что подтверждается практической апробацией обозначенных положений в образовательных организациях Уральского и Сибирского регионов.

Заключение

Сложившаяся в Российской Федерации неблагоприятная ситуация, связанная с состоянием здоровья детей, подростков и молодежи, требует направленного решения задач по улучшению качества жизни данной категории населения: создания оптимальных условий для сохранения и укрепления здоровья, снижения уровня инвалидности и смертности, формирования устойчивых стереотипов здорового образа жизни, повышения социальной адаптированности. Особая роль в решении данных задач отводится системе образования.

Накопленный образовательными организациями педагогический опыт реализации здоровьесберегающей деятельности, отличаясь своей разносторонностью, в целом предусматривает развитие личности через формирование ее ценностного отношения к здоровью посредством создания соответствующих педагогических условий. В свою очередь, ценностное отношение к здоровью позволит человеку обеспечить эффективное выполнение определенных действий по сохранению, укреплению и развитию здоровья при вооружении его соответствующими знаниями, умениями, навыками, программой действий и наличии у него решимости совершать их. В этом случае речь будет идти о формировании здравотворческой личностной позиции. В результате мы получим сформированную готовность учащихся к здравотворческой деятельности.

Формирование здравотворческой личностной позиции предполагает использование модели формирования готовности учащихся к здравотворческой деятельности, построенной на основе аксиологического, онтогенетического, холистического, акмеологического, личностно-деятельностного и векторно-контекстуального подходов. Важно также учитывать педагогические условия, обеспечивающие формирование такой готовности.

Практическая апробация теоретико-методологических положений исследования проводилась на базе образовательных организаций Уральского региона в рамках сетевого взаимодействия инновационно активных образовательных организаций федеральной экспериментальной площадки Академии повышения квалификации и переподготовки работников образования Министерства образования и науки РФ.

Библиографический список

1. *Абаскалова Н. П.* Актуальные проблемы валеологии в образовании / Н. П. Абаскалова // Новые технологии науки и образования на пороге третьего тысячелетия: материалы Международного конгресса: в 5 томах. Новосибирск, 1999. Т. 5, ч. 2. С. 113–118.
2. *Абаскалова Н. П.* Здоровью надо учить: методическое пособие для учителей / Н. П. Абаскалова. Новосибирск: Лада, 2000. 295 с.
3. *Абаскалова Н. П.* Интеграция программ по общеобразовательным предметам средней школы с валеологией / Н. П. Абаскалова // Валеология. 2001. № 1. С. 23–30.
4. *Абаскалова Н. П.* Методические рекомендации по формированию у школьников здорового образа жизни / Н. П. Абаскалова. Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2000. 48 с.
5. *Абаскалова Н. П.* Методологические подходы дифференцированного подхода в валеологизации учебно-воспитательного процесса в гимназии / Н. П. Абаскалова // Валеология. 2001. № 1. С. 31–33.
6. *Абаскалова Н. П.* Системный подход в формировании здорового образа жизни субъектов образовательного процесса (школа – вуз): диссертация ... доктора педагогических наук / Н. П. Абаскалова. Новосибирск, 2001. 372 с.
7. *Абаскалова Н. П.* Системный подход в формировании здорового образа жизни субъектов образовательного процесса «школа – вуз»: монография / Н. П. Абаскалова. Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2001. 316 с.
8. *Абросимова И. Ю.* Новые подходы к формированию здорового образа жизни у младших школьников / И. Ю. Абросимова // Актуальные проблемы здоровья детей и подростков и пути их решения: материалы 3-го Всероссийского конгресса с международным участием по школьной и университетской медицине, Москва, 25–27 февр. 2012 г. / под ред. В. Р. Кучмы. Москва: Изд-во НЦЗД РАМН, 2012. С. 45–46.
9. *Адаптация* и здоровье: теоретические и прикладные аспекты: коллективная монография / Э. М. Казин [и др.]; отв. ред. Э. М. Казин. Кемерово: Изд-во КРИПКипРО, 2008. 299 с.
10. *Айзман Р. И.* Физиологические основы здоровья / Р. И. Айзман, А. А. Тернер. Новосибирск: Лада, 2001. 524 с.

11. *Акмеология* здоровья: коллективная монография / М. Б. Мусакаев [и др.] / науч. ред. А. А. Вербицкий. Стерлитамак: Фобос, 2012. 288 с.
12. *Альбицкий В. Ю.* Социальный фактор в формировании здоровья российского подростка / В. Ю. Альбицкий // *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2005. № 3–4. С. 10–13.
13. *Анализ* положения детей в Российской Федерации: на пути к обществу равных возможностей [Электронный ресурс]: доклад / Независимый ин-т соц. политики; Дет. фонд ООН (ЮНИСЕФ). Режим доступа: <http://www.unicef.ru/upload/iblock/b6e>.
14. *Ананьев Б. Г.* Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. Санкт-Петербург: Питер, 2001. 288 с.
15. *Антропова М. В.* Факторы риска и состояние здоровья учащихся / М. В. Антропова, Г. Г. Манке, Т. В. Бородкина // *Здравоохранение Российской Федерации*. 1997. № 4. С. 29–33.
16. *Апанасенко Г. Л.* Медицинская валеология / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова. Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. 248 с.
17. *Ассаджиоли Р.* Психосинтез: теория и практика: перевод с английского / Р. Ассаджиоли. Москва: REFL-book, 1994. 314 с.
18. *Ахаев А. В.* Валеологический подход в системе школьного образования: теория, практика и перспективы развития: монография / А. В. Ахаев. Алматы: Наука, 2005. 242 с.
19. *Баевский Р. М.* Валеология и проблемы самоконтроля здоровья в экологии человека: учебно-методическое пособие / Р. М. Баевский; Рос. акад. наук, Дальневост. отд-ние, Северо-вост. науч. центр. Магадан, 1996. 53 с.
20. *Баранов А. А.* Здоровье детей России как фактор национальной безопасности [Электронный ресурс] / А. А. Баранов, Л. А. Щеплягина. Режим доступа: <http://www.nczd.ru/art12.htm>.
21. *Баранов А. А.* Медицинские и социальные аспекты адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности: руководство для врачей / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 352 с.
22. *Баранов А. А.* Основные задачи по сохранению и укреплению здоровья подростков / А. А. Баранов // *Справочник педиатра*. 2010. № 5. С. 21–32.
23. *Баранов А. А.* Особенности состояния здоровья современных школьников / А. А. Баранов, Л. М. Сухарева // *Вопросы современной педиатрии*. 2006. Т. 5, № 5. С. 14–20.

24. Баранов А. А. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: руководство для врачей / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 437 с.

25. Баранов А. А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации как фактор национальной безопасности: пути решения существующих проблем / А. А. Баранов // Справочник педиатра. 2006. № 3. С. 9–14.

