

Т. Н. Ле-ван, В. А. Федоров

**ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩАЯ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПЕДАГОГА:
НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**



Екатеринбург
РГПУ
2016

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

Т. Н. Ле-ван, В. А. Федоров

**ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПЕДАГОГА:
НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

Монография

© ФГАОУ ВО «Российский государственный
профессионально-педагогический университет», 2017

ISBN 978-5-8050-0613-6

Екатеринбург
РГППУ
2017

УДК 355.233.22(075)

ББК Ч31.055я73-1

Л 66

Ле-ван, Татьяна Николаевна.

Л 66 Здоровьеформирующая деятельность педагога: научно-методический аспект [Электронный ресурс]: монография / Т. Н. Ле-ван, В. А. Федоров. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2017. 175 с. Режим доступа: <http://elar.rsvpu.ru/handle/123456789/23135>. ISBN 978-5-8050-0613-6

Представлены результаты исследования, имеющего целью разработку и научное обоснование теоретико-методологических основ деятельности педагогических работников, направленной на становление и развитие культуры здоровья обучающихся. Эта педагогическая деятельность рассматривается в системе деятельности образовательной организации по охране здоровья обучающихся и определяется актуальным нормативно-правовым полем.

Предназначена руководителям и педагогам образовательных учреждений, студентам педагогических вузов и колледжей.

Рецензенты: чл.-кор. РАО, д-р пед. наук, проф. П. Ф. Кубрушко (ФГБОУ ВО «Российский государственный аграрный университет – МСХА имени К. А. Тимирязева»); чл.-кор. РАО, д-р психол. наук, проф. Э. Ф. Зеер (ФГАОУ ВО «Российский государственный профессионально-педагогический университет»); Центр экспертизы и внедрения образовательных услуг ФГАУ «Федеральный институт развития образования»

Работа выполнена при финансовой поддержке Министерства образования и науки Российской Федерации в рамках проекта № 2014/393.

Системные требования: Windows XP/2003; программа для чтения pdf-файлов Adobe Acrobat Reader

Научное издание

Редактор О. Е. Мелкозерова; компьютерная верстка Н. А. Ушениной

Утверждено постановлением редакционно-издательского совета университета

Подписано к использованию 16.08.17. Текстовое (символьное) издание (1,01 Мб).

Издательство Российского государственного профессионально-педагогического университета.

Екатеринбург, ул. Машиностроителей, 11.

© ФГАОУ ВО «Российский государственный профессионально-педагогический университет», 2017

Оглавление

Введение.....	5
Глава 1. Концептуальные основы формирования культуры здоровья, здорового и безопасного образа жизни детей	10
1.1. Педагогическая концепция здоровья	10
1.2. Методологические основы деятельности образовательных организаций по сохранению и укреплению здоровья обучающихся	24
1.3. Культура здоровья личности. Принципы формирования здорового и безопасного образа жизни	44
1.4. Стратегические установки по формированию здорового образа жизни	54
1.5. Нормативно-правовые основания здоровьесформирующей деятельности в образовании	59
Глава 2. Здоровьеориентированная личностная позиция как условие успешной социализации ребенка	85
2.1. Социализация обучающихся: определения, особенности, подходы, направления.....	85
2.2. Здоровьеориентированная личностная позиция обучающихся как результат здоровьесформирующей деятельности	95
2.3. Место здоровьесформирующей составляющей в структуре профессиональной деятельности педагога.....	104
Глава 3. Специфика построения здоровьесформирующей деятельности педагога с учетом возрастных и индивидуальных особенностей здоровья обучающихся.....	112
3.1. Специфика здоровьесформирующей деятельности с детьми с ограниченными возможностями здоровья.....	112
3.2. Особенности организации здоровьесформирующей деятельности с детьми, имеющими нарушения социальной, психологической или функциональной адаптации	120
3.3. Специфика здоровьесформирующей деятельности с одаренными детьми	125
Глава 4. Оценка здоровьесформирующей деятельности педагога	130
4.1. Педагогическая рефлексия как ресурс здоровьесформирующей деятельности	130

4.2. Методы объективной оценки здоровьесформирующей деятельности педагога	134
Заключение	146
Библиографический список.....	149
Приложение 1. Диагностика готовности педагога к здоровьесориентированной деятельности в образовательной организации (авторы – Т. Н. Ле-ван, Е. И. Черепанова)	162
Приложение 2. Диагностика отношения к здоровью детей и подростков (автор – Т. Н. Ле-ван).....	166

Введение

Здоровье граждан относится в нашей стране к сфере социальных гарантий государства. Реализовывать эту гарантию призваны все социальные институты, в том числе институт образования. Интегрируя вопросы заботы о здоровье человека в проблематику исследований научной области, обслуживающей институт образования, необходимо четко определить теоретико-методологические основания такого научного поиска.

Вопросам сохранения и укрепления здоровья обучающихся в образовательных организациях (воспитанников, учащихся, студентов) посвящено множество трудов. Подходы к пониманию здоровья, причин и механизмов его формирования, сохранения и укрепления, а также вопросы его диагностики и мониторинга рассмотрены в работах Г. Л. Апанасенко, И. И. Брехмана, Э. М. Казина, В. П. Казначеева, А. Г. Щедриной и др. Вопросы формирования психического и нравственного здоровья детей и подростков освещены в трудах Б. Г. Ананьева, Б. Ф. Базарного, Е. П. Ильина, В. Е. Кагана и др. Исследования по созданию индивидуальных программ обеспечения здоровья учащихся проведены Н. Г. Блиновой, Э. М. Казиным, Т. М. Ковалевой, Н. А. Литвиновой, Н. Н. Нежкиной, Н. К. Смирновым и др. Теоретические аспекты формирования валеологической культуры, здоровьесозидающего поведения отражены в научных работах Н. П. Абаскаловой, Э. Н. Вайнера, В. Н. Ирхина, В. В. Колбанова, А. Г. Маджуги, Н. Н. Малярчук, Л. Г. Татарниковой и др. В. К. Бальсевич, М. М. Безруких, Н. Н. Куинджи, Н. Н. Манжелей, Н. М. Полетаева, Н. К. Смирнов, В. М. Чимаров и другие исследуют особенности валеологического содержания образования, раскрывают практику внедрения здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс. Вопросам исследования здоровьесозидающей среды образовательной организации посвящены работы М. Г. Колесниковой, Н. К. Смирнова, Л. Г. Татарниковой, З. И. Тюмасевой, О. А. Шкляровой и др.

В большинстве своем практическая деятельность образовательных организаций имеет здоровьесберегающую сущность или, по крайней мере, стремится к этому. Именно определение «здоровьесберегающий» стало с 1990-х гг. неизменным атрибутом характеристики деятельности в системе образования, направленной на минимизацию

так называемых школьных факторов риска (М. В. Антропова, М. М. Безруких и др.), приведение образовательного процесса в соответствие с санитарно-гигиеническими требованиями и нормами (С. М. Громбах, В. Р. Кучма, И. К. Рапопорт, А. Г. Сухарев и др.), создание адаптивно-развивающей образовательной среды (Р. И. Айзман, Э. М. Казин и др.), применение архитектурных и мебельных решений, специального оборудования, позволяющего осуществлять профилактику различных видов нарушений здоровья, возникающих вследствие негативного влияния особенностей обучения (В. Ф. Базарный, П. И. Храмов и др.), проектирование особой инфраструктуры образовательной организации, в которой медико-профилактические услуги интегрированы в образовательный процесс (Е. В. Котомина, В. Р. Кучма, И. К. Рапопорт и др.), использование средств профилактики утомления и особых двигательных-активных средств повышения работоспособности и внимания обучающихся на уроках (В. А. Вишневецкий, В. И. Ковалько, А. М. Митяева и др.) и т. д. Названные подходы к трактовке определения «здоровьесберегающий» берут свое начало в таких науках, как медицина, гигиена, физиология и других, но не имеют собственно педагогических оснований.

Попытки наполнить определение «здоровьесберегающий», которое уже прочно закрепилось к началу 2000-х гг. в управленческой документации, собственно педагогическим содержанием были предприняты еще в 1980–90-х гг. Р. М. Баевским, И. И. Брехманом, Э. Н. Вайнером, Г. К. Зайцевым, В. П. Казначеевым, В. В. Колбановым, Г. А. Кураевым, Л. Г. Татарниковой и др. – ученые и их последователи разрабатывали теорию и практику обучения основам здорового образа жизни, называя это направление «валеология», а для определения данной деятельности используя слово «валеологический». Вместе с тем, под валеологизацией образования понимался и системный учет каждым педагогом физиологических особенностей обучающихся при построении образовательного процесса (Е. К. Айдаркин, Г. Л. Апанасенко, Э. М. Казин, Б. Н. Чумаков и др.). Тем самым размывались границы данного термина и происходила повторная переориентация с обучения здоровью как предмету на сохранение здоровья как условие обучения.

Еще одно направление научных исследований, где активно использовался термин «здоровьесберегающий», разрабатывалось Н. П. Абаска-

ловой, О. С. Гладышевой, В. Н. Ирхиным, Т. Ф. Ореховой, Н. В. Третьяковой, З. И. Тюмасевой и другими специалистами – авторами научных школ, положивших принцип здоровьесориентированности в основу педагогических систем, включающих управленческие, организационно-педагогические, содержательные и оценочно-результативные аспекты педагогической деятельности. Ученые в своих концепциях обосновали и систематизировали деятельность образовательной организации фактически как здоровьесберегающую (создание особой среды, безопасных для здоровья обучающихся условий, в которых протекает образовательный процесс) и здоровьесформирующую (воспитание культуры здоровья обучающихся как социализация, формирование навыков здорового образа жизни и мотивации к выбору соответствующего жизненного стиля), а также, в некоторых случаях, и как здоровьескрепляющую (развитие адаптационных резервов организма).

Следует отметить, что определение «здоровьесформирующий» (от «формирование здоровья») по сей день используется в педагогических исследованиях наряду с рассматриваемым нами определением «здоровьесберегающий», однако оно несет в себе не только идею формирования ценностей здорового образа жизни, валеологических знаний и умений, мотивации учащихся на здоровый образ жизни, воспитание принципов здорового образа жизни, обучение здоровью, повышение жизнеспособности подрастающего поколения, но и физиологическую доминанту – реализацию, начиная с внутриутробной жизни, заложенного генетического потенциала под воздействием условий развития человека (И. А. Аршавский, И. И. Брехман, Э. Н. Вайнер, Л. С. Выготский, Э. М. Казин и др.), в том числе путем наращивания физической компоненты здоровья через регулярные физические тренировки, занятия физической культурой и спортом (В. К. Бальсевич, Л. И. Лубышева и др.). В связи с этим есть основания полагать, что определение «здоровьесформирующий» на данный момент имеет размытые границы и неоднозначно воспринимается специалистами различных профилей, занимающимися проблемой сохранения и укрепления здоровья детей.

В то же время, на наш взгляд, по отношению к профессиональной деятельности педагога наиболее целесообразной является характеристика «здоровьесозидающий», поскольку педагог совместно с ребенком и его семьей является «конструктором», «проектировщиком»

формирующейся личности, помогает выявить оптимальные пути ее развития, найти индивидуальный маршрут становления здоровьеориентированной личностной позиции индивида [68].

Следует отметить, что традиция рассматривать образовательную деятельность через призму творчества, созидания, развития складывается в современной педагогике не только относительно проблематики сохранения, укрепления и развития здоровья обучающихся. Так, В. И. Загвязинский указывает на человекосозидающую, культуротворящую сущность образования [39, с. 13] на фоне ее многофункциональности и гуманистической стратегии развития. Однако присутствие феномена здоровья во многих трудах, не посвященных собственно этому вопросу, указывает на его исключительную значимость: одним из важнейших результатов (продуктов) современного образования В. И. Загвязинский называет «формирование здорового образа жизни, физического, психического и духовного здоровья всех участников образовательного процесса», т. е. реализацию «здоровьесберегающих и здоровьесозидающих целей» [39, с. 32].

Рассматривая здоровьесозидающую деятельность педагога как трехкомпонентную структуру [70] – здоровьесберегающий компонент (создание благоприятных для сохранения здоровья обучающихся условий), здоровьесформирующий компонент (формирование у обучающихся культуры здоровья, в том числе развитие здоровьеориентированной личностной позиции), самообразование педагога в области здоровья (личностное и профессиональное развитие работника как субъекта охраны здоровья), – обратимся к составляющей профессиональной педагогической деятельности, в рамках которой осуществляется формирование культуры здоровья обучающихся, т. е. к здоровьесформирующей деятельности. Этот компонент не имеет, на наш взгляд, полного системного теоретико-методологического описания в современных педагогических трудах, из чего вытекает проблема настоящего исследования.

Цель исследования, таким образом, состоит в теоретико-методологическом обосновании здоровьесформирующей деятельности педагога.

Задачи исследования:

- разработать концептуальные основы формирования культуры здоровья, здорового и безопасного образа жизни как основы здоровьесформирующей деятельности педагога;

- дать обоснование здоровьесориентированной личностной позиции обучающихся как результату здоровьесформирующей деятельности педагога;

- раскрыть особенности построения здоровьесформирующей деятельности педагога с учетом возрастных и индивидуальных особенностей здоровья обучающихся;

- разработать комплекс методов оценки здоровьесформирующей деятельности педагога.

Структура работы выстроена в соответствии с представленными задачами.

Глава 1. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ, ЗДОРОВОГО И БЕЗОПАСНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ

1.1. Педагогическая концепция здоровья

Как сложное, многомерное явление современного мира здоровье исследуется с позиций разных наук: философии, медицины, психологии, социологии, педагогики и т. д. Предлагается множество его определений, что, бесспорно, позволяет представить здоровье как явление комплексное, разноуровневое и многоаспектное [124, с. 16–27]. В 1980-е гг. П. И. Калью проанализировал порядка восьмидесяти разных определений здоровья (на сегодня их насчитывается более трехсот) и выделил четыре концептуальные модели: медицинскую, биомедицинскую, биосоциальную, ценностно-социальную [55].

В научных концепциях, принимающих *медицинскую модель здоровья*, здоровье противопоставляется состоянию болезни, оно описывается через понятие «норма», внимание акцентируется на измеримых соматических показателях в определенный момент времени (здоровье как зафиксированная норма).

Концепции здоровья в рамках *биомедицинской модели здоровья* предполагают рассмотрение этого феномена с точки зрения процесса адаптации человека как биологического вида к условиям обитания. В этом случае объективные показатели здоровья отражают морфо-функциональные особенности организма, реакции органов и систем человека на воздействия окружающей среды и степень приспособления организма к ним.

Биосоциальная модель здоровья в целом продолжает логику биомедицинской модели, однако здесь рассматривается воздействие не только природного, но и социального окружения.

Объединяет в себе все представленные выше концепции определение здоровья, предложенное Р. М. Баевским [5]. Ученый рассматривает здоровье как возможность организма человека адаптироваться к изменениям окружающей среды, взаимодействуя с ней свободно, на основе биологической, психологической и социальной сущности человека.

Ценностно-социальная модель здоровья соответствует концепциям здоровья, опирающимся на субъективное восприятие человеком

своего состояния («благополучие»), на принятые в обществе стандарты качества жизни, а также связанные с ними системообразующие ценности. Акцент переносится с внешних факторов, влияющих на изменение уровня здоровья, на внутренние, подвластные воле человека.

В последние десятилетия в научной литературе активно обсуждается также *биоэтическая модель здоровья*. Данная модель объединяет концепции здоровья, включающие нравственные аспекты жизнедеятельности. Таким образом, здоровье понимается как результат жизнедеятельности, не нарушающей моральных устоев и нравственных принципов, гармонии с собой и окружающим миром, мыслей и поступков созидательного характера.

Исследователи вкладывают в понятие «здоровье» множество самых разных смыслов и смысловых оттенков, которые, по-видимому, не могут быть охвачены никакой из существующих областей знания, хотя данное понятие отражает одну из фундаментальнейших характеристик человеческого существования, связанных с ценностью и включенных в понятие «жизнь». Ценность жизни человека как творчески действующего субъекта, обеспечивающего созидание социума, в наши дни полагается как само собой разумеющееся, не требующее осмысления и теоретического исследования, хотя так было не всегда. История знала периоды и обесценивания человеческой жизни, и возрождения антропоцентризма.

Каждая культурно-историческая эпоха порождала свое представление о здоровье, его роли в жизни человека [77]. Так, античный человек рассматривал заботу о собственном здоровье, развитие физических свойств и качеств как одно из условий *духовного совершенствования*. В частности, древнеримский поэт Ювенал писал, что необходимо стремиться к тому, чтобы в здоровом теле был здоровый дух. Кстати, в наши дни это выражение «обезглавили», убрав из него самое важное, заключенное в первых двух словах («нужно стремиться») – от этого акцент принципиально сместился на физический компонент (если тело здорово, то будет здоровым и дух), что не соответствует истине.

Суть средневековых представлений о здоровье отражена в Салернском кодексе здоровья: «Если врачей не хватает, пусть будут врачами твоими Трое: веселый характер, покой и умеренность в пище» [58, с. 195].