26. Баранов А. А. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева // Вестник Российской академии медицинских наук. 2009. № 5. С. 6–10.

27. Баранов А. А. Табакокурение детей и подростков: гигиенические и медико-социальные проблемы и пути решения / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, И. В. Звездина. Москва: Литтерра, 2007. 216 с.

28. Баранов А. А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Н. А. Скоблина. Москва: Изд-во НЦЗД РАМН, 2008. 216 с.

29. Безруких М. М. Здоровьесберегающая школа / М. М. Безруких. Москва: Изд-во МПСИ, 2004. 240 с.

30. Безруких М. М. Методика комплексной оценки и организация системной работы по сохранению и укреплению здоровья школьников: методические материалы / М. М. Безруких; под ред. М. М. Безруких, В. Д. Сонькина. Москва: Новый учебник, 2003. 201 с.

31. Бейс Г. Школы здоровья в Европе и России / Г. Бейс, В. Р. Кучма. Москва: Изд-во НЦЗР РАМН, 2009. 83 с.

32. Бобошко И. Е. Новые формы медико-социального сопровождения детей разных типов психосоматической конституции / И. Е. Бобошко, Л. А. Жданова, О. С. Епифанова // Актуальные проблемы здоровья детей и подростков и пути их решения: материалы 3-го Всероссийского конгресса с международным участием по школьной и университетской медицине, Москва, 25–27 февр. 2012 г. / под ред. В. Р. Кучмы. Москва: Изд-во НЦЗР РАМН, 2012. С. 67–69.

33. Большой психологический словарь / под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. Москва: АСТ, 2009. 816 с.

34. Большой толковый словарь русского языка / под ред. Д. Н. Ушакова. Москва: Астрель, 2009. 1280 с.

35. *Большой толковый словарь русского языка* / сост. и гл. ред. С. А. Кузнецов. Санкт-Петербург: Норинт, 2000. 1536 с.
36. *Брехман И. И.* Введение в валеологию – науку о здоровье / И. И. Брехман. Ленинград: Наука, 1987. 125 с.
37. *Булат Р. Е.* Управление качеством профессиональной подготовки в военно-технических вузах: диссертация ... доктора педагогических наук / Р. Е. Булат. Санкт-Петербург, 2010. 354 с.
38. *Бутакова О. А.* Теория и дидактика непрерывного здоровьесформирующего образования в системе повышения квалификации: автореферат диссертации ... доктора педагогических наук / О. А. Бутакова. Оренбург, 2010. 48 с.
39. *Вазина К. Я.* Модель саморазвития человека: монография / К. Я. Вазина. Нижний Новгород: Изд-во ВИПИ, 1999. 256 с.
40. *Вайнер Э. Н.* Формирование здоровьесберегающей среды в системе общего образования / Э. Н. Вайнер // Валеология. 2004. № 1. С. 21–26.
41. *Варшава Б. Е.* Психологический словарь / Б. Е. Варшава, Л. С. Выготский. Москва: Тропа Троянова, 2008. 264 с.
42. *Вашлаева Л. П.* Теория и практика формирования здоровьесберегающей стратегии педагога в условиях повышения квалификации / Л. П. Вашлаева, Т. С. Панина // Валеология. 2004. № 4. С. 93–98.
43. *Вербицкий А. А.* Контекст (в психологии) / А. А. Вербицкий // Психологический лексикон: энциклопедический словарь: в 6 томах / под ред. А. В. Петровского. Москва: ПЕР СЭ, 2005. Т. 3. С. 137–138.
44. *Вербицкий А. А.* Контекст в психологии и педагогике / А. А. Вербицкий, В. Г. Калашников. Москва: Логос, 2010. 298 с.
45. *Вишневский В. А.* Здоровьесбережение в школе (педагогические стратегии и технологии): монография / В. А. Вишневский. Москва: Теория и практика физической культуры, 2002. 270 с.
46. *Гигиеническая оценка обучения учащихся в современной школе* / под ред. Г. Н. Сердюковской, С. М. Громбаха. Москва: Медицина, 1975. 184 с.
47. *Гигиеническая оценка условий обучения школьников* / сост. Н. В. Анисимова, Е. А. Каралашвили. Москва: Сфера, 2002. 48 с.
48. *Глушко Д. Е.* Формирование у учащихся-подростков установочной системы на здоровотворчество: диссертация ... кандидата педагогических наук / Д. Е. Глушко. Якутск, 2003. 180 с.

49. *Голиков Н. А.* Педагогика оздоровления в условиях полифункционального образовательного учреждения: монография / Н. А. Голиков. Тюмень: Изд-во ТГУ, 2006. 232 с.

50. *ГОСТ Р ИСО 9000–2001.* Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь. Москва: Изд-во стандартов, 2001. 26 с.

51. *Давлетшина Р. М.* Эмоциональная культура как фактор активизации здоровьесозидающего потенциала личности / Р. М. Давлетшина, А. Г. Маджуга // *Alma Mater: вестник высшей школы.* 2012. Спец. вып. С. 58–65.

52. *Додонов Б. И.* Эмоция как ценность / Б. И. Додонов. Москва: Политиздат, 1978. 272 с.

53. *Ефремова Т. Ф.* Современный толковый словарь русского языка: в 3 томах / Т. Ф. Ефремова. Москва: Астрель, 2006. Т. 1. 1168 с.

54. *Журавлева Н. А.* Динамика ценностных ориентаций личности в российском обществе: монография / Н. А. Журавлева. Москва: Изд-во Ин-та психологии РАН, 2006. 335 с.

55. *Загвязинский В. И.* Теория обучения: современная интерпретация: учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений, обучающихся по специальности 031000 – Педагогика и психология / В. И. Загвязинский. Москва: Академия, 2001. 187 с.

56. *Зайцев Г. И.* Валеолого-педагогические основы обеспечения здоровья человека в системе образования: автореферат диссертации ... доктора педагогических наук / Г. И. Зайцев. Санкт-Петербург, 1998. 48 с.

57. *Здоровьесберегающая* деятельность в системе образования: теория и практика: учебное пособие / Э. М. Казин [и др.]. 3-е изд., перераб. Москва: Омега-Л, 2013. 443 с.

58. *Здоровьесберегающие* технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения: методические рекомендации / под ред. М. М. Безруких, В. Д. Сонькина. Москва: Триада-фарм, 2002. 87 с.

59. *Иванова Т. С.* К проблеме понимания термина «здоровьесберегающая технология» и его использования в системе высшего профессионального образования / Т. С. Иванова, Т. Н. Леван // *Ученые записки Московского гуманитарного педагогического института.* 2009. Т. 7. С. 127–140.