Здоровый человек – это тот, кто способен примирить собственные потребности и возможности, отказаться от излишеств, довольствоваться имеющимся.

Схожее понимание сути здоровья мы находим и в документах, относящихся к XVIII в.: «Все, разрушающее равновесие, производит неприятное и болезненное ощущение. Высшая степень беспорядочного удовольствия всегда превращается в скорбь» [22, с. 98].

Вернемся к настоящему времени. Профессор А. Г. Щедрина, отмечая, что здоровье граждан является главным богатством любого государства, указывает на парадоксальное отсутствие национальной концепции здоровья человека (существующая же концепция развития здравоохранения – это далеко не то же самое, считает автор) [136, 137]. Исследователь показывает, что здоровье является целесообразным (разумным) сочетанием определенных качеств, позволяющих человеку жить (здравствовать), в различной степени реализовывать биологические и социальные функции. Можно согласиться с ученым в том, что здоровье – это целостное многомерное динамическое состояние (включая его позитивные и негативные показатели), что уровень здоровья напрямую связан с качеством жизни, психологическим удовлетворением и социальным комфортом.

В образовательной сфере, связанной с обучением, воспитанием и развитием человека, целесообразно рассматривать понятие «здоровье» в контексте ценностно-социальной модели, без акцента на противопоставление двух состояний «здоровый – больной», как развивающееся свойство индивида, имеющее разные точки проявления в пределах одной шкалы. Соответственно, логично при описании этого свойства говорить об уровне здоровья (низком, среднем, высоком), о формировании и развитии здоровья (деятельности индивида, имеющей положительный или отрицательный вектор и ориентированной на изменение текущего состояния – в отличие от сохранения здоровья, т. е. стремления зафиксировать тот уровень, который есть на текущий момент), об отношении к здоровью (т. е. о субъективном восприятии своего состояния, знании о нем, о мировоззренческих принципах, положенных в основу деятельности, касающейся своего здоровья).

Одним из наиболее часто цитируемых является определение, зафиксированное в документах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), где здоровье трактуется как состояние, противополож-

ное болезни: «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» [151], – что в буквальном переводе означает: «Здоровье есть состояние полного физического, душевного (в иных интерпретациях умственного или психического) и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или недугов» (устав ВОЗ, 1948). По поводу этого определения ученые высказываются неоднозначно, указывая на то, что здоровье выглядит в нем категорией относительной, идеализируемой. В этом случае здоровым оказывается не столько тот, у кого «ничего не болит», но тот, кто способен эффективно выстраивать связи с окружающими, ставить и достигать цели, быть социально успешным. Например, обратимся к понятию «инвалид». Это человек, который утратил трудоспособность вследствие увечья, болезни или старости [96, с. 209]. При подходе к здоровью, предложенном ВОЗ, характеристика «инвалид» отражает не только (и даже не столько) физическую, но и социальную ущербность человека, неспособного эффективно взаимодействовать и жить в обществе. И с этой точки зрения человек, имеющий физические отклонения, но сумевший адаптироваться в социуме, уже не оценивается как «неполноценный», «больной» (неслучайно сегодня вместо определения «инвалид» все чаще используется определение «человек с ограниченными возможностями»). Действительно, как, к примеру, можно назвать «неполноценными» участников паралимпийских игр, побеждающих, несмотря на серьезные физические отклонения, в сложных спортивных соревнованиях?

В современных педагогических системах также реализуется несколько подходов к пониманию здоровья: аксиологический, личностно-деятельностный, акмеологический, компетентностный, холистический, культурологический и др. Несмотря на их многообразие, все они имеют антропоцентристскую основу, что соответствует сути современного общественного уклада жизни [124, с. 53–55].

С позиций *аксиологического подхода* (ориентированного на воспитание человека, формирование у него системы ценностей) здоровье признается приоритетной универсальной и социальной ценностью и, собственно, в таком качестве занимает самую высокую ступень в иерархии потребностей человека (А. Я. Иванюшкин, Ю. В. Науменко, В. П. Петленко, А. В. Сахно, Б. Г. Юдин и др.) [48, 72, 90, 103, 140].

В соответствии с *личностно-деятельностным подходом* (через призму становления личности в процессе ее повседневной деятельности), здоровье рассматривается как характеристика личности, формирующаяся в деятельности и являющаяся результатом этой деятельности (В. И. Белов, Т. Ф. Орехова и др.) [10, 97, 98].

Приверженцы *акмеологического подхода* (направленного на содействие самореализации, самоактуализации индивида) рассматривают здоровье как показатель жизненного благополучия человека и результат его саморазвития (А. А. Деркач, А. Г. Маджуга, В. Н. Максимова, Н. М. Полетаева и др.) [33, 75, 80, 106].

Согласно *компетентностному подходу* (с позиций формирования способности человека к какой-либо деятельности), здоровье представляет собой способность к самосохранению, саморазвитию и самосовершенствованию, т. е. выступает не результатом влияния внешних условий и сопротивления им, а проявлением внутренней созидательной активности в процессе жизнедеятельности (В. А. Лищук, Е. В. Мосткова и др.) [73].

Рассматривая человека как биопсихосоциальное существо, ряд исследователей анализируют здоровье с позиций *холистического подхода* (от слова «whole» – целый; т. е. целостного, для которого принципиальна неделимость компонентов здоровья, важно комплексное воздействие через тело, душу и дух) (Н. М. Полетаева, Л. Г. Татарникова и др.) [106, 123]. В этом случае здоровье представляется оптимальным функционированием и развитием человека в духовном плане (осознанная ответственность в социальной и более широких системах жизнедеятельности вплоть до биосферы и ноосферы), в когнитивной (разумный оптимизм и наличие здоровьесберегающих установок) и психоэмоциональной (эмоциональная уравновешенность) сферах, а также применительно к биологическому телу (энергичность и физические возможности). В соответствии с холистическим пониманием здоровья его основой выступают высокие системные уровни человека. Как следствие, более существенное влияние на соматическое здоровье имеют психические факторы.

С позиций *культурологического подхода* (ориентированного на исследование сущности и способов передачи обществом своего опыта, материальных и нематериальных достижений следующим поколениям) здоровье трактуется как область человеческой культуры, кото-

рая включает в себя в единстве три составляющие: тело, душу и разум (Н. Н. Малярчук, З. И. Тюмасева, В. М. Чимаров и др.) [81, 82, 129, 135]. Соответственно, здоровье рассматривается в качестве совокупности культур: 1) физической (управление движениями, телом); 2) физиологической (управление физиологическими процессами и наращивание их резервной мощности в организме); 3) психической (управление ощущениями, эмоциями, чувствами); 4) интеллектуальной (управление мыслями); 5) духовной (управление ценностно-смысловой сферой и реализация жизненных устремлений, связанных с духовным совершенствованием).

Здоровье, в целом, можно рассматривать и со стороны внутренней структуры, и в связи с внешними механизмами, его регулирующими: 1) как качество жизнедеятельности человека, которое характеризуется высоким уровнем адаптации к действию факторов окружающей среды на организм и проявляется в виде состояния физического, психического и социального благополучия индивидуума в различных видах его деятельности; 2) как основной фактор, определяющий способность человека достигать определенного уровня своего развития. Исходя из данных представлений, содержание понятия «здоровье» должно рассматриваться не как зафиксированное явление, а как развитие субъектной позиции индивида по отношению к собственному здоровью, позволяющее реализовать свой ресурсный потенциал. Актуализация данного потенциала возможна в образовательном процессе.

С учетом многомерности понятия «здоровье» выделяют следующие его компоненты [3, 59 и др.]:

- соматический – наличное (актуальное) состояние органов и систем органов человеческого организма;
- физический – уровень развития и функциональных возможностей органов и систем организма, обеспечивающий приспособление организма к воздействию различных факторов;
- психический – состояние психической сферы человека; состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения, нормальное развитие организма;
- нравственный – комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информационной основы жизнедеятельности человека, система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в социальной среде.

В научно-методической литературе говорится и о других компонентах здоровья. В большинстве случаев они пересекаются с выше-названными, более выпукло обозначая какой-то из их аспектов [103, 107, 120 и др.]:

- психологический – гармоничное личностное развитие;
- эмоциональный – эмоциональное благополучие человека как устойчивое эмоционально-положительное самочувствие, основой которого является удовлетворение биологических и социальных потребностей;
- интеллектуальный – способность человека к критическому мышлению, рациональному использованию информации;
- социальный – адекватность поведения человека в обществе, в коллективе, в семье, в реальных жизненных обстоятельствах; удовлетворенность жизнью; адекватность восприятия и исполнения человеком социальных и гендерных (соответствующих полу) ролей;
- сексуальный – комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека, повышающих коммуникабельность и способность к любви.

В медицинской литературе, описывающей практику профилактической деятельности в том числе среди детей и подростков, встречаются упоминания о репродуктивном компоненте здоровья – состоянии благополучия репродуктивной системы (репродукция – воспроизводство), ее функций и процессов, включая воспроизводство потомства и гармонию психосексуальных отношений в семье [3, с. 24–34].

Таким образом, определение здоровья многогранно и многокомпонентно, что отражается и на его структуре (внутреннем устройстве). Например, в педагогических трудах и нормативно-инструктивных документах наиболее часто опираются на двух- и трехкомпонентную структуру здоровья.

Двухкомпонентная структура здоровья включает в себя понятия физического и психического благополучия человека. Данная структура используется, когда речь идет о сбережении в ходе образовательного процесса имеющегося уровня здоровья детей; обеспечении безопасности условий пребывания ребенка в образовательной организации.

Трехкомпонентная структура содержит понятия физического, психологического и духовно-нравственного здоровья/развития. Данная структура используется, когда рассматривается результат освоения ребенком образовательных программ в ходе педагогического взаимодей-

вия. Отчетливо осознавая, что человек есть не только тело физическое, мы можем объяснить, почему не всегда «в здоровом теле здоровый дух», а болезнь физического тела есть не что иное как «прорастание» нашего духовного нездоровья.

Таким образом, приняв за основу триединость человека (тело – душа – дух), можно стратегически верно спланировать построение здоровья индивида и нации не «от тела», а «от духа», что выводит на первый план воспитывающую функцию педагога.

В понимании здоровья с педагогических позиций важно рассмотреть философские основы развития этого феномена в обществе. Они связаны, на наш взгляд, в первую очередь с дихотомичной парадигмой «технократизм – гуманистичность», которая выпукло представлена в современном образовании.

Так, отечественным педагогическим традициям свойственны идеи естественнонаучного русского космизма (Н. А. Бердяев, В. И. Вернадский, В. С. Соловьев, Н. Ф. Федоров, П. А. Флоренский, К. Э. Циолковский и др.) [12, 108]. Однако, рассматривая вопрос о формировании культуры здоровья, здорового и безопасного образа жизни обучающихся, мы можем обнаружить два подхода, характерных для восточной и западной культурных традиций. Понятия ценности здоровья на Востоке и Западе не совпадают. Для западного человека здоровье – важнейшее средство для достижения его частных целей, в первую очередь, карьерного роста и выживания. Поэтому западный человек тренирует себя как средство господства над обстоятельствами. Он развивает конкретные качества физического тела – выносливость, силу, скорость, обеспечивая себе повышенную работоспособность, а следовательно, конкурентоспособность на рынке труда. В западном обществе физическое здоровье становится стержнем профиограммы в любой профессиональной сфере.

Тиражируемая в сознании западного человека фраза «в здоровом теле – здоровый дух», ложное представление построения здоровья человека «от тела» начинают восприниматься как единственно верный путь к достижению описанной цели.

Восточный человек рассматривает мир не как объект для покорения, а как объект любви. Он стремится не к господству над ним, а к единству. Поэтому он тренирует себя не как средство для достижения внешних целей, а как часть мира, которая должна соответствовать це-

лому. В этом контексте ответственность за себя перерастает в ответственность за мир, в котором человек существует. Такое воззрение отражает глубоко экологичный взгляд на природу и на человека как ее неотъемлемую часть.

В западной традиции триединство компонентов здоровья человека разделено. Психотерапевты и институт вероисповедания занимаются проблемами психического и духовного здоровья, а физическим телом занята лечебная медицина. Даже если в теории существуют другие схемы здравоохранения, описанная ситуация – реальность современной жизни.

Сознание западного человека прочно удерживает мысль о том, что любую проблему физического нездоровья можно решить, обратившись к внешней помощи специалиста (медика), который ликвидирует симптом болезни, назначив лекарственный препарат. Это дает возможность западному человеку не задумываться о глубинных причинах болезни, хотя часто болезнь физического тела является отражением нездоровья психологического уровня. На сегодня ученые считают 80 % болезней психосоматическими.

Ставшая традиционной западная система выстраивать свое здоровье «от тела» в целом ошибочна и не соответствует философским основам и глубинным чертам национального сознания. В приложении к проблеме воспитания подрастающего поколения знание двух существующих полюсов развития российского общества в приложении к формированию культуры здоровья, здорового и безопасного образа жизни приводит к выводу о необходимости разумной интеграции этих подходов. Видится целесообразным перенесение акцента с построения здоровья «от тела» в сферу духовно-нравственного развития, а следовательно, в сферу воспитания детей. И в этой связи помощь ребенку в формировании истинных ценностных ориентаций (которые помогают не только выживать, но и развиваться) видится как главная задача здоровьесформирующей деятельности педагога. Именно такой подход даст возможность удовлетворить базовые потребности человека в саморазвитии, самопознании, самоопределении, актуализирующиеся, соответственно, в детстве, отрочестве, юности.

Здоровье человека обусловлено действием множества факторов внешней и внутренней среды. И в связи с ростом детско-подростковой заболеваемости важно обратить внимание на изучение факторов риска, влияющих на здоровье детей.

Факторы риска принято делить на биологические и социальные [127, с. 23–27]. К числу социальных факторов медицина относит жилищные условия, уровень материального обеспечения, образованности, состав семьи и т. д. В числе биологических факторов риска выделяют возраст родителей, особенности протекания беременности и родов, физические характеристики ребенка при рождении и др. Кроме того, рассматривают психологические факторы риска – психологические загрязнения (эмоциональные переживания) как результат действия биологических и социальных факторов.

По мере накопления данных о факторах риска медициной предлагались разные подходы к распределению их по группам. Исследователями учитывались особенности самого фактора риска, длительность, тяжесть его воздействия и т. п. Исследования, основанные на отборе наиболее значимых для оценки показателей здоровья факторов, позволили сделать вывод, что образ жизни может являться ведущим фактором, обуславливающим состояние здоровья человека в современных условиях. К образу жизни относятся более 50–55 % всех факторов риска, 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 которых на здоровье 20–25 %; затем следуют генетические и наследственные факторы, удельный вес которых колеблется в пределах 15–20 %; на долю здравоохранения (систем, служб, учреждений) приходится 8–10 %.

Одним из весомых социальных факторов, оказывающих влияние на показатели здоровья детей, является система образования. Неслучайно Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ (в ред. от 29 декабря 2014 г.) относит образовательную деятельность (подлежащую обязательному лицензированию) к потенциально опасной для здоровья и требует выдачи санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам программ, методик, режимов воспитания и обучения детей (ст. 28), зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования и иного имущества, которые соискатель лицензии предполагает использовать для осуществления образователь-

ной деятельности (ст. 40). Согласно этому документу, все образовательные организации должны осуществлять гигиеническое воспитание и обучение, направленное на повышение санитарной культуры, профилактику заболеваний и распространение знаний о здоровом образе жизни среди населения (ст. 36).

Факторы риска в педагогике связаны с учебной нагрузкой, условиями обучения и особенностями взаимоотношений в образовательной среде: стрессовая педагогическая тактика; интенсификация учебного процесса (перегрузки); несоответствие методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям школьника; преждевременное начало дошкольного систематического обучения; несоблюдение физиологических и гигиенических требований к организации учебного процесса; неграмотность педагога в вопросах охраны и укрепления здоровья; массовая безграмотность родителей в вопросах сохранения здоровья детей; частичное разрушение служб школьного врачебного контроля; «провалы» в существующей системе физического воспитания; отсутствие четкой системы работы по формированию ценности здоровья и здорового образа жизни и ряд иных [8, с. 58–59].

Сила влияния школьных факторов риска определяется тем, что они действуют в период интенсивного роста, развития и формирования всех систем организма, действуют комплексно и системно, длительно и непрерывно (в течение 10–11 лет, ежедневно).

Классифицируя факторы, влияющие на здоровье школьника, специалисты института возрастной физиологии РАО (М. М. Безруких и ее коллеги) разделяют их на *эндогенные* (внутренние) и *экзогенные* (внешние) [7, 8]. К эндогенным отнесены 1) возрастные особенности развития учащихся; 2) половые различия между мальчиками и девочками; 3) наследственные (генетические) особенности, передающиеся по наследству, среди которых выделяют типологические (связанные с типом телосложения, темперамента и т. п.) и индивидуальные.