60. *Ильин В. С.* Формирование личности школьника / В. С. Ильин. Москва: Педагогика, 1984. 144 с.

61. *Ильин Е. П.* Эмоции и чувства / Е. П. Ильин. Санкт-Петербург: Питер, 2001. 752 с.
62. *Ирхин В. Н.* Валеологически обоснованный урок в современной школе: учебное пособие / В. Н. Ирхин, И. В. Ирхина. Барнаул: Изд-во БГПУ, 1998. 117 с.
63. *Ирхин В. Н.* Здоровое будущее: методическое пособие / В. Н. Ирхин. Тамбов: Компьютерный центр, 2001. 72 с.
64. *Ирхин В. Н.* Здоровье учителей и учащихся – приоритетная ценность / В. Н. Ирхин, В. П. Кащенко // Педагогика. 1997. № 3. С. 73–76.
65. *Ирхин В. Н.* Модель педагогической системы школы здоровья / В. Н. Ирхин // Проблемы теории и практики управления образованием: материалы межрегиональной конференции: в 2 частях. Барнаул: Изд-во БГПУ, 2002. Ч. 2. С. 63–68.
66. *Ирхин В. Н.* Модель школы здоровья (из концепции валеологической школы-гимназии № 25 г. Барнаула) / В. Н. Ирхин, И. В. Ирхина // Педагог. 1997. № 2. С. 126–131.
67. *Ирхин В. Н.* Опыт становления школ здоровья в России в конце XX века / В. Н. Ирхин // Вестник Барнаульского государственного педагогического университета. Серия: Психолого-педагогические науки. 2001. № 1. С. 66–70.
68. *Ирхин В. Н.* Осуществление принципа здоровьесбережения в практике школы здоровья (на примере валеологической гимназии № 25 г. Барнаула) / В. Н. Ирхин // Инновационные процессы в региональной системе образования: сборник научных статей. Барнаул: Изд-во БГПУ, 2001. С. 43–53.
69. *Ирхин В. Н.* Педагогическая система школы здоровья: генезис, принципы и закономерности развития: диссертация ... доктора педагогических наук / В. Н. Ирхин. Барнаул, 2002. 374 с.
70. *Ирхин В. Н.* Теоретико-методологические подходы к разработке модели «школа здоровья» / В. Н. Ирхин // Педагог. 1996. № 1. С. 124–127.
71. *Ирхин В. Н.* Управление системой здоровьесберегающего образования в школе / В. Н. Ирхин // Здоровьесберегающее образование в инновационных условиях: теория, методология, практика: коллективная монография / науч. ред. А. Г. Маджуга; отв. ред. С. Н. Сладков. Обнинск: Изд-во МАН «Интеллект будущего», 2013. С. 17–25.
72. *Ирхин В. Н.* Школа здоровья: практические материалы по валеологизации школьной образовательной системы: методическое пособие / В. Н. Ирхин, И. В. Ирхина. Барнаул: Изд-во БГПУ, 2000. 128 с.

73. *Казин Э. М.* Здоровьесозидающие подходы и развитие системы образования в современных социокультурных условиях Кузбасса / Э. М. Казин, И. А. Свиридова, Т. Н. Семенова // Валеология. 2005. № 4. С. 79–85.

74. *Казин Э. М.* Основы индивидуального здоровья человека / Э. М. Казин, Н. Г. Блинова, Н. А. Литвинова. Москва: Владос, 2000. 190 с.

75. *Казин Э. М.* Психолого-физиологические подходы к созданию образовательной адаптивно-развивающей среды / Э. М. Казин, Н. Э. Касаткина, Т. Н. Семенова // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2011. № 13. С. 254–259.

76. *Казначеев В. П.* Экология человека: проблемы и перспективы / В. П. Казначеев. Москва: Наука, 1988. 123 с.

77. *Качалов В. А.* Проблемы управления качеством в вузах / В. А. Качалов // Стандарты и качество. 2000. № 12. С. 82–87.

78. *Качан Л. Г.* Проблемы педагогической валеологии и ее взаимосвязь с содержанием общего образования: автореферат диссертации ... кандидата педагогических наук / Л. Г. Качан. Кемерово, 1998. 22 с.

79. *Ким С. В.* Валеологическое обеспечение гимназического образования: диссертация ... кандидата педагогических наук / С. В. Ким. Санкт-Петербург, 2001. 126 с.

80. *Кириллова М. Ю.* Валеологическое сопровождение учебного процесса как средство формирования готовности младших школьников к обучению в основной школе: диссертация ... кандидата педагогических наук / М. Ю. Кириллова. Санкт-Петербург, 2000. 189 с.

81. *Кисляков П. А.* Образовательная область «Здоровье» в системе высшего педагогического образования / П. А. Кисляков // Высшее образование сегодня. 2010. № 3. С. 81–84.

82. *Кисляков П. А.* Социальная безопасность и здоровьесбережение учащейся молодежи / П. А. Кисляков. Москва: Логос, 2011. 236 с.

83. *Кисляков П. А.* Социальная безопасность и здоровьесбережение учащейся молодежи: содержательно-технологическое и организационно-управленческое обеспечение в вузе / П. А. Кисляков // Здоровьесберегающее образование в инновационных условиях: теория, методология, практика: коллективная монография / науч. ред. А. Г. Маджуга; отв. ред. С. Н. Сладков. Обнинск: Изд-во МАН «Интеллект будущего», 2013. С. 149–157.

84. *Колбанов В. В.* Валеологическая служба образовательной системы Санкт-Петербурга / В. В. Колбанов // Состояние и перспективы

валеологической службы образовательной системы Санкт-Петербурга: материалы научно-практического семинара. Санкт-Петербург: Изд-во СПбАППО, 2000. С. 3–9.

85. *Колбанов В. В.* Дальнейшие перспективы развития валеологии / В. В. Колбанов // Здоровье человека – 6: материалы 6-го Международного научного конгресса валеологов / под ред. В. В. Колбанова. Санкт-Петербург: Изд-во СПбГМУ, 2011. С. 3–8.

86. *Колбанов В. В.* Методологические основы педагогики здоровья / В. В. Колбанов // Здоровьесберегающее образование в инновационных условиях: теория, методология, практика: коллективная монография / науч. ред. А. Г. Маджуга, отв. ред. С. Н. Сладков. Обнинск: Изд-во МАН «Интеллект будущего», 2013. С. 36–47.

87. *Колбанов В. В.* Ретроспектива / В. В. Колбанов. Санкт-Петербург: Нестор-История, 2013. 220 с.

88. *Колесникова М. Г.* Анализ направлений валеологической работы в образовательных учреждениях Санкт-Петербурга / М. Г. Колесникова // Состояние и перспективы валеологической службы образовательной системы Санкт-Петербурга: материалы научно-практического семинара. Санкт-Петербург: Изд-во СПбАППО, 2000. 60 с.

89. *Конаржевский Ю. А.* Менеджмент и внутришкольное управление / Ю. А. Конаржевский. Москва: Педагогический поиск, 2000. 224 с.

90. *Коротаева Л. А.* Организация системы валеологической службы в школе как условие формирования физически и духовно здоровой личности: автореферат диссертации ... кандидата педагогических наук / Л. А. Коротаева. Казань, 1997. 22 с.

91. *Красношлыкова О. Г.* Развитие профессионализма работников образовательных учреждений / О. Г. Красношлыкова, Т. Н. Бугеро. Москва: Изд-во АПКИПРО, 2004. 40 с.

92. *Куинджи Н. Н.* Пути формирования здоровья школьников: методическое пособие / Н. Н. Куинджи. Москва: Аспект-Пресс, 2001. 139 с.

93. *Кураев Г. А.* Предмет, задачи и методы валеологии / Г. А. Кураев // Валеология. 1999. № 3. С. 9–15.

94. *Кучма В. Р.* Гигиенические проблемы школьных инноваций / В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева, М. И. Степанова. Москва: Изд-во НИЦЗД РАМН, 2009. 240 с.

95. *Кучма В. Р.* История гигиены и охраны здоровья детей в России (к 250-летию юбилею Научного центра здоровья детей РАМН) /

В. Р. Кучма // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2013. № 3. С. 13–17.

96. Кучма В. Р. Медико-профилактические основы обучения и воспитания детей: руководство для медицинских и педагогических работников образовательных и лечебно-профилактических учреждений, санитарно-эпидемиологической службы / В. Р. Кучма. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 528 с.

97. Кучма В. Р. Научные основы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия детей и подростков в современных условиях / В. Р. Кучма // Актуальные проблемы здоровья детей и подростков и пути их решения: материалы 3-го Всероссийского конгресса с международным участием по школьной и университетской медицине, Москва, 25–27 февр. 2012 г. / под ред. В. Р. Кучмы. Москва: Изд-во НЦЗД РАМН, 2012. С. 28–35.

98. Кучма В. Р. Физиолого-гигиеническое обеспечение модернизации структуры и содержания общего образования в России / В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева, М. И. Степанова // Здоровье, обучение и воспитание детей: история и современность (1904–1959–2004) / под ред. А. А. Баранова, В. Р. Кучмы, Л. М. Сухаревой. Москва: Династия, 2006. С. 21–27.

99. Кучма В. Р. Школы здоровья в России (концепция, планирование и развитие) / В. Р. Кучма. Москва: Изд-во НЦЗД РАМН, 2009. 128 с.

100. Лебедев С. А. Философия науки: краткая энциклопедия (основные направления, концепции, категории) / С. А. Лебедев. Москва: Академический проект, 2008. 692 с.

101. Ле-ван Т. Н. Педагогические технологии формирования здорового образа жизни / Т. Н. Ле-ван, Н. Н. Нежкина // Начальная школа плюс до и после. 2012. № 10. С. 91–95.

102. 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. Режим доступа: <http://www.science-education.ru/103-6398>.

103. Ле-ван Т. Н. Формирование здоровья детей и молодежи с позиций педагогики / Т. Н. Ле-ван // Формирование здоровья детей и подростков в системе непрерывного образования: коллективная монография / под ред. Т. Н. Ле-ван. Новосибирск: Изд-во СибАК, 2013. С. 8–26.

104. *Левшина В. В.* Формирование системы менеджмента качества вуза: монография / В. В. Левшина, Э. С. Бука. Красноярск: Изд-во СибГТУ, 2004. 324 с.

105. *Лисицын Ю. П.* Концепция факторов риска и образа жизни / Ю. П. Лисицын // *Здравоохранение Российской Федерации*. 1998. № 3. С. 49–52.

106. *Ломов Б. Ф.* Системность в психологии / Б. Ф. Ломов. Москва: Изд-во Ин-та практ. психологии, 1996. 384 с.

107. *Лубышева Л. И.* Спортивная культура в школе / Л. И. Лубышева. Москва: Изд-во НИЦ «Теория и практика физ. культуры и спорта», 2006. 174 с.

108. *Лукьянов В. С.* Эмоции и здоровье / В. С. Лукьянов. Москва: Знание, 1966. 48 с.

109. *Маджуга А. Г.* Валеоакмеологические аспекты формирования мотивации к здоровому образу жизни у субъектов образовательного процесса в вузе / А. Г. Маджуга, Р. М. Салимова, Е. В. Титова // *Известия Самарского научного центра РАН*. 2010. Т. 12, № 3 (2). С. 402–407.

110. *Маджуга А. Г.* Валеоакмеологический подход к формированию здоровьесберегающих стратегий поведения личности / А. Г. Маджуга, Л. Б. Сабитова, О. В. Антонова // *Физическая культура: воспитание, образование, тренировка*. 2009. № 3. С. 50–54.

111. *Маджуга А. Г.* Векторно-контекстуальная модель здоровьесозидающего потенциала личности / А. Г. Маджуга, В. Г. Калашников, Р. М. Давлетшина // *Вестник Санкт-Петербургского университета*. Серия 12, Психология. Социология. Педагогика. 2012. Вып. 2. С. 114–123.

112. *Маджуга А. Г.* Взаимосвязь валеоакмеологических пространств и типа валеологической установки в контексте проблемы отношения студентов к своему здоровью / А. Г. Маджуга // *Здоровье и образование в XXI веке*. Серия: Медицина. 2012. Т. 14 (1). С. 143–148.

113. *Маджуга А. Г.* Здоровьесозидающее образование: теория, методология, практика: монография. Уфа: Изд-во РУМНЦ, 2010. 300 с.

114. *Маджуга А. Г.* Здоровьесозидающий подход в образовании / А. Г. Маджуга, Д. Б. Козлов. Уфа: Изд-во БГУ, 2011. 296 с.

115. *Маджуга А. Г.* Здоровьесозидающее образование / А. Г. Маджуга. Уфа: Изд-во РУМНЦ, 2008. 389 с.

116. *Маджуга А. Г.* Здоровьесоздающее образование как базовый концепт в структуре профессионально-прикладной подготовки будущего учителя / А. Г. Маджуга // Высшее образование сегодня. 2009. № 8. С. 86–90.

117. *Маджуга А. Г.* Концептуальное обоснование проблемы организации процесса здоровьесоздающего образования в современной школе / А. Г. Маджуга // Научные исследования: информация, анализ, прогноз: коллективная монография / под общ. ред. О. И. Кирикова. Воронеж: Изд-во ВГПУ, 2008. Кн. 19. С. 376–392.