К экзогенным (внешним) факторам отнесены *внешешкольные* (экологические, экономические и социальные (семейные, социокультурные)) и *внутришкольные*. В числе последних выделяют 1) педагогические (учебная нагрузка, средства и методы обучения и воспитания, педагогические методики, организация физического воспитания и др.); 2) физиолого-гигиенические (режим дня, школьное оборудование, ор-

ганизация двигательной активности, оздоровительные мероприятия и др.); 3) социопсихологические (мотивация учащихся, взаимоотношения «ученик – учитель», «ученик – класс», «учитель – родители» и др.).

Все перечисленные выше факторы могут быть разделены на три категории: *неизбежные* (с ними необходимо считаться, но нет способа их изменить – сюда относятся все эндогенные факторы), *корректируемые* (действие которых можно в некоторых случаях регулировать) и *устраняемые* (негативное действие которых можно снизить, нейтрализовать, исключить).

Наравне с обширным спектром факторов риска социально-гигиенического характера существенное влияние на состояние здоровья обучающихся оказывают факторы риска, связанные с поведением ребенка. Данные факторы сегодня довольно надежно идентифицируются в процессе проведения специальных исследований. В частности, результаты исследований, проводимых в ряде стран под эгидой ВОЗ («Поведение детей школьного возраста»), показали, что по числу обучающихся, которым нравится образовательный процесс в школе, Россия входит в последнюю десятку стран – участниц исследования [128, с. 21–22].

Одиннадцатилетние российские дети являются лидерами по числу курящих: не менее одного раза в неделю курят 5 % мальчиков и 4 % девочек, что крайне негативно сказывается на их здоровье в дальнейшем. В частности, отмечаются высокие корреляционные связи между курением и функциональными нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения и дыхания.

7 % российских учениц и 10 % учеников одиннадцати лет употребляют алкоголь по меньшей мере один раз в неделю (по данному показателю Россия уступает только Украине). Специально проведенные исследования Научного центра здоровья детей Российской академии медицинских наук (НЦЗД РАМН) позволили обозначить высокую корреляционную связь между употреблением алкоголя и ростом функциональных нарушений со стороны сердечно-сосудистой и эндокринной систем, органов пищеварения, обменных нарушений, что является крайне негативным в период морфофункциональных изменений организма.

В целом, факторы риска, связанные с девиантным или иным социально неприемлемым поведением, имеют значительное разрушающее воздействие на состояние здоровья растущего организма, его фор-

мирование и его уровень в будущем. Исключение влияния данных факторов возможно только усилиями самого человека, его волеизъявлением, что имеет прямую связь с уровнем его ответственности за свои поступки и осознанностью своих действий.

В связи с необходимостью минимизации факторов риска ухудшения здоровья педагогическое сообщество ставит перед собой задачу формирования у обучающихся ряда социальных компетенций, относящихся к сохранению и укреплению здоровья. *Задача образования – перевести заботу о человеке в заботу человека о самом себе.* Это возможно в контексте развития личностных качеств обучающихся, способствующих актуализации потенциала ребенка в отношении сохранения и укрепления здоровья, организации собственного здорового стиля жизни. Такие качества интегрируются в педагогический концепт «здоровьесберегающая/здоровьесозидающая компетенция». Эта компетенция была выделена еще в начале 2000-х гг. (И. А. Зимняя, А. В. Хуторской и др.) и включает когнитивную (знаниевую), ценностно-мотивационную (эмоционально-волевою) и деятельностную (поведенческую) компоненты [45, 46, 134]. То есть наличие у обучающихся знаний, умений и навыков в области заботы о здоровье подкрепляется пониманием необходимости прилагать усилия и личной ответственностью за свое здоровье, что приводит к реальной деятельности обучающегося по сохранению и улучшению своего здоровья (как в моделируемых учебных ситуациях, так и в практической жизни).

Ряд ученых предлагают формулировать результат образовательной деятельности, связанной с формированием здорового и безопасного образа жизни обучающихся, через понятие «готовность». По мнению Н. В. Третьяковой, готовность обучающихся к здоровьесориентированной деятельности (осознанной познавательной, деятельностной, поведенческой и другой активности человека, направленной на сохранение и укрепление здоровья) – это субъективное состояние, означающее желание и способность сохранять и укреплять здоровье [124, с. 52].

Таким образом, здоровье следует рассматривать как ресурс социализации человека.

Социализация представляет собой включение индивида в нацию, народ, достижение сходства в языке, образовании, воспитании с другими индивидами, составляющими общество (Г. Тард), интериоризацию (присвоение) ценностей этого общества (Б. М. Бим-Бад) [15, 121].

Успешная социализация – одно из необходимых условий становления личности и вхождения ребенка в коллектив. Социализация рассматривается в стратегических государственных документах (Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 г., Основные направления деятельности правительства РФ до 2018 г., Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации», федеральные государственные образовательные стандарты общего образования и др.) как одно из обязательных условий развития человеческого капитала страны, повышения благополучия ее населения, конкурентоспособности российской экономики, расширения роли гражданского общества.

Результаты исследований различных аспектов процесса социализации представлены в работах Б. М. Бим-Бада, В. П. Воробьева, А. И. Ковалевой, И. С. Кона, Ю. И. Кривова, А. З. Литвинцевой, В. С. Магуна, А. В. Мудрика, А. В. Петровского, В. П. Сергеевой, В. С. Собкина и других ученых [15, 23, 57, 60, 61, 74, 89, 109, 118]. Авторы акцентируют внимание на том, что важнейший элемент социализации школьников – их стремление приобрести социальный статус, характеризующийся имущественным положением, престижем, определенным уровнем образования, специфическим образом жизни.

Образование обеспечивает социальную адаптацию нового поколения, формирует человека как личность, развивает у него индивидуальное и групповое мышление, природные творческие задатки, наделяет элементарными представлениями и навыками жизнедеятельности в данном обществе. По уровню и качеству образования формируются специфический групповой образ жизни, ценности, структура потребностей и потребления.

Таким образом, ключевой идеей деятельности образовательных организаций по сохранению и укреплению здоровья обучающихся является личностное развитие субъектов образовательного процесса (прежде всего обучающихся) с учетом их индивидуальных особенностей и возможностей, присвоение обучающимися социально приемлемых норм и моделей поведения, связанных со здоровьем и образом жизни, реализация каждым ребенком индивидуальной траектории развития собственного здоровья.

Рабочим документом, описывающим содержание деятельности образовательных организаций, являются образовательные программы

(основные и дополнительные). Соответственно, концептуальные основы понимания здоровья как учебного предмета обязательно должны быть в них отражены. Несмотря на то, что в нынешних образовательных программах обучение здоровью не выделено в самостоятельный учебный курс (как, например, в 1990-е гг., когда существовали уроки валеологии – от «валео», т. е. «быть здоровым», и «логос» – «знание»), в федеральных государственных образовательных стандартах определяется необходимость формирования здоровья – точнее, «культуры здорового и безопасного образа жизни».

Сегодня в практику различных образовательных организаций внедряется большое число программ, направленных на решение указанной задачи. Но далеко не всегда, несмотря на несомненную важность и значимость декларируемых целей и задач, программы эти оказываются эффективными. Причин тому может быть много, однако наиболее существенными среди них являются следующие: узко прагматическое, упрощенное понимание здоровья как социокультурного феномена, лежащее в основе программы или педагогической методики; несоответствие содержания программы особенностям установок и представлений, связанных со здоровьем, характерным для подростковой субкультуры, а также неадекватность предлагаемых форм и методов педагогического воздействия возрастным особенностям детей и учащейся молодежи.

В связи с этим необходимо раскрыть различные аспекты организации эффективной педагогической деятельности по сохранению и укреплению здоровья обучающихся, направленной на формирование у них культуры здоровья, здорового и безопасного образа жизни как одного из важнейших факторов социализации.

1.2. Методологические основы деятельности образовательных организаций по сохранению и укреплению здоровья обучающихся

Деятельность образовательных организаций в области сохранения и укрепления здоровья обучающихся рассматривается в педагогике здоровья.

Педагогика здоровья – новый уровень педагогической науки – нацелена на образование без потерь здоровья и образование, способствующее повышению уровня здоровья детей и подростков [59, с. 7–8].

Ее объектом В. В. Колбанов называет здоровье субъектов образовательного процесса, имея в виду расширенное понимание субъектов, поскольку здоровье детей, родителей и педагогов имеет существенное взаимное влияние. Соответственно, предметом педагогики здоровья известный ученый определяет образовательный процесс, нацеленный на формирование, сохранение и укрепление здоровья его участников [59, с. 8].

Современная динамика развития здоровьесберегающей деятельности отечественных образовательных организаций прослеживается в ряде концепций, раскрывающих различные подходы к сохранению и укреплению здоровья обучающихся. В частности, *концепция лично-относительно ориентированного образования в валеологически направленных педагогических системах* Л. Г. Татарниковой (разрабатывалась в 1990-е гг.) раскрывает сущность валеологического образования как лично-относительно ориентированного [122, 123]. Автор концепции – Л. Г. Татарникова – показывает валеологические доминанты и раскрывает основы самообразования и саморазвития человека, его личностного становления через введение в образовательный процесс учебного курса «Валеология» (наука о здоровье). Концепция валеологического образования исследователя 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 (разрабатывалась в 1990–2000-е гг.) [1]. Анализируя понятие «здоровье» и обосновывая возможности человека в поддержании собственного здоровья, исследователь предлагает 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. Показываются целесообразность разработки здоровьеразвивающих программ обучения и воспитания, позволяющих сформировать систему ценностного отношения к здоровью, их роль в достижении идеала всесторонне развитой личности и вводится модель мониторинга «школы здоровья».

Концепция педагогической системы школы здоровья В. Н. Ирхина (разрабатывалась в 1992–2002 гг.) выстраивается с учетом исторических предпосылок и ведущих закономерностей зарождения и суще-

ствования школ здоровья в России [51]. 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. Ведущей идеей концепции В. Н. Ирхина является идея развития педагогической системы школы здоровья и всех составляющих ее компонентов, ориентированных на обеспечение здоровья обучающихся. Идея исходит из всеобщего принципа развития, которое характеризуется, по мнению исследователя (применительно к здоровьезатратной педагогической системе школы), необратимостью, закономерностью и направленностью на изменение ее субъектов, структур, организации, функции и содержания. В свою очередь, представленные изменения обеспечиваются обновлением содержания и насыщением педагогической системы школы валеологическими элементами; установлением и упрочением связей между этими элементами; использованием здоровьесберегающих технологий обучения; оздоровлением предметно-пространственной среды школы; включением участников педагогического процесса (в первую очередь, учителей) в здоровьетворческую деятельность на основе повышения их культуры здоровья и мотивации к здоровому образу жизни. В этой связи педагогическая система школы здоровья является необходимым условием и выступает в качестве ведущего средства воспитания, обучения и развития здорового школьника. В. Н. Ирхин в своих работах подробно рассматривает систему, этапы развития, количественные и качественные показатели эффективности управления школой 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 образования (разрабатывалась в 1995–2005 гг.) [98]. Исследователь раскрывает сущность культурологического подхода с позиций педагогики, в соответствии с чем рассматривает здоровье человека как феномен культуры в его тесной связи с образованием. В ряду структурных компонентов здоровья *Т. Ф. Орехова* в своей концепции организации здоровьес-

ориентированного образования выделяет культуру физическую, физиологическую, психологическую и интеллектуальную. Ее концепция предполагает формирование у обучающихся и педагогов культуры отношения к своему здоровью. Исследователь представляет здоровьесотворяющее образование в качестве механизма, обеспечивающего становление здоровья обучающихся, характеризует его как целесообразно организованный педагогический процесс, обеспечивающий формирование у обучающихся и педагогов такого личностного качества, как готовность к здоровьесотворению, а также показывает особенности здоровьесотворяющих педагогических технологий.

В *концепции системной деятельности образовательной организации по сохранению и укреплению здоровья О. С. Гладышевой* (разрабатывалась в 1998–2008 гг.), основанной на аксиологическом подходе, рассматривается потенциал всего педагогического процесса в решении задачи улучшения здоровья обучающихся [112]. Педагогическая система, по мнению автора, имеет коммуникативную природу. Следовательно, сохранение и укрепление здоровья должно осуществляться в первую очередь через педагогическое взаимодействие (через улучшение качества коммуникации, а также через оптимизацию взаимоотношений между участниками образовательного процесса в ходе реализации деятельности педагогической системы). Формирование культуры здоровья представлено в концепции О. С. Гладышевой как деятельность социализирующая, позволяющая обучающемуся развить у себя личные и социальные компетенции и приобрести социальный опыт [28].

Педагогическая концепция эколого-валеологического образования З. И. Тюмасевой (разрабатывалась в 1990-е и начале 2000-х гг.) опирается на представление о человеке как целостной био-психо-социо-духовной сущности [129]. Автор концепции говорит о потенциале естественнонаучного цикла школьных предметов и предлагает насыщать содержание школьного обучения системными представлениями о здоровье человека, формируя через это эколого-валеологическую культуру обучающихся, осуществляя их социализацию через развитие готовности жить в гармонии с собой и окружающим миром (как природным, так и социальным).

В современный период развития образования, направленного на становление и развитие социального опыта обучающихся, важное значение, наряду с валеологической, приобретает *акмеологическая со-*

ставляющая развития здоровья. Данный подход представляет *А. Г. Маджуга – автор научной концепции здоровьесозидающей функции образования (2011–2014 гг.) [76].* А. Г. Маджуга устанавливает соотношение между феноменами «акме» (от др.-гр. ἀκμή – высшая точка, вершина, т. е. высшая точка развития заложенного в человеке потенциала) и «здоровье». Он рассматривает здоровье как динамический процесс, направленный на самосовершенствование и саморазвитие человека, достижение его успешности в профессиональной деятельности и личностном росте. Формирование отношения людей к собственному здоровью, по мнению исследователя, может быть рассмотрено как комплекс мотивационных средств, определяющих отношение к работе, перспективе профессионального роста, материальной обеспеченности. При этом отношение к здоровью является внутренним механизмом развития здоровья, в основе которого лежат высокая субъективная значимость здоровья и осознание его как предпосылки к реализации своих жизненных задач. В данной концепции развиваются положения о здоровьесозидающей функции образования, которая предусматривает организацию педагогического процесса, развивающего потенциал здоровья, в школе, введение в учебный план всех ступеней школы интегрированного элективного курса «Здоровье человека», направленного на реализацию здоровьесозидающей функции образования, и системы мер, способствующих актуализации здоровьесозидающего потенциала у детей и учителей на каждом уроке и обеспечивающих здоровьесозидающий характер их деятельности.

Педагогическая система, основанная на *создании адаптивно-развивающей образовательной среды*, развивается в деятельности *научной школы под руководством Э. М. Казина (1990–2000-е гг.) [42].* Исследователь указывает на недостаточность охранительной стратегии в заботе о здоровье обучающихся (охранительная стратегия предусматривает сбережение того уровня здоровья, с которым ребенок пришел в систему образования). Автор концепции и его единомышленники, действуя в русле тренирующей стратегии, системно-деятельностных и онтогенетических позиций, полагают, что важнейшим направлением в деятельности образовательной организации по сохранению, укреплению и развитию здоровья обучающихся является создание оптимальных условий обучения. Такие условия позволяют учесть не только возрастные, но и индивидуальные возможности ребенка, а так-

же минимизировать риски функциональной и социальной дезадаптации. Следуя логике этой концепции, необходимо оперативно проводить оценку функционального состояния обучающихся посредством комплексного социально-педагогического и психолого-функционального мониторинга показателей здоровья, адаптации и индивидуального развития (Р. И. Айзман, Э. М. Казин) и своевременно корректировать педагогические воздействия. Формирование культуры здоровья обучающихся рассматривается авторами как развитие регулятивной функции в отношении поведения: когнитивный контроль, эмоциональная регуляция, волевой контроль. Важнейшим понятием в концепции является *адаптационно-развивающая среда*, которая представляет собой совокупность организационно-педагогических и социально-гигиенических условий, психолого-физиологических факторов, способствующих реализации приспособительных возможностей индивида, сохранению, укреплению психического и физического здоровья обучающихся, социализации и самоактуализации.

В концепции *Н. В. Третьяковой* (2003–2014 гг.) [126] осуществлено согласование традиционных направлений здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций с требованиями, во-первых, международных стандартов в области обеспечения качества разных видов деятельности и, во-вторых, теории управления качеством, что позволило обосновать и разработать *концептуальные положения, принципы, условия и технологические особенности обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций*.

В качестве системообразующего фактора и результата здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций исследователь называет уровень готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности, поскольку сохранение здоровья, как определяющее условие развития человека, детерминировано степенью собственных усилий в наращивании жизненных сил и зависит от развития здоровьесберегающего потенциала личности.

Н. В. Третьякова разрабатывает стратегические установки по формированию готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности, соответствующие идеям личностно ориентированной парадигмы образования, которые включают в себя следующие положения:

1) здоровье рассматривается в качестве целевого ресурса личности, которым можно управлять;

2) базисом данного ресурса служит здоровьесберегающий потенциал личности, органично включающий в себя здоровьесберегающую установку, метапознавательные способности и здоровьесберегающую компетентность;

3) этапам развития здоровьесберегающего потенциала личности (формирование, созидание, сохранение и творчество) соответствуют типы отношения человека к здоровью и деятельности по его сохранению и укреплению: пассивный, ответственно-пассивный, ответственно-активный и творчески-активный;

4) модель готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности включает в себя содержательную и оценочную характеристики взаимосвязанных структурных компонентов (мотивационно-ценностного, когнитивного, эмоционально-волевого, операционально-процессуального и оценочно-рефлексивного), развитие которых связано с запуском механизмов рефлексии, самоцелеполагания, самопрограммирования и самореализации;

5) принципами формирования готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности выступают принципы ценности, деятельности, самоуправления, индивидуализации, векторности и интегративности.