118. *Маджуга А. Г.* Концептуальные подходы к изучению здоровьесоздающего потенциала человека / А. Г. Маджуга, Н. Н. Мальярчук // Здоровьесберегающее образование в инновационных условиях: теория, методология, практика: коллективная монография / науч. ред. А. Г. Маджуга; отв. ред. С. Н. Сладков. Обнинск: Изд-во МАН «Интеллект будущего», 2013. С. 67–72.

119. *Маджуга А. Г.* Модель развития здоровья личности учащейся молодежи в ракурсе концептуальных положений валеологии / А. Г. Маджуга, Л. Б. Сабитова // Культура физическая и здоровье. 2008. № 1 (15). С. 30–34.

120. *Маджуга А. Г.* Научное обоснование процесса проектирования векторно-контекстуальной модели здоровьесоздающего потенциала личности // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта, 2011. № 10 (80). С. 129–134.

121. *Маджуга А. Г.* Педагогическая концепция здоровьесоздающей функции образования: автореферат диссертации ... доктора педагогических наук / А. Г. Маджуга. Владимир, 2011. 49 с.

122. *Маджуга А. Г.* Принципы здоровьесоздающего образования и их классификация / А. Г. Маджуга // Педагогика: семья – школа – общество: монография / под общ. ред. О. И. Кирикова. Воронеж: Изд-во ВГПУ, 2008. Кн. 15. С. 51–76.

123. *Маджуга А. Г.* Психологическая векторная модель здоровьесоздающего потенциала личности / А. Г. Маджуга, Р. М. Давлетшина // Успехи современного естествознания. Серия: Психологические науки. 2012. № 1. С. 57–62.

124. *Маджуга А. Г.* Психолого-педагогические основы проектирования здоровьесоздающей образовательной среды в современной школе: учебное пособие / А. Г. Маджуга, Э. Н. Ильясова. Стерлитамак: Изд-во СГПА, 2011. 314 с.

125. *Маджуга А. Г.* Теоретико-методологические основы проектирования валеоакмеологической модели развития здоровья личности / А. Г. Маджуга, С. Н. Сладков // Здоровьесберегающее образование в инновационных условиях: теория, методология, практика: коллективная монография / науч. ред. А. Г. Маджуга; отв. ред. С. Н. Сладков. Обнинск: Изд-во МАН «Интеллект будущего», 2013. С. 72–77.

126. *Маджуга А. Г.* Формирование валеологической культуры личности в контексте совместно-диалогической здоровьесберегающей деятельности субъектов образовательного процесса / А. Г. Маджуга // Валеология. 2003. № 1. С. 58–61.

127. *Малярчук Н. Н.* Здоровьесозидающая деятельность педагога в условиях современного социокультурного информационного общества / Н. Н. Малярчук // Человек и образование: академический вестник Института образования взрослых Российской академии образования. 2011. № 3 (28). С. 28–31.

128. *Малярчук Н. Н.* Культура здоровья педагога: личностный и профессиональный аспекты: автореферат диссертации ... доктора педагогических наук / Н. Н. Малярчук. Тюмень, 2009. 48 с.

129. *Малярчук Н. Н.* Проблемы и пути повышения эффективности сохранения здоровья субъектов образовательного процесса / Н. Н. Малярчук, А. Г. Маджуга, И. А. Синицина // Здоровьесберегающее образование в инновационных условиях: теория, методология, практика: коллективная монография / науч. ред. А. Г. Маджуга; отв. ред. С. Н. Сладков. Обнинск: Изд-во МАН «Интеллект будущего», 2013. С. 171–176.

130. *Малярчук Н. Н.* Теоретико-методологические основы созидания здоровья в современном социокультурном пространстве образования / Н. Н. Малярчук, А. Г. Маджуга, Л. Н. Уварова // Вестник Владимирского государственного университета им. Александра Григорьевича и Николая Григорьевича Столетовых. 2013. № 12. С. 75–85.

131. *Малярчук Н. Н.* Факторы, влияющие на эффективность здоровьесозидающей деятельности педагогов в современном социокультурном пространстве образования / Н. Н. Малярчук, В. М. Чимаров // Вестник Тюменского государственного университета. 2011. № 9. С. 72–79.

132. *Масленникова С. Ф.* Ценности и ценностные отношения студентов технического вуза / С. Ф. Масленникова // Образование и наука: известия Уральского отделения Российской академии образования. 2010. № 9 (71). С. 33–39.

133. Маслоу А. Мотивация и личность: перевод с английского / А. Маслоу. Санкт-Петербург: Питер, 1999. 352 с.

134. Маткивский Р. А. Управление здоровьем школьников на основе здоровьесберегающей деятельности общеобразовательных учреждений: автореферат диссертации ... доктора медицинских наук / Р. А. Маткивский. Москва, 2009. 46 с.

135. Методические рекомендации по внедрению типовой модели системы качества образовательного учреждения / В. В. Азарьева [и др.]. Санкт-Петербург: Изд-во СПбГЭТУ, 2006. 408 с.

136. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации [Электронный ресурс]: сайт. Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru>.

137. Министерство образования и науки Российской Федерации [Электронный ресурс]: сайт. Режим доступа: <http://www.minobraz.ru>.

138. Митина Л. М. Профессиональная деятельность и здоровье педагога / Л. М. Митина, О. А. Анисимова, Г. В. Мишин. Москва: Академия, 2005. 368 с.

139. Мясищев В. Н. Структура личности и отношение человека к действительности / В. Н. Мясищев // Психология личности: в 2 томах. Самара: Бахрах-М, 2004. Т. 2.

140. Науменко Ю. В. Школа и здоровье: теоретико-методологический анализ: монография / Ю. В. Науменко. Волгоград: Изд-во ВГИПК РО, 2005. 244 с.

141. Научный центр здоровья детей Российской академии медицинских наук [Электронный ресурс]: сайт. Режим доступа: <http://www.nczd.ru>.

142. Немов Р. С. Психологический словарь / Р. С. Немов. Москва: Владос, 2007. 560 с.

143. Немов Р. С. Психология: словарь-справочник: в 2 частях / Р. С. Немов. Москва: Владос-Пресс, 2003. Ч. 2. 352 с.

144. Ожегов С. И. Словарь русского языка / С. И. Ожегов; под общ. ред. Л. И. Скворцова. 24-е изд., испр. Москва: Оникс 21 век: Мир и образование, 2005. 896 с.

145. Онищенко Г. Г. Безопасное будущее детей России: научно-методические основы подготовки плана действий в области окружающей среды и здоровья наших детей / Г. Г. Онищенко, А. А. Баранов, В. Р. Кучма. Москва: Изд-во НЦЗД РАМН, 2004. 154 с.

146. *Онищенко Г. Г.* Социально-гигиенические проблемы состояния здоровья детей и подростков / Г. Г. Онищенко // Гигиена и санитария. 2001. № 5. С. 7–11.

147. *Орехова Т. Ф.* Валеологический подход к организации урока в современной школе / Т. Ф. Орехова // Совершенствование учебного процесса в вузе и школе: сборник научных статей / под ред. А. Л. Филоненко [и др.]. Магнитогорск: Изд-во МаГУ, 2002. С. 10–25.

148. *Орехова Т. Ф.* Взаимосвязь здоровья и профессионального мастерства учителя / Т. Ф. Орехова // Профессиональное мастерство: становление, формирование и развитие: межвузовский сборник научных статей / под ред. В. П. Горшенина, И. В. Резанович. Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2003. С. 421–429.

149. *Орехова Т. Ф.* Здоровое поколение: программа уроков здоровья и нравственности для учащихся 1–11 классов общеобразовательной школы и учреждений дополнительного образования / Т. Ф. Орехова, Т. В. Кружилина. Магнитогорск: Изд-во МаГУ, 2004. 60 с.

150. *Орехова Т. Ф.* Здоровьесотворяющее образование как педагогическая категория / Т. Ф. Орехова // Вестник Оренбургского государственного университета. 2004. № 6. С. 60–66.

151. *Орехова Т. Ф.* Организация здоровьесотворяющего образования в школе: монография / Т. Ф. Орехова. Магнитогорск: Изд-во МаГУ, 2001. 350 с.

152. *Орехова Т. Ф.* Теоретические основы формирования здорового образа жизни субъектов педагогического процесса в системе современного общего образования: диссертация ... доктора педагогических наук / Т. Ф. Орехова. Магнитогорск, 2005. 389 с.

153. *Орехова Т. Ф.* Теоретические основы формирования здорового образа жизни субъектов педагогического процесса в системе современного общего образования: монография / Т. Ф. Орехова. Магнитогорск: Изд-во МаГУ, 2004. 352 с.

154. *Панкова Н. Б.* Патолофизиологический анализ влияния факторов риска образовательной среды на функциональное состояние организма учащихся: доктологическое исследование: диссертация ... доктора биологических наук / Н. Б. Панкова. Москва, 2009. 293 с.

155. *Педагогический словарь*: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / под ред. В. И. Загвязинского, А. Ф. Закировой. Москва: Академия, 2008. 352 с.

156. *Педагогический* энциклопедический словарь / гл. ред. Б. М. Бим-Бад. Москва: Большая российская энциклопедия, 2002. 527 с.

157. *Перевезенцев Е. А.* Состояние здоровья и пути оптимизации медицинского обеспечения подростков – учащихся профессиональных училищ и техникумов агропромышленного района: диссертация ... кандидата медицинских наук / Е. А. Перевезенцев. Рязань, 2009. 151 с.

158. *Платонов К. К.* Структура и развитие личности / К. К. Платонов. Москва: Наука, 1986. 255 с.

159. *Полетаева Н. М.* Теоретические основы системы валеологического воспитания школьников: диссертация ... доктора педагогических наук / Н. М. Полетаева. Санкт-Петербург, 2001. 344 с.

160. *Полонский В. М.* Словарь по образованию и педагогике / В. М. Полонский. Москва: Высшая школа, 2004. 512 с.

161. *Попов С. В.* Валеология в школе и дома / С. В. Попов. Санкт-Петербург: Союз, 1997. 256 с.

162. *Працун Э. В.* Развитие здоровьесберегающей компетентности педагогов в инфраструктуре образовательного учреждения / Э. В. Працун // Профессиональное самоопределение учащейся молодежи региона в условиях сохранения и укрепления ее здоровья: материалы Международной научно-практической конференции, Кемерово, 14–16 окт. 2013 г.: в 2 частях. Кемерово: Изд-во КРИПО, 2013. Ч. 2. С. 177–179.

163. *Рапопорт И. К.* Особенности заболеваемости школьников и учащихся профессиональных училищ в процессе завершения общего и профессионального образования / И. К. Рапопорт, Е. Г. Бирюкова // Гигиена и санитария. 2007. № 1. С. 67–70.

164. *Резер Т. М.* Здоровьесбережение в профессиональной подготовке специалиста: учебное пособие для вузов / Т. М. Резер. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2005. 119 с.

165. *Резер Т. М.* Здоровьесохраняющая технология в образовательном учреждении: учебно-методическое пособие / Т. М. Резер. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2002. 100 с.

166. *Резер Т. М.* Учебный процесс и здоровье учащихся: методические рекомендации / Т. М. Резер. Москва: АПО, 2002. 51 с.

167. *Российский* статистический ежегодник, 2010: статистический сборник. Москва: Изд-во Росстата, 2010. 813 с.

168. *Российский* статистический ежегодник, 2012: статистический сборник. Москва: Изд-во Росстата, 2012. 786 с.

169. *Ростовцев В. Н.* Основы здоровья / В. Н. Ростовцев. Минск: Минсктиппроект, 2002. 111 с.

170. *Ростовцев В. Н.* Основы культуры здоровья: пособие для учителей, классных руководителей / В. Н. Ростовцев, В. М. Ростовцева. Минск: Изд-во Нац. ин-та образования, 2008. 120 с.

171. *Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. Санкт-Петербург: Питер, 1999. 720 с.

172. *Семенов Л. А.* Организационные аспекты управления здоровьесформированием в образовательных учреждениях / Л. А. Семенов, Н. В. Третьякова // Образование и наука: известия Уральского отделения Российской академии образования. 2004. № 4 (28). С. 116–126.

173. *Семенова И. И.* Организационно-педагогические условия сохранения здоровья учащейся молодежи в общеобразовательном учреждении: автореферат диссертации ... кандидата педагогических наук / И. И. Семенова. Москва, 2007. 25 с.

174. *Семья с детьми в современной России: экономический и социальный портрет: коллективная монография* / под ред. Л. Н. Овчаровой, Л. М. Прокофьевой. Москва: Изд-во ИСЭПН РАН, 2008. 112 с.

175. *Сериков Г. Н.* Педагогика: в 2 книгах / Г. Н. Сериков. Москва: Владос, 2005. Кн. 1: Объект исследований. 440 с.

176. *Сериков С. Г.* Здоровьесберегающее образование: паритет здоровья и образованности учащихся: монография / С. Г. Сериков. Челябинск: Изд-во ЧелГНОЦ УрО РАО, 2002. 226 с.

177. *Сластенин В. А.* Введение в педагогическую аксиологию / В. А. Сластенин, Г. И. Чижаква. Москва: Академия, 2003. 192 с.