Исследователь обоснованно доказывает, что качество здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций зависит от внешних (нормативно-правовых, средовых и организационно-управленческих) и внутренних (личностных) организационно-педагогических условий его обеспечения, позволяющих не только углубить современные представления об условиях образовательного процесса, влияющих на уровень здоровья обучающихся, но также показать их взаимосвязанное влияние на процесс и результат всей здоровьесберегающей деятельности:

- нормативно-правовые – создание системы документов, являющейся нормативно-правовой и побуждающей основой для осуществления образовательными организациями здоровьесберегающей деятельности;

- средовые – во-первых, создание благоприятных и безопасных для здоровья условий обучения без перегрузок и перенапряжений у обучающихся; во-вторых, поддержание профессионального уровня компетентности педагогов в вопросах создания указанных условий и осуществления здоровьесберегающей деятельности;

- организационно-управленческие – во-первых, выделение структурного подразделения (службы здоровья) или проведение структуризации основных направлений здоровьесберегающей деятельности за счет внутренних ресурсов организации; во-вторых, создание управленческой команды руководителей структурных подразделений службы здоровья (либо ответственных за основные направления здоровьесберегающей деятельности лиц при отсутствии службы здоровья), позволяющей обеспечить эффективное взаимодействие, согласованность, организованность и интегрированность усилий специалистов, задействованных в здоровьесберегающей деятельности;

- личностные – развитие личностных качеств обучающихся, связанных с активацией их здоровьесберегающего потенциала в границах установленных векторов (здоровьесберегающая установка, метапознавательные способности, здоровьесберегающая компетентность) и обеспечивающих достижение соответствующего уровня готовности к здоровьесберегающей деятельности.

Н. В. Третьяковой сформулированы стратегические установки по управлению качеством здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций, системообразующим фактором которых выступает научно обоснованная идея преобразования существующей в образовательных организациях системы управления здоровьесберегающей деятельностью, предопределяющая изменения в организационной (построение сети взаимосвязанных процессов/направлений здоровьесберегающей деятельности), педагогической (гармоничное включение процессов здоровьесберегающей деятельности, ориентированных на развитие личностных качеств обучающихся, в основной образовательный процесс) и технологической (управление процессами здоровьесберегающей деятельности в соответствии с принципами программного, предупреждающего и корректирующего управления) ее подсистемах на основе реализации принципов, отличных от традиционных принципов управления здоровьесберегающей деятельностью и соответствующих требованиям международных стандартов в области обеспечения качества разных видов деятельности:

- соотнесение интересов образовательной организации и заказчиков ее услуг в вопросах здоровьесберегающей деятельности;
- единоначалия и творческих инициатив;
- цели образовательной организации и целей сотрудников;
- целей образовательной организации и целей обучающихся;

- ориентации на процесс и на результат здоровьесберегающей деятельности;
- подходов к управлению качеством здоровьесберегающей деятельности;
- подходов к мониторингу качества здоровьесберегающей деятельности;
- соотнесение документационного обеспечения с управлением качеством здоровьесберегающей деятельности.

Предложенная ученым система критериев и показателей комплексной оценки качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций отличается от традиционных медико-биологических оценок и соответствует структуре компонентов качества образования:

1) качество условий здоровьесберегающей деятельности – уровень управления здоровьесберегающей деятельностью, уровень ресурсного обеспечения здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций, уровень здоровьесберегающей образовательной среды;

2) качество процессов здоровьесберегающей деятельности – результативность основных направлений здоровьесберегающей деятельности образовательной организации;

3) качество результатов здоровьесберегающей деятельности – уровень готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности, уровень состояния их здоровья и уровень удовлетворенности основных субъектов образовательного процесса деятельностью по сохранению и укреплению здоровья обучающихся.

В целом, применение процессного и системного подходов к организации и управлению здоровьесберегающей деятельностью образовательных организаций позволило Н. В. Третьяковой обосновать 1) структурные преобразования внутри организации (проведение структуризации основных направлений здоровьесберегающей деятельности либо создание структурного подразделения – службы здоровья – за счет рационального использования и упорядочения внутренних ресурсов организации); 2) способы органичного включения здоровьесберегающей деятельности в основной образовательный процесс; 3) направления технологического совершенствования управления здоровьесберегающей деятельностью.

Следует отметить значимость концепции *педагогической валеологии* как научной дисциплины, возникшей в 1980-е гг. на стыке фи-

зиологии, гигиены, педагогики и психологии. С 1990-х гг. она стала методологической основой здоровьеориентированных педагогических систем. Наиболее значимый вклад в развитие этого научного направления внесли В. А. Ананьев, М. М. Безруких, И. И. Брехман, Э. Н. Вайнер, Г. К. Зайцев, В. П. Казначеев, Э. М. Казин, В. В. Колбанов, Л. Г. Татарникова, Н. К. Смирнов и др. [2, 7, 20, 21, 41, 53, 59].

С 1996 г. в профессиональную подготовку специалистов для работы по формированию культуры здоровья населения была введена специальность 040700 Валеология (присваивались квалификации «Врач-валеолог-преподаватель» и «Педагог-валеолог»). Учебная дисциплина «Валеология» вводилась в образовательный процесс организаций общего и профессионального образования России, Украины, Белоруссии, Казахстана и других государств СНГ. В высших учебных заведениях создавались кафедры валеологии, был основан журнал «Валеология», который входил в перечень рецензируемых научных изданий, где могут быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук или доктора наук.

Однако в 2000 г. «эпоха валеологизации» образования закончилась: валеология как учебная дисциплина, по существу, была ликвидирована Министерством образования РФ. Это было связано, на наш взгляд, с отсутствием национальной концепции понимания здоровья и с неустоявшейся методологией науки, необоснованным включением в содержание и методическое обеспечение валеологического образования различных псевдонаучных концепций и методов. Необходимая и важная для сохранения общественного здоровья область знания фактически лишилась официального статуса, однако не перестала существовать как научная дисциплина, порождая частные направления – психология здоровья, педагогика здоровья, внося вклад в смежные дисциплины (антропологию, акмеологию и др.).

Сегодня одна из социально-педагогических задач образовательных организаций состоит в создании образовательной среды, способствующей актуализации потребностей учащихся в самопознании, саморазвитии и самосовершенствовании всех сторон своей личности, в том числе своего образа жизни и здоровья [59, с. 8].

Таким образом, в отечественной педагогической традиции можно наблюдать сочетание здоровьесберегающего сопровождения образовательного процесса и здоровьеформирующей социализации (обу-

чение и воспитание, педагогическое сопровождение усвоения ребенком социальной ценности здоровья в контексте общегуманистических ценностей). Согласно многочисленным данным научно-педагогических исследований, оба этих аспекта в комплексе дают положительный результат и представляют собой *здоровьеориентированную деятельность образовательных организаций* – систему педагогических, психолого-педагогических, социально-педагогических, медико-профилактических воздействий, направленных на сохранение, укрепление и развитие ресурсов здоровья участников образовательного процесса.

Здоровьеориентированная деятельность представляет собой не одно из направлений деятельности образовательной организации (обособленное от других), а интегрированное во все направления работы школы и организаций системы дополнительного образования детей решение задач сохранения, укрепления и развития здоровья обучающихся в контексте их основной образовательной (и иной) деятельности.

Цель *здоровьеориентированной деятельности* – обеспечение всех условий для становления гармонично развитой личности, опирающейся в своих действиях, мыслях и высказываниях на приоритет здоровья как одной из гуманистических ценностей и выстраивающей соответствующий стиль своей жизни [50].

Решение задач *здоровьеориентированной деятельности* тесно связано с основными ее направлениями. Так, например, в соответствии с Оттавской хартией по укреплению здоровья (*Ottawa Charter for Health Promotion*), составленной ВОЗ по итогам первой Международной конференции по укреплению здоровья (Оттава, 21 ноября 1986 г.), школы, содействующие сохранению и укреплению здоровья, действуют в рамках шести ключевых направлений [148]:

1. Принятие официальной политики школы в отношении сохранения здоровья обучающихся (находит отражение в официальных локальных документах школы и четко прослеживается в практической деятельности).

2. Обеспечение санитарно-гигиенических условий пребывания в школе.

3. Создание социально-психологического климата, обеспечивающего здоровьесберегающий характер взаимоотношений в системах «педагог – ребенок», «ребенок – ребенок», «педагог – родитель», «педагог – коллеги», «педагог – администрация», «администрация – родитель».

4. Формирование у обучающихся устойчивой мотивации на ведение здорового образа жизни и обучение соответствующим навыкам и умениям по сохранению и укреплению здоровья.

5. Развитие связей с общественностью, т. е. формирование взаимоотношений между школой и семьями учащихся, а также развитие социального партнерства иного рода, позволяющего включить социум в деятельность по сохранению, укреплению и развитию здоровья, распространить здоровьесориентированные модели поведения.

6. Обеспечение медико-психологического сопровождения образовательного процесса, заключающегося в лечебно-профилактическом обслуживании школьников, в том числе детей с особыми потребностями, включающего диспансеризацию, психологическую поддержку и консультирование для всех участников образовательного процесса.

Еще одной зарубежной моделью деятельности школ, содействующей здоровью, является комплексная программа Лойда Колби (1986 г.), включающая восемь компонентов здоровьесориентированной деятельности школы [145]:

1. Образование в области здоровья. Компонент представляет собой последовательную спланированную школьную программу на весь курс обучения, ориентированную на физические, умственные, эмоциональные и социальные аспекты здоровья.

2. Физическое воспитание. Сущность направления заключается в реализации последовательной спланированной школьной программы обучения физическим навыкам и обеспечения физической активности, пригодной для всех учащихся и рассчитанной на весь период обучения.

3. Школьная медицинская служба. Компонент ориентирован на реализацию профилактики, в том числе через раннее вмешательство, включая проведение неотложной помощи, первой помощи, обеспечение связи с медицинскими службами по месту жительства, формирование у персонала школы умения работать с хроническими больными.

4. Служба питания. Согласно данному положению, школа обеспечивает учащихся разнообразной вкусной и полезной пищей, способствует выбору здоровой пищи, а также поддерживает инструкции по питанию в классе и столовой.

5. Служба здоровья персонала школы. Компонент ориентирован на оценивание состояния здоровья преподавателей и персонала шко-

лы, их уровня образования по вопросам сохранения здоровья и готовности и стремления обеспечить здоровье учащихся, создавая позитивные ролевые модели.

6. Консультирование, психологическая и социальные службы. Компонент связан с реализацией функций базирующихся в школе структур социального обеспечения.

7. Здоровая среда школы. Направление связано с созданием как физического, так и психологического климата в школе.

8. Вовлечение родителей и общественности. Компонент обеспечивает согласованность и однонаправленность всесторонних воздействий на учащихся в вопросах повышения уровня здоровья.

В отечественной литературе представлен другой подход к систематизации направлений здоровьеориентированной деятельности образовательных организаций, в соответствии с которым выделяются следующие направления:

1) работа с обучающимися (проведение уроков здоровья, интеграция вопросов здоровья в школьные предметы, реализация системы внеурочных мероприятий – дней здоровья, викторин, бесед, тренингов, заседаний клубов, проектно-исследовательской деятельности и т. д.);

2) работа с родителями (проведение тематических родительских собраний, просвещение родителей в иных формах, в том числе в индивидуальных беседах, привлечение родителей к активному участию в жизни школы, класса, помощь родителям в организации оздоровительной работы в семье);

3) работа с педагогическим коллективом (профилактика эмоционального выгорания, профессиональных заболеваний, повышение компетентности педагогов в вопросах организации здоровьеориентированной деятельности).

В качестве самостоятельных направлений работы выделяют диагностику и коррекцию среды, а также организационно-методическую работу, связанную с разработкой методического обеспечения деятельности, организацией взаимодействия с социальными партнерами и т. д.

Обращаясь к федеральным государственным образовательным стандартам общего образования, мы видим, что в них также представлены основные направления здоровьеориентированной деятельности, например, в Примерной основной образовательной программе начального общего образования (разд. 6 «Программа формирования культу-

ры здорового и безопасного образа жизни») обозначены следующие направления: 1) создание здоровьесберегающей инфраструктуры; 2) рациональная организация учебной и внеучебной деятельности обучающихся; 3) эффективная организация физкультурно-оздоровительной работы; 4) реализация дополнительных образовательных программ; 5) просветительская работа с родителями (законными представителями).

В целом, вне зависимости от того, какие направления здоровьеориентированной деятельности реализуются в образовательной организации, ее *непосредственная, основная деятельность – образовательная – должна быть насыщена здоровьесориентированным содержанием*. Это не означает ежедневного произнесения слова «здоровье» на уроках или искусственного притягивания вопросов организации распорядка дня, рационального питания или оптимальных двигательных режимов, но *заключается в использовании воспитательного потенциала любого педагогического воздействия, чтобы насытить гуманистическими смыслами деятельность ребенка, в ежедневной тренировке воли, целеустремленности, критического мышления, самостоятельности, ответственности обучающегося за свои поступки и других качеств личности, составляющих основу здорового и безопасного образа жизни с позиций педагогики*.

Сегодня здоровьесориентированность содержания образования обеспечивает реализация в образовательном процессе личностно ориентированного и компетентностного подходов.

Использование первого подхода обусловлено тем, что развитие ресурсов здоровья средствами и методами педагогики связано с развитием личности обучающегося. Следовательно, личностно ориентированный подход в образовании является основой сохранения, укрепления и развития здоровья. Данный подход развивается в работах Б. М. Бимбада, В. В. Давыдова, Д. Б. Эльконина, И. С. Якиманской и др. [14, 32, 139, 141].

В. В. Сериков выделяет значимые личностные компетенции («феномены»), лежащие в основе духовности и представляющие собой основу личностно ориентированного образования: избирательность, рефлексия, направленность на другого, способность к поиску смысла, самоорганизованность (саморегулируемость), креативность, ответственность, самореализация (осуществление своей индивидуальности), внутренняя свобода [111, с. 3–12]. Данные компетенции лежат в об-

ласти здоровьесориентированной образовательной деятельности и гармоничного развития личности. Эти компетенции составляют суть социализации обучающихся, выводя формирование здоровья в ранг формирования мировоззренческих позиций и качеств личности, способствующих тому, чтобы перевести заботу о человеке в заботу человека о самом себе.

В рамках компетентностного подхода в образовании исследователи (И. А. Зимняя, Э. Ф. Зеер, А. В. Хуторской и др.) [43, 44, 134] рассматривают формирование компетенций в контексте развития личности, однако акценты здесь смещены на готовность к определенным видам деятельности (в частности, связанным с сохранением и укреплением здоровья), на стремление выполнять эти виды деятельности. То есть квинтэссенция здоровьесориентированной образовательной деятельности заключается в том, чтобы обучающийся мыслил здоровьесориентированно и соответствующим образом действовал не только в учебных ситуациях, но и в повседневной жизни, так как следовал бы собственному стилю жизни, укрепляющему и развивающему здоровье.

Рассмотрим существующие стратегии и направления здоровьесориентированной деятельности образовательных организаций.

Вопросы сохранения и развития здоровья обучающихся (воспитанников) и педагогов разрабатываются уже не первое десятилетие. Однако стоит отметить факт запаздывания научно-теоретических исследований по сравнению с передовой педагогической мыслью и педагогической практикой. Это выражается в том, что обучающиеся рассматриваются специалистами как *объекты для определенных воздействий*, поскольку их здоровье определяется с позиций медико-биологического подхода. В рамках данного подхода здоровье воспитанников – это феномен, формирующийся и преобразующийся в процессе адаптации растущего организма к окружающему миру.

Данная адаптационная модель здоровья определяет *охранительную* и *тренирующую* стратегии заботы о здоровье. В соответствии с охранительной стратегией детей следует оберегать от всех школьных факторов, негативно воздействующих на состояние их здоровья. Тренирующая стратегия построена на стремлении повысить биологические, психологические и социальные адаптационные возможности развивающегося организма, наилучшим образом подготовить обучающихся (воспитанников) к встрече с нежелательными для здоровья воздействиями.

Но в условиях духовно-нравственного и экологического кризиса в России наиболее эффективной является *преобразующая* стратегия заботы о здоровье, которая позволяет «сформировать у ребенка ответственность по отношению к своему здоровью, способность проектировать индивидуальную траекторию развития ресурсов своего здоровья на основе навыков саморегуляции, понимания физических и психических процессов, происходящих в его организме, на основе рационального, здоровьесозидающего поведения» [82, с. 92]. Преобразующая стратегия лежит в основе *творческой модели* процесса оздоровления, которая основывается на личностном потенциале (индивидуальных ресурсах) человека (и здесь подходят термины «здоровьетворчество», «здоровьесозидание»).