178. *Сластенин В. А.* Педагогика профессионального образования / В. А. Сластенин. Москва: Академия, 2008. 368 с.

179. *Смирнов В. И.* Общая педагогика в тезисах, дефинициях, иллюстрациях / В. И. Смирнов. Москва: Педагогическое общество России, 1999. 416 с.

180. *Смирнов Н. К.* Благополучие обучающихся – приоритет работы школы / Н. К. Смирнов // Здоровьесберегающее образование в инновационных условиях: теория, методология, практика: коллективная монография / науч. ред. А. Г. Маджуга; отв. ред. С. Н. Сладков. Обнинск: Изд-во МАН «Интеллект будущего», 2013. С. 226–233.

181. *Смирнов Н. К.* Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе / Н. К. Смирнов. Москва: Изд-во АПКиПРО, 2002. 121 с.

182. *Смирнов Н. К.* Руководство по здоровьесберегающей педагогике. Технологии здоровьесберегающего образования / Н. К. Смирнов. Москва: АРКТИ, 2008. 288 с.

183. *Современные концепции развития здоровья субъектов образовательного процесса / А. Г. Маджуга [и др.] // Здоровьесберегающее образование в инновационных условиях: теория, методология, практика: коллективная монография / науч. ред. А. Г. Маджуга; отв. ред. С. Н. Сладков. Обнинск: Изд-во МАН «Интеллект будущего», 2013. С. 77–84.*

184. *Социально-психологические, медико-биологические и педагогические аспекты адаптации и здоровья (методологические и организационные подходы) / Э. М. Казин [и др.] // Валеология. 2007. № 4. С. 8–20.*

185. *Степанова М. И.* Здоровьесберегающие основы организации школьного и дошкольного обучения / М. И. Степанова // *Здоровье, обучение и воспитание детей: история и современность (1904–1959–2004) / под ред. А. А. Баранова, В. Р. Кучмы, Л. М. Сухаревой. Москва: Династия, 2006. С. 184–193.*

186. *Татарникова Л. Г.* Валеологическая стратегия педагогической деятельности / Л. Г. Татарникова // *Вестник БПА. 1999. № 28. С. 10–18.*

187. *Татарникова Л. Г.* Валеологические основы организации опытно-экспериментальной работы в школе: теория и практика / Л. Г. Татарникова // *Здоровье и образование: концептуальные основы педагогической валеологии: материалы Всероссийского научно-практического семинара, Санкт-Петербург, 7–9 дек. 1993 г. Санкт-Петербург: Изд-во СПбУПМ, 1994. С. 9–11.*

188. *Татарникова Л. Г.* Валеология в педагогическом пространстве: монография / Л. Г. Татарникова. Санкт-Петербург: Крисмас+, 2002. 200 с.

189. *Татарникова Л. Г.* Педагогическая валеология: генезис, тенденции развития: автореферат диссертации ... доктора педагогических наук / Л. Г. Татарникова. Москва, 1996. 64 с.

190. *Татарникова Л. Г.* Педагогическая валеология. Генезис. Тенденции развития / Л. Г. Татарникова. Санкт-Петербург: РЕТРОС, 1997. 352 с.

191. *Татарникова Л. Г.* Российская школа здоровья и индивидуального развития детей / Л. Г. Татарникова. Санкт-Петербург: Изд-во СПбГУПМ, 1993. 118 с.

192. *Татарникова Л. Г.* Я и мое здоровье: учебное пособие по валеологии / Л. Г. Татарникова, И. Ю. Глинянова. Волгоград: Перемена, 1995. 144 с.

193. *Третьякова Н. В.* Анализ деятельности образовательных учреждений по сохранению здоровья детей и подростков / Н. В. Третьякова, Т. В. Андрюхина // Педагогический журнал Башкортостана. 2012. № 4 (41). С. 69–76.

194. *Третьякова Н. В.* Здоровье человека в современном понимании, его составляющие и особенности оценки / Н. В. Третьякова // Научный часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 11, Соціальна робота. Соціальна педагогіка. 2013. Вип. 16. С. 15–21.

195. *Третьякова Н. В.* Инновации в управлении качеством здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений / Н. В. Третьякова // Качество. Инновации. Образование. 2013. № 8. С. 28–35.

196. *Третьякова Н. В.* Исследование состояния здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях Свердловской области / Н. В. Третьякова // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. 2011. № 9 (79). С. 155–158.

197. *Третьякова Н. В.* К вопросу о выявлении факторов риска для здоровья детей и подростков в общеобразовательных учреждениях / Н. В. Третьякова // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. 2012. № 3 (85). С. 172–177.

198. *Третьякова Н. В.* Качество здоровьесберегающей деятельности / Н. В. Третьякова // Здоровьесберегающее образование в инновационных условиях: теория, методология, практика: коллективная монография / науч. ред. А. Г. Маджуга; отв. ред. С. Н. Сладков. Обнинск: Изд-во МАН «Интеллект будущего», 2013. С. 104–112.

199. *Третьякова Н. В.* Качество здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений: понятийный аспект / Н. В. Третьякова, В. А. Федоров // Образование и наука. 2013. № 4. С. 112–132.

200. *Третьякова Н. В.* Модель управления качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях / Н. В. Третьякова // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. 2013. № 1. С. 115–119.

201. *Третьякова Н. В.* Нормативно-правовые основания обеспечения здоровья детей и подростков в учебном заведении / Н. В. Третьякова // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. 2011. № 1 (71). С. 124–127.

202. *Третьякова Н. В.* Определение качества здоровьесберегающей деятельности общеобразовательных учебных заведений / Н. В. Третьякова // Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 11, Соціальна робота. Соціальна педагогіка. 2013. Вип. 17, ч. 3. С. 101–106.

203. *Третьякова Н. В.* Организационно-педагогические условия здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении: диссертация ... кандидата педагогических наук / Н. В. Третьякова. Екатеринбург, 2005. 197 с.

204. *Третьякова Н. В.* Основы здоровьесбережения: практикум / Н. В. Третьякова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2011. 138 с.

205. *Третьякова Н. В.* Основы организации здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении / Н. В. Третьякова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2009. 176 с.

206. *Третьякова Н. В.* Оценка качества работы преподавателя на основе методики многомерного анализа его деятельности / Н. В. Третьякова // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. 2011. № 11 (81). С. 151–155.

207. *Третьякова Н. В.* Теоретические аспекты управления качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях: монография / Н. В. Третьякова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2013. 128 с.

208. *Третьякова Н. В.* Технологии проектного обучения как средство формирования валеологической компетентности студентов / Н. В. Третьякова // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. 2010. № 3 (61). С. 107–110.

209. *Третьякова Н. В.* Управление здоровьесберегающей деятельностью в учебных заведениях / Н. В. Третьякова // Педагогический журнал Башкортостана. 2012. № 1 (38). С. 108–115.

210. *Туаева И. Ш.* Гигиеническая оценка режима дня и его влияние на здоровье школьников старших классов в современных условиях: автореферат диссертации ... кандидата медицинских наук / И. Ш. Туаева. Санкт-Петербург, 2005. 21 с.

211. *Тюмасева З. И.* Валеология и образование / З. И. Тюмасева, Б. Ф. Кваша. Санкт-Петербург: МАНЭБ, 2002. 380 с.

212. *Усанова Е. П.* Состояние здоровья школьников, новые формы организации медицинской помощи, профилактической и оздоровительной работы в школе: автореферат диссертации ... доктора медицинских наук / Е. П. Усанова. Нижний Новгород, 1997. 45 с.

213. *Ухтомский А. А.* Физиологический покой и лабильность как биологические факторы: лекции по физиологии нервной системы / А. А. Ухтомский. Ленинград: Наука, 1966. 273 с.

214. *Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека* [Электронный ресурс]: сайт. Режим доступа: <http://rospotrebnadzor.ru>.

215. *Федоров В. А.* Инновационные технологии в управлении качеством образования: учебное пособие для вузов / В. А. Федоров, Е. Д. Колегова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2002. 176 с.

216. *Федоров В. А.* Качество профессионально-педагогического образования / В. А. Федоров // Образование и наука. 1999. № 2 (2). С. 189–198.

217. *Федоров В. А.* Педагогические технологии управления качеством профессионального образования / В. А. Федоров, Е. Д. Колегова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2007. 226 с.

218. *Федоров В. А.* Профессионально-педагогическое образование: теория, эмпирика, практика / В. А. Федоров. Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. проф.-пед. ун-та, 2001. 330 с.

219. *Фельдштейн Д. И.* Возрастная и педагогическая психология / Д. И. Фельдштейн. Москва: Изд-во МПСИ, 2002. 340 с.

220. *Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации: сборник материалов* / под ред. А. А. Баранова, В. Р. Кучмы. Москва: ПедиатрЪ, 2013. Вып. 6. 192 с.

221. *Франц А. С.* Специфика приобщения студентов к социальным ценностям / А. С. Франц // Акмеология профессионального образования: материалы 5-й Всероссийской научно-практической конференции, Екатеринбург, 11–12 марта 2008 г. / Рос. гос. проф.-пед. ун-т; Рос. акад. образования, Урал. отд-ние; под ред. О. Б. Акимовой, Г. П. Сикорской, Н. К. Чапаева. Екатеринбург, 2008. С. 192–198.

222. Франц А. С. Установка на укрепление здоровья как важнейшее направление корпоративной культуры образовательных учреждений / А. С. Франц // Корпоративная культура образовательного учреждения: материалы научно-практического семинара, Екатеринбург, 23–24 окт. 2007 г. / Рос. гос. проф.-пед. ун-т; науч. ред. А. С. Франц. 2007. С. 78–82.

223. Холмогорова А. В. Культура, эмоции и психическое здоровье / А. В. Холмогорова, Н. Г. Гаранян // Вопросы психологии. 1999. № 2. С. 61–74.

224. Хруцкий К. С. Аксиологический подход в современной валеологии: диссертация ... кандидата философских наук / К. С. Хруцкий. Великий Новгород, 2000. 183 с.

225. Чимаров В. М. Культура здоровья педагога как основа формирования здоровой личности в культурно-информационном образовательном пространстве / В. М. Чимаров, Н. Н. Малярчук // Валеология. 2011. № 2. С. 80–85.

226. Щедрина А. Г. Онтогенез и теория здоровья: методологические аспекты / А. Г. Щедрина. Новосибирск: Изд-во СО РАМН, 2003. 164 с.

227. Югова Е. А. Анализ структуры и содержания здоровьесберегающей компетенции студентов педагогического вуза / Е. А. Югова // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. 2011. № 3. С. 213–218.

228. Юдин Б. Г. Биоэтика: принципы, правила, проблемы / Б. Г. Юдин. Москва: Едиториал УРСС, 1998. 472 с.

229. Юнг К. Г. Личное и сверхличное, или коллективное бессознательное / К. Г. Юнг. Москва: ПРИОР, 1999. 228 с.

230. Ямпольская Ю. А. Физическое развитие и функциональные возможности подростков 15–17 лет, обучающихся в школе и профессиональном училище / Ю. А. Ямпольская // Педиатрия. 2007. № 5. С. 69–72.

231. Ajzen I. The theory of planned behavior [Electronic resource] / I. Ajzen. Access mode: <http://academic.research.microsoft.com/Publication/1394146/the-theory-of-planned-behavior>.

232. Leventhal H. The common-sense model of self-regulation of health and illness // The self-regulation of health and illness behavior. London; New York: Routledge, 2003. P. 42–65.

233. *Miller S. M.* Applying cognitivesocial theory to healthprotective behavior: Breast self-examination in cancer screening / S. M. Miller, Y. Shoda, K. Hurley // *Psychological Bulletin*. 1996. № 119. P. 70–94.

234. *Rogers C. R.* What understanding and acceptance mean to me // *Journal of Humanistic Psychology*. 1997. Vol. 35 (4). P. 7–22.

235. *Rosenstock I. M.* Social learning Theory and the Health Belief Model [Electronic resource] / I. M. Rosenstock, V. J. Strecher, M. H. Becker // *Health education quarterly*. 1988. Vol. 15 (2). P. 175–183. Access mode: http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/67783/10.1177_109019818801500203.pdf;jsessionid=1A81AEE133B312BAA63FB7284F9F4F76?sequence=2.

236. *Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area* [Electronic resource] / European Association for Quality Assurance in Higher Education. Brussels, 2005. 41 p. Access mode: <http://www.enqa.eu/index.php/home/esg/>.

237. *Stokols D.* Translating Social Ecological Theory into Guidelines for Community Health Promotion / D. Stokols // *American Journal of Health Promotion*. 1996. Vol. 10 (4). P. 282–298.

Научное издание

Третьякова Наталия Владимировна

ФОРМИРОВАНИЕ ГОТОВНОСТИ УЧАЩИХСЯ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ
К ЗДРАВОВОТВОРЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Монография

Редактор Е. А. Ушакова
Компьютерная верстка Н. А. Ушениной

Печатается по постановлению
редакционно-издательского совета университета

Подписано в печать 01.12.14. Формат 60×84/16. Бумага для множ. аппаратов.
Печать плоская. Усл. печ. л. 9,3. Уч.-изд. л. 10,5. Тираж 500 экз. Заказ № __.
Издательство Российского государственного профессионально-педагогического университета. Екатеринбург, ул. Машиностроителей, 11.