Необходимо отметить, что в процессе здоровьесозидающей деятельности не сознание определяет деятельность человека в отношении своего здоровья, а личность деятеля, ее духовно-деятельностные взаимоотношения с миром людей, миром идей и миром вещей. *Результатом здоровьесозидающей деятельности является личность, творящая ценностные смыслы. Такая личность не усваивает культуру общества в целом, она осваивает лишь то, что связано с ее непосредственной практической деятельностью.* Можно говорить, что здоровьесозидающая деятельность создается субъектом действия, а не действиями субъекта.

В контексте здоровьесозидающей деятельности творческий процесс и личностный рост (развитие физических и интеллектуальных способностей) преобладают над прагматическим результатом. Человек, созидаящий свое здоровье, овладевает интеллектуально-духовными и соматопсихическими методами здравотворчества в системах физического тела, организма и личности. Здесь «человеческая мера» транскрибируется, переносится в продукт и результат своего творчества. При этом человек должен не просто адаптироваться к предметной среде («стать как все») – он должен превзойти себя, преобразовать свою персониферу, осуществиться как личность (т. е. явить свою сущность миру и прежде всего себе самому). Такое понимание означает актуализацию потенциала человека, в том числе и в области здоровьесозидания, за счет раскрытия имеющихся и созидания новых возможностей проявления человеческой сущности в мире [75, 97].

Однако подобная позиция – несмотря на то, что она гармонично сочетается с основными приоритетами современного образования (личностной ориентированностью, приоритетом развития ребенка над обучением и воспитанием, мыследеятельностной и компетентностной основой системы образования, субъект-субъектным характером взаимодействия участников образовательного процесса и т. д. [38, 40]), – все же не получает массового распространения в образовательной практике, замещаясь более узким и принципиально иным подходом, доказавшим свою недостаточную эффективность – здоровьесберегающим [59, 81].

В связи с этим вызывает тревогу, что получившее официальное признание в нормативных медицинских документах словосочетание «здоровьесберегающие технологии» было механически распространено и на сферу образования через понятие «здоровьесберегающие образовательные технологии», что не соответствует в полной мере, как уже было отмечено, ценностям гуманно-личностной направленности современного образовательного процесса. Сегодня необходимо уходить от использования словосочетания «здоровьесберегающие технологии» в системе образования по ряду причин.

Во-первых, термин «технология» соответствует технократической модели образования, доминировавшей в индустриальном обществе. Данная модель основана на жестком управлении и контроле обучающегося (воспитанника), технологичной организации образовательного процесса. Это взгляд на человека как на программируемый компонент системы, объект самых разных манипуляций, а не как на личность, для которой характерна свобода по отношению к возможному пространству деятельности [47].

В педагогической среде распространено мнение, что жесткая технологизация учебного процесса вообще невозможна, так как в этой области очень силен и значим человеческий фактор. Даже признавая целесообразность введения термина «технология» в педагогическую практику, многие ученые все же указывают на ряд разночтений в таких вопросах, как мера влияния личности учителя (его компетентность, педагогическое мастерство, мотивация) на достижение запланированного по данной технологии результата, допустимость отклонений от четко намеченного курса в связи с особенностями контингента учеников и т. д. [52].

В социокультурном пространстве современного отечественного образования набирает силу гуманистическая модель, которая организуется на основе взаимодействия педагога и обучающегося, учета личностных особенностей ребенка, принятия его таким, какой он есть, создания атмосферы доверия, поддержки и защиты (Ш. А. Амонашвили, В. В. Зеньковский, Н. И. Пирогов, В. А. Сухомлинский, К. Д. Ушинский, Н. Е. Щуркова и др.). В концептуальных документах это отражается в формулировке *субъект-субъектной* парадигмы взаимодействия участников образовательного процесса. В этой связи использование термина «технология» в отношении здоровья детей с позиций индивидуального подхода следует считать не совсем удачным, поскольку он не соответствует гуманно-личностной направленности образования [67].

Во-вторых, прилагательное «здоровьесберегающие» несет смысловую нагрузку слова «сбережение». В «Словаре русского языка» С. И. Ожегова значится: «Сберегать – это сохранить, не дать утратиться, пропасть» [96, с. 562], следовательно, *здоровьесбережение* (синоним – *здоровьесохранение*) – это сохранение здоровья на заданном уровне (в частности, на том, с которым ребенок приходит в образовательное учреждение).

Вместе с тем, многими исследователями отмечаются значительное снижение числа детской популяции, ухудшение соматического, психического и репродуктивного здоровья детей [128, с. 8–23]. Так, за последние 10 лет число детей (0–17 лет) уменьшилось на 9,1 млн чел., при этом наиболее значительно (на 8,1 млн чел. – 42 %) снизилась численность детей подросткового возраста (10–17 лет).

Согласно исследованиям Независимого института социальной политики, проведенным 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: распространенность факторов риска, ухудшающих здоровье и развитие, увеличение заболеваемости и рост инвалидности.

Неуклонный рост заболеваемости детей по всем классам болезней на протяжении последних 20 лет констатирует Федеральная служба государственной статистики (ФГС). Так, за период 1990–2011 гг. общий рост заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет – 68,4 %. Соот-

ветствующие показатели составили в 1990 г. – 113 524,8, в 2011 г. – 191 265,3 случаев на 100 тыс. детей.

Неутешительная динамика роста заболеваемости свидетельствует, что в образовательные учреждения приходят дети с многочисленными патологиями, осложняющими не только ростовые процессы, но и усвоение объемного учебного материала. Это приводит к хронической неуспеваемости обучающихся. Следовательно, необходимо не только сохранять то недостаточное здоровье детей, с которым они приходят в детский сад и школу, но и создавать условия для созидания качественно нового психосоматического состояния.

В связи с этим, в контексте современных условий следует руководствоваться следующим понятийно-категориальным аппаратом: «формирование здоровья», «обеспечение здоровья», «совершенствование здоровья», «развитие здоровья», «созидание здоровья». Эти понятия имеют перспективное значение и отражают основные приоритеты современного образования, обозначенные выше.

Так, словосочетание «формирование здоровья» происходит от «формировать, придавать чему-нибудь определенную форму, законченность; порождать; создавать, составлять, организовывать» [96, с. 685], поэтому нами оно понимается как целенаправленная организация процесса по созданию нового состояния (уровня, качества) здоровья субъектов образовательного процесса. Традиция употребления понятия связана с исследованиями в области онтогенеза человека (Б. Г. Ананьев, И. А. Аршавский, И. И. Брехман, Э. Н. Вайнер, Л. С. Выготский, Э. М. Казин, В. П. Казначеев, В. В. Колбанов, А. Г. Лисицын и др.) [4, 21, 25, 72], т. е. под формированием здоровья в этой традиции, как уже было сказано выше, понимается реализация, начиная с внутриутробной жизни, заложенного генетического потенциала под воздействием условий развития человека. Уровень здоровья взрослого индивидуума находится в прямой зависимости от качества условий, в которых он осуществлял жизнедеятельность, будучи ребенком.

Таким образом, *формирование здоровья* следует понимать как целенаправленную систематическую образовательную деятельность, ориентированную на развитие у субъектов образовательного процесса потребности созидательно относиться к себе и окружающему миру, выражающейся в их активной деятельности, связанной с освоением и применением знаний о здоровье.

Словосочетание «развитие здоровья» – от «развить – усилить, дать чему-нибудь окрепнуть; довести до какой-нибудь степени совершенства; довести до какой-нибудь степени духовной зрелости, сознательности, культурности» [96, с. 519] – означает совершенствование здоровья на физическом, психологическом и духовно-нравственном уровне и включает в себя, само собой, понятие укрепления как более частное.

Словосочетание «совершенствование здоровья» – от «совершенствоваться – становиться лучше, совершеннее» [96, с. 594]. Этот термин характеризует достижение человеком более высокого, по сравнению с предыдущим, уровня здоровья.

Словосочетание «созидание здоровья» – от «созидать – сделать существующим, произвести, основать» [96, с. 596] – содержит смыслы утверждения здоровья как качественной характеристики личности и организма в совокупности его становления, развития и совершенствования. Поэтому данное словосочетание близко по смыслу здравотворчеству – «творчески создавать, творение, сотворение, созидание как деятельное свойство» [96, с. 596]. Целесообразно использовать определение «здоровьесозидающий» для деятельности педагога, так как оно более явно отражает, на наш взгляд, направленность воздействий на внешний объект, а прилагательное «здравотворческий» – для характеристики личности, достигшей высшего уровня развития здоровья, поскольку здесь акцент переносится на изменение себя.

Словосочетание «обеспечение здоровья» – «обеспечить, сделать вполне возможным, действующим, несомненным» и «оградить, охранить» [96, с. 350] – означает обеспечение и создание условий и для сохранения, и для формирования и развития здоровья субъектов образовательного процесса.

Обратим внимание на то, что, выполняя возложенную на них миссию обеспечения здоровья обучающихся [38], коллективы образовательных организаций, широко используя медико-гигиенические и физкультурно-оздоровительные способы и методы, явно недооценивают значение в сохранении здоровья ребенка самой педагогической деятельности, которая, на наш взгляд, должна носить характер не только сбережения здоровья воспитанников, но и его созидания.

Таким образом, *здоровьесозидающая деятельность педагогов* заключается в использовании ими принципов и способов, позволяю-

щих сохранять и развивать как их собственное здоровье, так и здоровье обучающихся (воспитанников), создавая благоприятные условия для осуществления образовательной деятельности, творчески дополняя содержание учебного предмета валеологическими знаниями, умениями, навыками с целью формирования у детей поведения, ориентированного на здоровый образ жизни, укрепление и развитие индивидуального здоровья.

1.3. Культура здоровья личности. Принципы формирования здорового и безопасного образа жизни

Культура здоровья личности является частью общей культуры человека и характеризуется эмоционально-ценностным отношением человека к своему здоровью, практическим воплощением потребности вести здоровый образ жизни (через глубину освоения валеологического опыта), заботиться о собственном здоровье и здоровье окружающих.

С позиций *аксиологического* подхода культура здоровья рассматривается как совокупность созданных человечеством материальных и духовных ценностей в области здравоохранения. В аспекте *деятельностного* подхода культура здоровья – это то, что побуждает к здоровьетворческой активности и обеспечивает здоровьесозидающую деятельность. В рамках *акмеологического* подхода культура здоровья актуализирует душевные и духовные качества человека, который рассматривается как субъект жизнедеятельности, способный к саморазвитию и творчеству, к самоорганизации своей жизни и профессиональной деятельности.

Н. Н. Малярчук определяет *культуру здоровья* как систему знаний, ценностно-смысловых установок, эмоционально-волевого опыта и практической деятельности личности, направленной на самопознание, саморазвитие и самосовершенствование индивидуального здоровья [81, с. 76–77]. Автор выделяет следующие компоненты культуры здоровья [81, с. 70–76]:

- когнитивный: знания человека о здоровье, понимание его роли в жизнедеятельности и продуктивном долголетии, осведомленность об основных факторах, разрушающих и восстанавливающих здоровье, и др.;
- ценностно-смысловой: осознание здоровья как общечеловеческой ценности (аксиологическая функция); нахождение личностного

смысла здоровьесозидающей деятельности (смысловая функция); побуждение к деятельности, связанной с удовлетворением потребности человека быть здоровым (мотивационная функция);

- эмоционально-волевой: переживания и чувства человека, связанные с состоянием здоровья (особенности эмоционального состояния, обусловленные ухудшением или улучшением духовной, душевной и телесной составляющих индивидуального здоровья), а также волевые усилия личности, направленные на его восстановление, развитие и созидание; способность личности к волевым усилиям в сохранении, развитии, совершенствовании здоровья проявляется в готовности вести здоровый образ жизни, регулярности и последовательности оздоровительной деятельности, готовности к принятию самостоятельных решений в отношении поддержания и укрепления здоровья, а также его формирования; удовлетворенности процессом и результатами здоровой жизнедеятельности, т. е. положительных эмоциональных реакциях;

- практический: характеристики поведения человека в случае ухудшения здоровья, поведенческие реакции, направленные на сохранение, укрепление и формирование здоровья, желание поделиться с окружающими опытом созидания здоровья и формирования здоровьесберегающей среды.

Основными функциями культуры здоровья являются *аксиологическая* (осознание здоровья как общечеловеческой ценности), *нормативная* (закрепление социальных норм здоровья), *защитная* (охрана здоровья), *диагностическая* (определение уровня и качества здоровья), *коррекционная* (исправление нарушений в состоянии здоровья), *регулятивная* (сохранение здоровья и долголетия), *преобразующая* (увеличение резервов здоровья, преобразование человека и среды), *творческая* (создание нового в области здоровьесозидания), *трансляционная* (передача ценностей и норм здоровья окружающим людям) [1, 50, 51, 81, 82, 97, 98, 106].

Основы культуры здоровья личности закладываются в семье, корректируются и развиваются в образовательных организациях, зависят в огромной степени от формирования здорового образа жизни, который объединяет все, что способствует выполнению профессиональных, общественных и бытовых функций в наиболее оптимальных для здоровья и развития человека условиях.

Традиционно под *здоровым образом жизни* понимаются типичные формы и способы жизнедеятельности, которые укрепляют и совершенствуют резервные возможности организма, обеспечивая тем самым успешное выполнение человеком своих социальных и профессиональных функций независимо от политических, экономических и социально-психологических ситуаций [81, с. 73]. В данном определении образ жизни рассматривается как биосоциальная категория, интегрирующая представления об определенном типе жизнедеятельности человека. Рассматривая здоровый образ жизни с позиций акмеологии, В. Н. Максимова определяет его как гибкий индивидуальный способ успешной жизнедеятельности в соответствии с изменяющимися уровнями биологического и социального развития человека на основе приоритета ценностно-смысловой установки на здоровье и в целях социальной адаптации и самореализации личности [78].

Хотя образ жизни в значительной степени обусловлен социально-экономическими условиями, он во многом зависит от мотивов деятельности и особенностей психики конкретного человека. Этим, в частности, объясняется реальное многообразие вариантов образа жизни различных людей.

Исследователи в понятие «образ жизни» включают три категории [63, с. 3–4]:

- уровень жизни – степень удовлетворения материальных, культурных и духовных потребностей человека (как правило, эта категория рассматривается в ракурсе общественного или группового здоровья);
- качество жизни – социологическая категория, характеризующая комфортность уровня удовлетворения человеческих потребностей (эта категория также чаще рассматривается как показатель общественного здоровья);
- стиль жизни – поведенческие особенности человека, некий стандарт, типичные модели поведения, результатом которых является сохранение или изменение (в ту или иную сторону) уровня здоровья индивида или социальной группы.

Если первые две категории имеют социально-экономический характер, то последняя – социально-психологический. Именно здесь проявляются в большей степени валеологические мировоззренческие установки, отношение к здоровью. Стиль жизни – это персонифици-

рованное проявление культуры здоровья, в основу которого положены психологические и психофизиологические особенности поведения личности. Также стиль жизни определяется историческими, национальными традициями (менталитетом).

Здоровый стиль жизни следует понимать как систему действий и состояний человека, предполагающих созидающую активность по отношению к себе и окружающему миру. Основное назначение здорового стиля жизни – поддержание физической, психологической и духовной сохранности личности, развитие ее потенциала.

Для понимания многоуровневости понятия «здоровый стиль жизни» обратимся к иерархии потребностей А. Маслоу [84]. Удовлетворение потребностей человека происходит, по мнению А. Маслоу и других представителей гуманистической психологии, при руководстве человека свободным выбором. Потребность в сохранении жизни, подкрепленная ценностными смыслами своего существования, в идеализированном виде мотивирует человека придерживаться здорового стиля жизни и на физическом уровне (удовлетворение органических потребностей, потребности в безопасности), и на социально-психологическом (удовлетворение потребностей в принадлежности и любви, признании и уважении), и на духовно-нравственном (познание своего Я, своего предназначения в жизни, приобщение к общечеловеческим ценностям).

В рамках гуманистического акмеологического подхода обосновывается педагогическая деятельность, направленная на формирование осознанной потребности придерживаться здорового стиля жизни, связанной с развитием личности. А отсутствие или нарушение этой потребности (столь естественной для человека с позиций концепции удовлетворения потребностей) указывает на деформации личности, нарушение гармоничности ее развития.

Чтобы стать основой повседневной деятельности и поведения, знания о здоровье должны осознаваться. Это осознание происходит в процессе их «прочувствования» и эмоционального переживания, закрепляется в ходе выполнения специальных здоровьесберегающих упражнений и здоровьесформирующей практической деятельности, что обеспечивает личную значимость знаний, их осмысление и формирует субъектное ценностное отношение личности к здоровью. В процессе переживания происходят интериоризация полученных знаний и пре-

вращение их в убеждения, осуществляется переход от знания к сознанию. Эмоционально-чувственное отношение создает тот фон, на котором формируются потребности и мотивы, предопределяющие психологическую готовность к здоровьесберегающему и здоровьетворческому типу деятельности, развивается способность личности к анализу собственного поведения в социоприродной среде, к объективной самооценке. Происходят экстериоризация знания и его практическая реализация в целях сохранения, развития, творения не только собственного здоровья, но и здоровья окружающих людей.

Рассмотрим основные принципы формирования культуры здоровья, здорового и безопасного образа жизни.

Существуют различные мнения о том, что представляют собой принципы педагогической деятельности, ориентированной на здоровье. Само понятие «принцип» в педагогике чаще всего рассматривается как основа, исходное положение педагогической теории, концепции, определяющее предписания к деятельности, распространяющиеся на все явления данной области образования. Принципы являются основой разработки научных теорий, методических систем и концепций, системно представляющих ту или иную сферу человеческой деятельности.

В области здоровьесберегающей педагогики впервые системно рассмотрел принципы Н. К. Смирнов: это принципы ненанесения вреда («No посере!»); приоритета действенной заботы о здоровье учащихся и педагогов; взаимосвязи здоровья и благополучия; приоритета развивающего обучения; непрерывности и преемственности; субъект-субъектного взаимоотношения с учащимися; формирования ответственности учащихся за свое здоровье; соответствия содержания и организации обучения возрастным особенностям учащихся (принцип психофизиологической комфортности); комплексного междисциплинарного подхода; медико-психологической компетентности учителя; приоритета позитивных воздействий (подкреплений) над негативными; сочетания охранительной и тренирующей стратегий; приоритета активных методов обучения; отсроченного результата; получения обратной связи; контроля за результатами [114].

Э. Н. Вайнер, Е. М. Минина рассматривают принципы здоровьесберегающей педагогики в контексте принципов целостного педаго-

гического процесса, предлагая дополнить их в применении к валеологии гуманистическим, антропологическим и здоровьесберегающим принципами [21, 86].

Расширяет арсенал принципов А. М. Кушнир, полагая, что педагогика реализует здоровьесберегающий потенциал через учет возрастных и индивидуальных особенностей ребенка. Предметом педагогики, по мнению ученого, должны быть закономерности зависимости аксиоматики природного устройства человека и эффективности учебно-воспитательных воздействий [65]. В несоответствии образовательного процесса принципу природосообразности исследователь видит причины массовой утраты здоровья российскими школьниками.

Необходимо упомянуть основные принципы школы здоровья (школы, содействующей здоровью) в Европе: 1) целостный подход к решению проблем здоровья; 2) «участие» (социальное партнерство учащихся, персонала, родителей и местной общественности в деле реализации программ школьного здравоохранения и содействия здоровью в целом); 3) взаимосвязь образовательной среды и академической успеваемости (повышение качества образования через содействие здоровью); 4) научная обоснованность.

К принципам становления и развития культуры здоровья Н. Н. Мальярчук относит 1) принципы, отражающие методологические основания данного процесса – аксиологический, гуманистический, культурологический, герменевтический, субъектности, социальной значимости, холистичности, креативности; 2) принципы, лежащие в основе обучения здоровьесберегающей деятельности – приоритета самообразования, совместной деятельности, опоры на жизненный опыт, актуализации результатов обучения, диалогичности, рефлексивности [81, 82].

Сущность *аксиологического* принципа заключается в рассмотрении здоровья субъектов образовательного процесса как высшей человеческой ценности вне зависимости от времени, места и общественного уклада.

Гуманистический принцип предполагает переоценку всех компонентов учебно-воспитательного процесса в свете воззрений, признающих особую ценность ребенка как личности, его право на свободу, счастье, здоровье, которое, являясь педагогической ценностью, выступает одним из приоритетных критериев эффективности учебно-воспитательного процесса.

Сущность *культурологического* принципа – в признании педагога носителем культурных норм, традиций человечества и педагогического сообщества в вопросах сохранения и созидания здоровья воспитанников.

Герменевтический принцип предполагает осознание педагогами смысла здоровьесозидающей деятельности как профессионально значимой, переосмысление ранее наработанного педагогического опыта сохранения здоровья детей, приобщение педагогов к осмысленному овладению навыками по сохранению и развитию здоровья школьников.

В соответствии с *принципом холистичности* потенциал развития здоровьесозидающей деятельности рассматривается с позиций целостного подхода, основанного на представлении об оптимальном соотношении духовной, душевной и телесной составляющих природы человека, образующих внутреннее единство.

В свете принципа *социальной значимости* приобретаемый индивидуальный опыт в вопросах созидания собственного здоровья трансформируется в социальный, т. е. приобретает общественную значимость.

Принцип *субъектности* позволяет рассматривать педагога как субъекта здоровьесозидающей деятельности, обладающего аксиологичностью, ответственностью, творческой.

Принцип *креативности* предполагает рассмотрение развития творческих способностей в преломлении к индивидуализации здоровьесозидающей деятельности в жизни и в профессиональной деятельности.

Ведущие направления развития культуры здоровья подразумевают активное познание накопленных предшествующими поколениями ценностей, значений, идеалов, норм культуры здоровья. Основной метод здесь – герменевтический: полное осмысление и глубокое понимание знаний о созидании здоровья с учетом социально-культурных традиций здоровьесбережения, рефлексивное осмысление собственного опыта в вопросах здоровьетворчества.

По мнению А. Г. Маджуги, основой здоровьесозидающей функции образовательного учреждения являются гуманизация и валеологизация системы обучения на основе развития устойчивой мотивации на формирование здорового образа жизни и выработки здоровьесберегающих поведенческих (валеоконативных) стратегий личности [76]. Исследователь представляет развернутый перечень принципов здо-

ровьесозидающего образования – основных, исходных положений, нацеленных на формирование позитивного мышления, здоровьесозидающего поведения и здоровьесозидающей деятельности учащихся и учителей в педагогическом процессе: 1) принципы здоровьесозидающего мышления (сюда включены принципы самодеятельности, последовательности, взаимозависимости, автономности, взаимообусловленности, постепенности и систематичности); 2) принципы здоровьесозидающего поведения (к ним А. Г. Маджуга относит принципы взаимообозрения, одобрения, согласия, позитивной речевой установки, личностного обращения, взаиморазвития, безусловной любви).

Принципиальные приоритеты в области сохранения и укрепления здоровья способна дать и биоэтика – междисциплинарная наука, ориентированная на идеалы блага человека и человечества, морали и добра, долга и ответственности за результаты, полученные в процессе научного изучения человекообразных объектов [16]. С. Д. Денисов, Б. Г. Юдин, Я. С. Яскевич и другие специалисты в этой области указывают на такие этические принципы, применяемые в отношении здоровья и болезни человека, как уважение автономии личности, уважение достоинства личности, принцип информированного согласия, конфиденциальности, «созидательной свободы», созидательной активности (не только «не навреди», но и «сотвори благодеяние»), принципы справедливости, бескорыстия, ответственности, целостности, принцип уязвимости человеческой личности и т. д. [140].

Актуально, говоря о принципах здоровьесформирующей педагогической деятельности, упомянуть Концепцию профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде, утвержденную Министерством образования и науки 5 сентября 2011 г. В данной Концепции определяются следующие принципы профилактической работы в образовательном учреждении (созвучные принципам здоровьесформирующей деятельности):

- принцип системности, основанный на межпрофессиональном взаимодействии специалистов различных профессиональных практик, имеющих единую цель и механизмы обратной связи;
- стратегической целостности;
- многоаспектности профилактики, основанный на понимании употребления психоактивных веществ (ПАВ) как сложного социаль-

но-психологического явления, что обуславливает комплексное использование социальных, психологических и личностно ориентированных направлений и форм профилактической деятельности;

- ситуационной адекватности;
- динамичности (подвижности и гибкости в реальной практике);
- эффективного использования ресурсов участников профилактики;
- принцип легитимности (соответствие любых форм профилактической деятельности в образовательной среде законодательству страны).

На основе анализа вышеизложенных концепций нами были сформулированы *принципы формирования здоровья (организации здоровьесформирующей деятельности) в педагогике* [71].

Исходя из положения, что любая педагогическая деятельность должна подчиняться общим законам дидактики как теории образования, но вместе с тем может иметь особенности, связанные с ее характером, местом и формой организации, участниками и т. д., мы выделяем *общедидактические* и *специфические принципы*.

Общедидактические принципы (по И. П. Подласому) восходят к пониманию формирования здоровья как обучения здоровью и воспитания определенного отношения к здоровью [105]. Следовательно, это принципы обучения (научности, доступности, систематичности и последовательности, сознательности и активности, связи теории с практикой, наглядности, прочности) и воспитания (личностный подход, гуманизация, опора на положительное, связь воспитания с жизнью и трудом, общественная направленность воспитания, единство воспитательных воздействий).

В качестве специфических принципов формирования здоровья мы рассматриваем следующие:

1) принцип самоорганизации (стремление перевести заботу о здоровье человека в заботу человека о самом себе; именно этот принцип определяет квинтэссенцию здоровьесформирующей деятельности – формирование ответственного отношения к своему здоровью и устойчивой мотивации к соответствующему образу жизни);

2) принцип природосообразности (любое педагогическое воздействие будет здоровьесформирующим, если будет отвечать естественной природе человека как саморегулирующейся биосоциальной системы, в которой заложены любознательность, самобытность и уникальность, самостоятельность, подвижность, стремление рассуждать и делать вы-

воды, любить и ценить свое существо, восприятие себя как части целого мира и т. д.; учет индивидуальных и возрастных особенностей при организации образовательного процесса тоже обладает здоровьесформирующим потенциалом, так как способствует выработке у его участников внимательного отношения к биологическим и социальным потребностям человека);

3) принцип персонцентричности (приоритет развития личностных ресурсов, в том числе индивидуальной мотивации на здоровый образ жизни, как основы самоорганизации человека в области здоровья) – этот принцип оспаривает принцип информированности (приоритет знаний о здоровье) как основы неэффективной профилактической работы;

4) принцип индивидуализации (предполагает ситуационную адекватность и гибкость, проявляется в опоре на индивидуальный опыт человека, на его состояние, самочувствие, актуальные интересы в момент организации образовательной деятельности, в том числе чтобы обеспечить информационную безопасность субъекта, не давать ему тех сведений, к которым он не готов или которые воспримет неадекватно желаемому результату) (принципы индивидуализации и природосообразности объединяются в древнюю формулу человекознания «No nocere!» («Не навреди!»));

5) принцип партнерства (субъект-субъектных взаимодействий) (характеризует как равноправные и даже в определенной степени доверительные отношения всех участников образовательного процесса при осуществлении здоровьесформирующей деятельности, взаимное интеллектуальное и духовное обогащение и развитие, совместный поиск истины и т. д.; также этот принцип можно понимать и как постулирование социального партнерства педагога со специалистами других профилей (медиками, психологами, дефектологами, социальными работниками и т. д.), разделения обязанностей и солидарности ответственности);

6) принцип справедливости (объективности) (подразумевает честное и бескорыстное обсуждение вопросов здоровья, отсутствие у педагога транспозиции субъективного личного отношения к различным аспектам здоровья и образу жизни на профессиональную деятельность (например, курящий педагог часто невольно оправдывает свою слабость или приуменьшает вред табака, привнося свои личные представления в профилактическую деятельность));

7) принцип целостности (с одной стороны, это реализация холистического подхода к здоровью, с другой – обеспечение межпредметных связей в формировании здоровья);

8) принцип ненавязчивости (избегание морализаторства, догматизма, демагогичности, стереотипизации суждений и подходов, «забалтывания» проблемы, излишнего акцентирования на вопросах сохранения здоровья и формирования здорового образа жизни; приоритет качества и эффективности проводимых мероприятий над их количеством).

Эффективность здоровьесформирующей деятельности определяется комплексной и последовательной реализацией всех без исключения общедидактических и специфических принципов, что, в свою очередь, невозможно, если педагог не принял, не прочувствовал эти основополагающие положения.

В основе представленных принципов лежат мыследеятельностный, компетентностный и личностно ориентированный педагогические подходы, обеспечивающие здоровьесберегающий и здоровьесформирующий характер современного образования.

1.4. Стратегические установки по формированию здорового образа жизни

Под образом жизни в большинстве случаев понимается устойчивый, сложившийся в определенных общественно-экологических условиях способ жизнедеятельности человека, проявляющийся в нормах общения, поведения, складе мышления [79, с. 108].

Э. М. Казин понятием «здоровый образ жизни» объединяет все то, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных и бытовых функций в оптимальных для здоровья условиях и выражает ориентированность личности в направлениях формирования, сохранения и укрепления как индивидуального, так и общественного здоровья [53, с. 51].

Исследователи также говорят о существовании нескольких уровней здоровья [127, с. 14].

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

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

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

Следовательно, образ жизни может быть присущ индивиду, малой группе или обществу в целом. Государственные программы направлены на решение проблем общественного здоровья, а также на повышение благополучия конкретных групп населения. На индивидуальное здоровье как базисную составляющую общественного и группового здоровья ориентированы образовательные программы.

Рассматривая понятие «образ жизни человека» в контексте стратегических ориентиров, можно кратко определить образ жизни человека как способ организации собственной жизнедеятельности в социокультурной среде, а культуру здоровья – как характеристику личности, социальной группы или общества в целом, демонстрирующих здоровый и безопасный образ жизни.

Обеспечение жизнедеятельности человека осуществляется на биологическом (физиологическом), психологическом (в том числе социальном) и духовном уровнях (в рамках компонентов здоровья, описанных выше) посредством *двух основополагающих механизмов: сохранения здоровья и увеличения его резервов*. С этим связана необходимость сочетания нескольких стратегий здоровьеориентированной деятельности в системе образования: охранительной, тренирующей и преобразующей. Важно отметить, что здоровье детей и подростков в процессе их развития, созревания и взросления не только способно сохраняться или наращиваться, но определенным образом строится и перестраивается, отсюда актуальной становится задача формирования здоровья.

Соблюдение установки на формирование здоровья должно обеспечить становление и развитие основных компонентов здоровья детей и подростков на протяжении всего периода получения образования. Следовательно, данная установка имеет общепедагогическое значение, ее соблюдение должно обеспечить человеку совершенствование механизмов сохранения и увеличения адаптационных резервов орга-

низма путем целенаправленного оздоровления, изменения собственного образа жизни [127, с. 15–17].

Структура здорового образа жизни, по Э. Н. Вайнеру, должна включать следующие факторы: оптимальный двигательный режим, рациональное питание, рациональный режим жизни, психофизиологическую регуляцию, психосексуальную и половую культуру, тренировку иммунитета и закаливание, отсутствие вредных привычек и валеологическое образование [21].

Однако такое понимание составляющих здорового образа жизни несколько сужает это понятие до биологических проявлений, умаляя значимость социальной сущности человека. В связи с этим мы предлагаем рассматривать компоненты здорового образа жизни в трехкомпонентной структуре понятия «здоровье», описанной выше.

Основной смысл здорового образа жизни – в физической, психологической и духовной сохранности личности, в развитии ее потенциала. Следовательно, останавливаться в описании аспектов здорового образа жизни лишь на том, как поддерживать и развивать ресурсы физического компонента здоровья, нецелесообразно. В связи с этим о приобщении к здоровому образу жизни можно говорить следующим образом:

- *на уровне физического компонента здоровья:*
 - об оптимизации режима дня, в том числе режима сна и бодрствования, в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями, характером трудовой (учебной) занятости;
 - рациональном питании;
 - оптимизации двигательной активности;
 - об укреплении иммунитета, в том числе путем закаливания, проведения иных профилактических процедур (например, вакцинации);
- *на уровне душевного (психического, психологического, эмоционального, социального) компонента здоровья:*
 - о принятии своего Я и конструктивной позиции по отношению к особенностям своей личности (личностное развитие в направлении культивирования самостоятельности, ответственности, положительного восприятия действительности и т. д. и устранение недостатков);
 - развитию стрессоустойчивости и устойчивости личности к деструктивным психологическим воздействиям (манипуляциям, провоцированию социальной неудовлетворенности и пр.);

– рациональном отношении к получаемой информации, если она провоцирует мысли и действия, способные нанести вред душевному здоровью;

– о реализации индивидуумом конструктивных (созидательных по сути) социальных ролей и гендерных стереотипов;

- на уровне духовно-нравственного компонента здоровья:

– о формировании системы ценностей и мировоззрения при ориентире на позитивный социальный опыт (на общечеловеческие, гуманистические ценности, на национальные традиции, подкрепленные существующей в обществе духовной практикой);

– о непрерывном поиске смысла своего существования, самопознании, самоактуализации и самореализации на основе миссии социального служения.

Таким образом, естественный процесс развития личности, лишенный деформаций, неизбежно приводит к формированию здорового стиля жизни индивида и отражается в творческом преобразовании им своей человеческой сущности. Следовательно, можно говорить о таком феномене, как *готовность индивида к здоровьесориентированной деятельности* (Н. В. Третьякова), который определяется как субъективное состояние личности, означающее желание и способность сохранять и укреплять здоровье [124, с. 52]. Такая готовность рассматривается как перспективный результат образования и включает 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 ответственности процесса решения задач оптимальным образом).

Предполагается существование некоего индивидуального, личностного барьера психологической готовности к здоровьесориентированной деятельности, преодоление которого представляет собой прохождение этапов (стадий) формирования здорового стиля жизни.

Оценочно-ориентировочный этап включает выявление интересов, ценностных ориентаций, потребностей, мотивов человека, их выражения на словах и реального отношения к здоровому образу жизни, степени их сформированности в конкретный период жизнедеятельности личности.

Изучение факторов, определяющих потребности, интересы и мотивы человека, осуществляется в ходе бесед, путем опросов, анкетирования и с помощью других методов научного исследования. На данном этапе внимание должно быть сосредоточено на формировании осознанной потребности в здоровом образе жизни.

Потребность рассматривается как некая сила, побуждающая человека к деятельности с целью восполнить недостающее. Существенные результаты могут быть получены лишь в том случае, если воздействия соответствуют внутреннему убеждению, настрою личности, а цели близки и понятны. Желание личности самосовершенствоваться является самым важным фактором для достижения положительных результатов.

Программно-целевой этап предполагает активные (деятельностные) усилия личности по специально разработанной (совместно с педагогом) программе, нацеленной на углубление знаний, основанных на культурологических ценностях здоровья.

Здесь совершенствуются практические умения и навыки по оптимизации здорового стиля (самодисциплина, трудолюбие, настойчивость, самостоятельность). Субъектная позиция личности обеспечивает необходимую корректировку реализуемой программы. Активность со стороны человека возрастает. Содержательная информация, направленная на осознание меры полезности, результативности личностной деятельности, может выражаться объективными показателями, связанными с уровнем здоровья, физической подготовленности, уровнем и качеством умений и навыков здоровьесориентированной деятельности. Субъективными показателями: интересами; мотивами; целями; пониманием соответствия своих действий социальным нормам и требованиям; удовлетворенностью степенью собственного духовно-

го обогащения и развития. Необходимым условием данного этапа является расширение диапазона здоровьесориентированной деятельности.

Этап индивидуализации и самосовершенствования подразумевает зрелую реализацию жизненной программы с использованием здорового образа жизни, ее самоформирование и самокоррекцию, передачу приобретенного опыта в сфере педагогической деятельности и ближайшего социального окружения.

Этот этап характеризуется максимальной активностью и самостоятельностью личности, ее полным осознанием необходимости использования здорового образа жизни и стиля как элемента общей культуры личности.

Здоровый стиль жизни выполняет ряд важных функций в контексте развития личности. Так, для подростков (по А. В. Моложавенко) это 1) половозрастная идентификация (соответствие физического созревания возрасту и полу); 2) самопонимание (выраженный интерес к познанию своего внутреннего мира, обеспечивающий формирование и становление зрелых морально-ценностных установок); 3) коммуникативная функция (направленность и ориентация на построение партнерских отношений с другими людьми, адекватное понимание важности диалогического взаимодействия со сверстниками и взрослыми); 4) самоопределение (самостоятельность в решении собственных проблем и выборе будущей профессии, путей социального самоопределения) [88].

В отношении детей младшего возраста можно выделить следующие функции здорового образа жизни: 1) социальная самоидентификация (принятие норм поведения и стиля жизни семьи и/или коллектива); 2) самопознание (исследование себя во взаимодействии с окружающим миром); 3) коммуникативная функция (формирование навыков конструктивного взаимодействия с окружающими людьми); 4) гармонизирующая функция (препятствие утере ребенком природной целостности и «свежего», непредвзятого, «чуткого» мировосприятия максимально долгое время) [67, с. 23].

1.5. Нормативно-правовые основания здоровьесформирующей деятельности в образовании

В контексте государственной политики в направлении развития человеческого потенциала страны, отраженной в «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации

на период до 2020 года» (утверждена распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662-р), в системе образования Российской Федерации делается акцент на решении ряда задач в области охраны здоровья детей:

- создание условий для сохранения и укрепления здоровья обучающихся в течение всего периода их нахождения в образовательной организации;

- формирование у детей и учащейся молодежи здорового и безопасного образа жизни, в том числе обучение навыкам гигиены и режима труда (учебы), профилактика наиболее распространенных заболеваний, формирование культуры рационального питания, развитие потребности в оптимальной двигательной активности, формирование здоровьесориентированной личностной позиции обучающихся.

С целью решения этих задач осуществляются межведомственное взаимодействие региональных и муниципальных органов управления образованием с иными ведомствами, сотрудничество образовательных организаций с организациями системы здравоохранения, физической культуры и спорта, социальной сферы. Эти взаимодействия, а также задачи системы образования в области охраны и укрепления здоровья граждан отражены в Государственной программе «Развитие образования» на 2013–2020 гг. (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 22 ноября 2012 г. № 2148-р); «дорожной карте» Министерства образования и науки Российской Федерации «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности образования и науки» (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 апреля 2014 г. № 722-р) и ряде других документов стратегического порядка.

Кроме того, обязанности образовательных организаций по охране и укреплению здоровья обучающихся, формированию у них здорового и безопасного образа жизни отражены в Федеральном законе от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (ст. 13, 28, 29, 34, 36, 41, 42, 43, 48, 66, 75, 84, 99); федеральных государственных образовательных стандартах дошкольного, общего и профессионального образования; санитарных правилах и нормах (СанПиН) (СанПиН 2.4.1.3049–13 «Санитарно эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций», утверждены постановлением глав-

ного государственного санитарного врача РФ от 15 мая 2013 г. № 26; СанПиН 2.4.2.2821–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях», утверждены постановлением главного государственного санитарного врача РФ от 29 декабря 2010 г. № 189; СанПиН 2.4.4.3172–14 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы образовательных организаций дополнительного образования детей», утверждены постановлением главного государственного санитарного врача РФ от 4 июля 2014 г. № 41; СанПиН 2.4.4.3155–13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации работы стационарных организаций отдыха и оздоровления детей», утверждены постановлением главного государственного санитарного врача РФ от 27 декабря 2013 г. № 73; СанПиН 2.4.2.2843–11 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации работы детских санаториев», утверждены постановлением главного государственного санитарного врача РФ от 18 марта 2011 г. № 21; СанПиН 2.4.3.1186–03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации учебно-производственного процесса в образовательных учреждениях начального профессионального образования», утверждены постановлением главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2003 г. № 2); государственных стандартах Российской Федерации (ГОСТ 52024–2003 «Услуги физкультурно-оздоровительные и спортивные», утвержден постановлением Госстандарта России от 18 марта 2003 г. № 80-ст; ряд образовательных организаций использует в своей работе ГОСТ Р 52614.2–2006 (ISO/IWA 2:2007) «Системы менеджмента качества» в деятельности по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни).

Во исполнение указов Президента Российской Федерации (от 7 мая 2012 г. № 599 «О мерах по реализации государственной политики в области образования и науки» и от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения») на региональном уровне разработана и реализуется нормативно-правовая база, которая определяет, вслед за перечисленными документами федерального уровня, направления деятельности образовательных организаций по формированию здорового и безопасного образа жизни обучающихся, созданию безопасных для здоровья условий обучения,

а также популяризацию спортивно-оздоровительных программ среди обучающихся с учетом специфики каждого субъекта РФ в контексте решения глобальной задачи – социализации подрастающего поколения, подготовки к жизни в современном обществе, развития человеческого капитала страны.

Обратимся к формулировкам некоторых документов федерального уровня и покажем, каковы механизмы обеспечения сохранности и развития ресурсов здоровья в образовательной среде.

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

2. «Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» 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 года» от 17 ноября 2008 г. № 1662-р. В числе задач социально-экономического развития Российской Федерации названо 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. 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.

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

5. Федеральный закон Российской Федерации «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 обучающихся, пропаганды здорового образа жизни и обучению его навыкам (ст. 3, 41). В п. 9 ст. 13 «Общие требования к реализации образовательных программ» указано, что использование при реализации образовательных программ методов и средств обучения и воспитания, образовательных технологий, наносящих вред физическому или психическому здоровью обучающихся, запрещается (это значит, что все методы и средства обучения и воспитания, все образовательные технологии должны быть здоровьесберегающими, т. е. проходить соответствующую экспертизу). Согласно ст. 41, охрана здоровья обучающихся включает в себя:

- 1) оказание первичной медико-санитарной помощи в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья;
- 2) организацию питания обучающихся;
- 3) определение оптимальной учебной, внеучебной нагрузки, режима учебных занятий и продолжительности каникул;
- 4) пропаганду и обучение навыкам здорового образа жизни, требованиям охраны труда;
- 5) организацию и создание условий для профилактики заболеваний и оздоровления обучающихся, для занятия ими физической культурой и спортом;
- 6) прохождение обучающимися в соответствии с законодательством Российской Федерации периодических медицинских осмотров и диспансеризации;
- 7) профилактику и запрещение курения, употребления алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива, наркотических средств и психотропных веществ, их прекурсоров и аналогов и других одурманивающих веществ;
- 8) обеспечение безопасности обучающихся во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность;
- 9) профилактику несчастных случаев во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность;
- 10) проведение санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий.

Организацию оказания первичной медико-санитарной помощи обучающимся осуществляют органы исполнительной власти в сфере

здравоохранения. Образовательная организация обязана предоставить помещение с соответствующими условиями для работы медицинских работников. Организация охраны здоровья обучающихся (за исключением оказания первичной медико-санитарной помощи, прохождения периодических медицинских осмотров и диспансеризации) в учреждениях, осуществляющих образовательную деятельность, осуществляется этими учреждениями.

6. «Национальная образовательная инициатива “Наша новая школа”» от 4 февраля 2010 г. № 271. Сохранение и укрепление здоровья обучающихся заявлено делом образовательных организаций. Определена необходимость осуществления перехода от обязательных для всех мероприятий к *индивидуальным программам развития здоровья школьников*.

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

8. Указ Президента Российской Федерации «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» 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, на всеобщую раннюю профилактику заболеваемости, на 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 под-

держки 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 и 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 их обследования, обучения 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-нравственной, психологической и физической составляющих здоровья субъектов образовательного процесса и формированию у них компетенций безопасного и здорового образа жизни.

10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О порядке оказания педиатрической помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» от 5 ноября 2013 г. № 822н. В приказе определены меры по детальному практическому решению поставленных перед образовательными организациями здоровьесберегающих задач и продвижению культуры здорового образа жизни, в том числе методическому обеспечению медицинскими работниками совместно с психологами и педагогами образовательных организаций работы по формированию у обучающихся устойчивых стереотипов здорового образа жизни и поведения, не сопряженного с риском для здоровья (в том числе по профилактике алкоголизма, наркомании токсикомании), проведению санитарно-гигиенической просветительной работы среди несовершен-

нолетних, их родителей (законных представителей) и педагогов по вопросам профилактики заболеваний несовершеннолетних и формированию здорового образа жизни.

11. Приказ Министерства образования Российской Федерации «Об утверждении Примерного положения о центре содействия укреплению здоровья обучающихся, воспитанников образовательного учреждения» от 15 мая 2000 г. № 1418. В документе раскрываются общие положения, цели, задачи, основные направления и организация деятельности центра.

12. Постановление Правительства Российской Федерации «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 решаются 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.

Мониторинг 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 Российской Федерации и муниципальных образований осуществляется органами и учреждениями системы образования, физической культуры и спорта, го-

сударственной 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 Российской Федерации; 2) подготовку предложений для органов местного самоуправления по вопросам укрепления здоровья населения в городах и других населенных пунктах.

13. Федеральный закон Российской Федерации «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ (ред. от 28.11.2015). Согласно закону, санитарно-эпидемиологическое благополучие обеспечивается посредством профилактики заболеваний, осуществления мер по гигиеническому воспитанию и обучению населения и пропаганде здорового образа жизни.

Таким образом, содействие физическому, психическому и духовно-нравственному развитию детей, подростков и учащейся молодежи является одной из главных задач государственной политики Российской Федерации в интересах детей. В соответствующих нормативно-правовых и законодательных актах на образовательные организации возложена ответственность за сохранение и укрепление здоровья обучающихся; установлены порядок соблюдения требований к условиям осуществления образовательного процесса в части воспитания культуры здоровья, формирования здорового и безопасного образа жизни; акцентируется внимание на необходимости объединения усилий медицинских, образовательных и иных ведомств; предлагается механизм реализации поставленных целей путем создания соответствующих структур.

Одним из условий сохранения и укрепления здоровья ребенка в образовательном процессе является учет его индивидуальных особенностей. Нормативно-правовой основой индивидуализации образования служит ряд документов федерального уровня:

1. Федеральный закон Российской Федерации «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ, где среди обязанностей педагогических работников (ст. 48) обозначена необходимость учета особенностей психофизического развития обучающихся и состояния их здоровья, соблюдения специальных условий, необходимых для получения образования лицами с ограниченными воз-

возможностями здоровья, взаимодействия при необходимости с медицинскими работниками.

2. Государственная программа Российской Федерации «Развитие образования на 2013–2020 годы», утвержденная Правительством РФ 27 ноября 2012 г., где среди задач Подпрограммы 2 «Развитие дошкольного, общего образования и дополнительного образования детей» обозначено не только создание современной инфраструктуры неформального образования для формирования у обучающихся социальных компетенций, гражданских установок, культуры здорового образа жизни, но и то, что должен быть обеспечен переход к качественно новому уровню индивидуализации образования через реализацию учебных траекторий в образовательных организациях всех форм собственности и их сетях, в семейном образовании, в самообразовании.

3. Профессиональный стандарт «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)», утвержден приказом Минтруда России № 544н от 18 октября 2013 г. (с изм. от 25 декабря 2014 г.), в котором уделяется существенное внимание деятельности педагога по разработке и реализации индивидуальных образовательных маршрутов, индивидуальных программ развития и индивидуально ориентированных образовательных программ с учетом личностных и возрастных особенностей обучающихся.

Таким образом, необходимость индивидуализации образования создает предпосылки для развития системы тьюторского сопровождения индивидуальных образовательных маршрутов обучающихся и воспитанников. В области создания и поддержки индивидуальных образовательных маршрутов приобщения обучающихся к здоровому образу жизни осуществлять тьюторские функции, вероятнее всего, будет не какой-то особый сотрудник. Эту обязанность (исключая случаи взаимодействия с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья) должен исполнять каждый педагог вне зависимости от специфики его работы. В этой связи с систему образования вводится понятие «*тьюторская позиция педагога*» – особое отношение к организации педагогического взаимодействия с обучающимся, воспитанником, при котором педагог осознает необходимость учета индивидуальных особенностей ребенка при построении образовательного процесса (как в содержании, так и в организационно-технологических ас-

пектах), имеет представление об арсенале методов и приемов индивидуализации образования, прилагает все усилия, чтобы развивать уникальность личности ребенка.

Таким образом, профессиональные функции педагога расширяются. Рассмотрим основания к этому.

До внедрения профессионального стандарта «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)» профессиональные обязанности педагога регламентировали «Квалификационные характеристики должностей работников образования» (утверждены приказом Минздравсоцразвития РФ от 26 августа 2010 г. № 761н (ред. от 31.05.2011)). Авторы этого документа ограничились формулировками «обеспечивает охрану жизни и здоровья обучающихся во время образовательного процесса», «выполняет правила по охране труда и пожарной безопасности». Данные формулировки крайне размыты и не дают ни педагогу, ни руководителю возможности объективно согласовать с ними профессиональную деятельность учителя как основного субъекта, организующего образовательный процесс, в аспекте здоровьесбережения и формирования культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся.

Теоретическое обоснование профессиональные функции педагога получили в работах представителей структурно-функционального подхода к описанию сущности педагогической деятельности: И. Ф. Исаева, П. Ф. Кубрушко, А. К. Марковой, В. П. Сергеевой, В. А. Сластенина, И. П. Подласого, Е. Н. Шиянова, А. И. Щербакова и др. [62, 100, 105, 138]. Так, например, А. И. Щербаков разделяет все профессиональные функции педагога на общетрудовые и собственно педагогические [138]. К общетрудовым функциям ученый относит исследовательскую (гностическую), организаторскую, коммуникативную, конструктивную – эта группа функций не является специфической для педагогической профессии, однако А. И. Щербаков определяет их содержание в соответствии с реализацией педагогического процесса. В группу организаторских, по мнению исследователя, входят информационная, мобилизационная, развивающая и ориентационная функции. К конструктивным А. И. Щербанов относит специфические внутренне взаимосвязанные функции: аналитическую, прогностическую и проективную. Коммуникативная деятельность педагога заключается

в реализации перцептивной, собственно коммуникативной и коммуникативно-операциональной функций. При конкретизации исследовательской функции А. И. Щербаков особо указывает на необходимость соблюдения педагогом принципов научности, рефлексии, владения методами научно-педагогического исследования.

В. А. Слостенин, И. Ф. Исаев и Е. Н. Шиянов считают, что за педагогической профессией закрепились исторически две социальные функции: адаптивная (приспособление воспитанника к требованиям социокультурной ситуации) и гуманистическая, т. е. человекообразующая (развитие личности и творческой индивидуальности обучающегося) [100].

Каждая профессиональная функция реализуется через определенные трудовые действия (направления профессиональной деятельности). Например, воспитательная функция обеспечивается постановкой воспитательных целей, способствующих развитию обучающихся независимо от их способностей и характера, развитием у обучающихся познавательной активности, самостоятельности, инициативы, творческих способностей, формированием гражданской позиции, способности к труду и жизни в условиях современного мира, формированием у обучающихся культуры здорового и безопасного образа жизни.

Некоторое представление о профессиональных функциях педагога с позиций государственной политики нам дает Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации», в котором описан круг обязанностей педагога: учебная (преподавательская), воспитательная работа, индивидуальная работа с обучающимися, научная, творческая и исследовательская работа, а также другая педагогическая работа, предусмотренная трудовыми (должностными) обязанностями и (или) индивидуальным планом, – методическая, подготовительная, организационная, диагностическая, работа по ведению мониторинга, работа, предусмотренная планами воспитательных, физкультурно-оздоровительных, спортивных, творческих и иных мероприятий, проводимых с обучающимися. Конкретные трудовые (должностные) обязанности педагогических работников определяются трудовыми договорами (служебными контрактами) и должностными инструкциями.

Педагогическая деятельность часто представляется в научно-методической литературе как процесс управления (В. П. Баранчеев, Н. Л. Галева, П. Н. Гапонюк, Т. М. Давыденко, Л. М. Митина, Н. В. Пернай, Г. Н. Се-

риков, Н. В. Третьякова, В. А. Федоров, Т. И. Шамова, Г. Н. Шибанова и др.) [6, 26, 27, 87, 102, 126, 130, 131, 132].

Исходя из процессного подхода к управлению [102, 126], где управление, понимается как процесс, состоящий из взаимосвязанных управленческих функций, каждая из которых тоже представляет собой процесс, состоящий из связанных между собой управленческих действий, деятельность учителя является реализацией управленческих функций.

Отметим, что ряд трудовых действий педагога, актуальных для современной образовательной ситуации, не нашел достаточного отражения в содержании его профессиональных функций – это действия, связанные с сохранением и укреплением здоровья субъектов образовательного процесса, формированием культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся. Данная социально значимая задача включена с недавнего времени, как уже было сказано, в сферу компетентности образовательной организации.

На основании результатов анализа современной нормативно-правовой базы и научно-теоретических исследований мы выделяем в контексте управленческой деятельности педагога здоровьесозидающую функцию, характеризующуюся, как уже было отмечено, тремя компонентами: здоровьесберегающим, здоровьесформирующим и саморазвивающим в области здоровья [70].

Здоровьесберегающий компонент. Педагог управляет условиями, в которых протекает образовательный процесс, и способен сделать их такими, чтобы стартовый уровень здоровья участников образовательного процесса не ухудшался в процессе ежедневного взаимодействия.

Эта функция исходит из положений Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» (учет при реализации содержания образовательных программ особенностей психофизического развития обучающихся и состояния их здоровья, соблюдение специальных условий, необходимых для получения образования лицами с ограниченными возможностями здоровья).

Ряд обязанностей педагога, связанных со здоровьесберегающим компонентом, также прописан в СанПиНах, например, такие, как формирование правильной рабочей позы у обучающихся, контроль за расстоянием между тетрадь/книгой и глазами детей, проведение физкультурминутки и гимнастики для глаз на уроках, соблюдение рекомендаций по рассадке детей с особенностями здоровья (часто болеющих,

слабо видящих, слабо слышащих), организация проветривания помещения согласно наружной температуре и внутреннему воздушно-тепловому режиму, соблюдение норм плотности учебной работы на уроке, чередование видов учебной деятельности, использование в учебном процессе инновационных образовательных программ и технологий, расписаний занятий, режимов обучения, не имеющих неблагоприятного влияния на функциональное состояние и здоровье обучающихся, в том числе ограничение использования технических средств обучения (ТСО) на уроке согласно возрастным нормам.

Федеральные государственные образовательные стандарты общего образования предписывают как обязательный учет индивидуальных возрастных, психологических и физиологических особенностей обучающихся для определения целей образования и воспитания и путей их достижения.

В квалификационных характеристиках учителя говорится о том, что педагог должен знать возрастную физиологию, школьную гигиену, требования к оснащению и оборудованию учебных кабинетов и подсобных помещений к ним. Также для создания благоприятного психологического климата в процессе обучения учитель должен знать методы убеждения, аргументации своей позиции, установления контактов с обучающимися разного возраста, их родителями (лицами, их заменяющими), коллегами по работе, технологии диагностики причин конфликтных ситуаций, их профилактики и разрешения.

Здоровьеформирующий компонент. Педагог управляет содержанием образования и способен включать вопросы, связанные с формированием культуры здорового и безопасного образа жизни и мотивацией на созидающее поведение, в образовательный процесс.

Этот компонент обоснован, в первую очередь, в федеральных государственных образовательных стандартах и примерной основной образовательной программе (ООП) образовательной организации.

В качестве одного из результатов освоения основной образовательной программы начального общего образования в федеральном государственном образовательном стандарте названа сформированность ценностно-смысловых установок на здоровый образ жизни.

Логично предположить: раз стандарты дают критерии оценки деятельности педагогов, следовательно, определяют круг их должностных обязанностей и содержание функций.

В одной из частей ООП начальной школы – Программе формирования культуры здорового и безопасного образа жизни – цель деятельности учителя определяется как формирование знаний, установок, личностных ориентиров и норм поведения обучающихся, обеспечивающих сохранение и укрепление физического и психологического здоровья как одной из ценностных составляющих, способствующих познавательному и эмоциональному развитию ребенка, достижению планируемых результатов освоения основной образовательной программы. Также в ООП начальной школы определяется как один из результатов воспитательной работы укрепление духовного и социально-психологического здоровья, а как одно из личностных универсальных учебных действий – установка на здоровый образ жизни и готовность следовать в своей деятельности нормам здоровьесберегающего поведения.

ООП на этапе основного образования ставит перед учителем следующие задачи в области воспитания и социализации:

- осознание подростком ценности человеческой жизни, формирование умения противостоять в пределах своих возможностей действиям и влияниям, представляющим угрозу для жизни, физического и нравственного здоровья, духовной безопасности личности;
- формирование культуры здорового и безопасного образа жизни.

В квалификационных характеристиках учителя обозначено, что учитель обязан соблюдать права и свободы обучающихся (в том числе права на содействие их физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию, на обеспечение приоритета их личного и социального благополучия, прописанные в Федеральном законе «Об основных гарантиях прав ребенка», где также уточняется, что педагоги несут ответственность за работу не только по воспитанию, образованию, но и по охране здоровья).

Федеральные государственные образовательные стандарты определяют как обязательное условие образовательного процесса укрепление не только физического, но и духовного здоровья. Поскольку духовное здоровье обычно понимается как мировоззренческий стержень, мотивирующий ребенка на здоровьесориентированную деятельность, это приводит нас к выводу о содержании здоровьесформирующего компонента здоровьесозидающей функции педагога.

Таким образом, формирование ценностного отношения к здоровью, культуры здоровья, здорового и безопасного образа жизни есть основной результат педагогической деятельности в области сохранения и укрепления здоровья ребенка, а достигается это не только созданием благоприятной для здоровья образовательной среды, но и верной стратегией обучения и воспитания в области здоровья.

Важно, что сформированность здорового и безопасного образа жизни обучающихся должна непрерывно отслеживаться – как и любой другой аспект качества образования. И поскольку оценка качества образования входит в рефлексию эффективности педагогического труда, логично предположить, что учитель в рамках здоровьесформирующей функции обязан не только формировать ценностно-смысловые установки на здоровый образ жизни, но и отслеживать их позитивные изменения.

Саморазвивающийся компонент. Педагог управляет процессом своего профессионального совершенствования, в том числе повышением своей компетентности в вопросах особенностей здоровья и возрастного и индивидуального развития обучающихся, педагогического инструментария (методов, приемов, средств, форм, техник, технологий) сохранения и развития ресурсов здоровья ребенка в урочной и внеурочной деятельности, а также (что представляется нам особенно важным) управляет саморазвитием в области здоровья и здорового образа жизни (добывает знания о различных способах профилактики нарушений своего здоровья, совершенствует свои навыки оценки и коррекции самочувствия и настроения, развивает свою мотивацию на здоровьесориентированное поведение и мысли и т. д.).

Эти три компонента тесно связаны между собой и дополняют друг друга, лишь в комплексе обеспечивая успешность деятельности педагога в области воспитания здорового поколения, развития гармоничной личности ученика.

Описывая содержание функций педагога в области охраны и укрепления здоровья обучающихся с позиций анализа нормативно-правовой базы, мы убедились в возможности расширить соответствующую часть квалификационных характеристик педагогических работников. Тем более что сам документ допускает эту возможность, что актуально, например, в переходный период подготовки к внедрению профстандартов с 1 января 2017 года.

Такой подход не только позволит регламентировать указанные функции учителя, что представляется особенно важным в свете перехода на новую систему оплаты труда, но и будет способствовать повышению эффективности профессиональной подготовки и повышению квалификации педагогов по вопросам здоровьесбережения и формирования здорового и безопасного образа жизни обучающихся и воспитанников.

С 1 января 2017 г. при формировании кадровой политики и в управлении персоналом, при организации обучения и аттестации работников, заключении трудовых договоров, разработке должностных инструкций и установлении систем оплаты труда работодателями будут применяться профессиональный стандарт «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)», а также другие утвержденные профессиональные стандарты данного семейства, например, «Педагог-психолог (психолог в сфере образования)» (утвержден приказом Минтруда России от 24 июля 2015 г. № 514н), «Педагог дополнительного образования детей и взрослых» (утвержден приказом Минтруда России от 8 сентября 2015 г. № 613н) и др. Профессиональный стандарт – это характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности. Профессиональные стандарты разработаны согласно ст. 195.1 Трудового кодекса Российской Федерации.

В профессиональном стандарте «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)» обозначены две основные функции:

1) проектирование и реализация образовательного процесса (она включает в себя обучение, воспитательную и развивающую деятельность);

2) проектирование и реализация основных общеобразовательных программ (по уровням образования и предметным модулям).

В области здоровьесориентированной деятельности в профессиональном стандарте «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)» присутствуют такие формулировки.

Общепедагогическая функция

Обучение

Трудовые действия:

- участие в разработке и реализации программы развития образовательной организации в целях создания безопасной и комфортной образовательной среды.

Необходимые умения:

- использовать и апробировать специальные подходы к обучению в целях включения в образовательный процесс всех обучающихся, в том числе с особыми потребностями в образовании: обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

Необходимые знания:

- основные закономерности возрастного развития, стадии и кризисы развития, социализация личности, индикаторы индивидуальных особенностей траекторий жизни, их возможные девиации, а также основы их психодиагностики.

- основы психодидактики.

Воспитательная деятельность

Трудовые действия:

- регулирование поведения обучающихся для обеспечения безопасной образовательной среды;

- реализация воспитательных возможностей различных видов деятельности ребенка (учебной, игровой, трудовой, спортивной, художественной и т. д.);

- проектирование ситуаций и событий, развивающих эмоционально-ценностную сферу ребенка (культура переживаний и ценностные ориентации);

- формирование у обучающихся культуры здорового и безопасного образа жизни.

Необходимые умения:

- строить воспитательную деятельность с учетом культурных различий детей, половозрастных и индивидуальных особенностей.

Необходимые знания:

- основные закономерности возрастного развития, стадии и кризисы развития и социализации личности, индикаторы и индивидуальные особенности траекторий жизни и их возможные девиации, приемы диагностики девиаций.

Развивающая деятельность

Трудовые действия:

- выявление в ходе наблюдения поведенческих и личностных проблем обучающихся, связанных с особенностями их развития;
- оценка параметров и проектирование психологически безопасной и комфортной образовательной среды, разработка программ профилактики различных форм насилия в школе;
- освоение и применение психолого-педагогических технологий (в том числе инклюзивных), необходимых для адресной работы с различными контингентами учащихся: дети с особыми образовательными потребностями (аутисты, дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью и др.), дети с ограниченными возможностями здоровья, дети с девиациями поведения, дети с зависимостью;
- взаимодействие с другими специалистами в рамках психолого-медико-педагогического консилиума;
- разработка (совместно с другими специалистами) и реализация совместно с родителями (законными представителями) программ индивидуального развития ребенка;
- освоение и адекватное применение специальных технологий и методов, позволяющих проводить коррекционно-развивающую работу;
- формирование у обучающихся культуры здорового и безопасного образа жизни.

Необходимые умения:

- владеть профессиональной установкой на оказание помощи любому ребенку вне зависимости от его реальных учебных возможностей, особенностей в поведении, состояния психического и физического здоровья;
- использовать в практике своей работы психологические подходы;
- понимать документацию специалистов (психологов, дефектологов, логопедов и т. д.);
- разрабатывать и реализовывать индивидуальные образовательные маршруты, индивидуальные программы развития и индивидуально ориентированные образовательные программы с учетом личностных и возрастных особенностей обучающихся;
- владеть стандартизированными методами психодиагностики личностных характеристик и возрастных особенностей обучающихся.

Необходимые знания:

- педагогические закономерности организации образовательного процесса;
- законы развития личности и проявления личностных свойств, психологические законы периодизации и кризисов развития;
- теория и технологии учета возрастных особенностей обучающихся.

Все вышеназванное – лишь некоторая часть того, что можно назвать здоровьесориентированной деятельностью педагога. По сути, каждая позиция, указывающая на индивидуализацию образования, на создание психологически комфортной среды, на грамотное использование методов, приемов и технологий обучения и воспитания, вносит вклад в сохранение, укрепление и развитие здоровья обучающегося.

Таким образом, в ближайшем будущем деятельность педагогов будет оцениваться не только по уровню обученности и воспитанности ребенка и отсутствию несчастных случаев (травм и прочего) в ходе образовательного процесса, но и по уровню сформированности культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся.

Здоровьесберегающая и здоровьесформирующая деятельность педагога регламентируется не только на федеральном уровне, но и локальными актами непосредственно образовательной организации.

Локальный акт – это основанный на нормах законодательства правовой документ (акт), принятый в установленном порядке компетентным органом управления организации и регулирующий внутриорганизационные отношения. Локальные акты не должны противоречить действующему законодательству, а также ухудшать положение субъектов, на которых распространяется их действие, по сравнению с установленным законодательством. Ч. 4 ст. 30 Федерального закона № 273-ФЗ прямо предусматривает, что нормы локальных нормативных актов, ухудшающие положение обучающихся или работников образовательной организации по сравнению с установленным законодательством об образовании, трудовым законодательством положением, либо принятые с нарушением установленного порядка не применяются и подлежат отмене образовательной организацией.

Выделяют нормативные и ненормативные (индивидуальные, распорядительные) локальные акты (табл. 1).

Устав, правила внутреннего трудового распорядка – это нормативные локальные акты; приказ о приеме на работу, о предоставлении отпуска, увольнении, командировке и т. д. – ненормативные.

Таблица 1

Характеристики нормативных и ненормативных локальных актов

Характеристика	Нормативный локальный акт	Ненормативный локальный акт
Содержание	Общеобязательные правила поведения для всех или некоторых субъектов организации	Юридически оформляет конкретное решение администрации организации
Применение	Неоднократное	Однократное

Нормативные локальные акты могут издаваться в различных формах. Наиболее часто встречающимися, после устава, являются следующие:

- *положение*. Документ устанавливает правовой статус органа управления организации, структурного подразделения либо порядок реализации организацией какого-либо из своих правомочий;
- *инструкция*. Документ устанавливает порядок, способ осуществления той или иной функции, ведения какой-либо деятельности;
- *правила*. Документ регламентирует организационные, дисциплинарные, хозяйственные и иные специальные стороны деятельности организации, участников внутриорганизационных отношений.

В соответствии с ч. 1 ст. 25 Федерального закона № 273-ФЗ, образовательная организация действует на основании *устава*, который является основным нормативным локальным актом образовательной организации. Создающийся на основе типовых документов устав образовательной организации, тем не менее, может включать в себя более конкретные положения. Законодательство РФ не содержит запретов на включение в устав образовательной организации каких-либо положений, не предусмотренных обязательным перечнем содержания устава. Это означает, что в случае необходимости устав может дополнительно содержать любые положения, не противоречащие действующему законодательству РФ, в том числе связанные в организацией здоровьесориентированной деятельности.

Деятельность образовательной организации и отдельных участников образовательного процесса в области охраны, укрепления и обеспечения безопасности здоровья также осуществляется согласно положениям таких локальных документов общего применения, как устав образовательной организации, положение об образовательной организации, трудовой договор работодателя и работника, должностная инструкция работника, правила внутреннего распорядка организации.

Все эти документы имеют относительно стандартизированную форму (создаются на основе типовых документов; вариативность их содержания также предусмотрена, как было указано выше).

Важным аспектом управления здоровьеориентированной деятельностью образовательной организации является модель принятия управленческих решений. Порядок принятия локальных актов необходимо зафиксировать в уставе, продумав вопрос, какая из предложенных ниже моделей является наиболее актуальной для конкретной образовательной организации (возможно сочетание различных моделей принятия решений). Итак, управленческие решения может принимать:

- руководитель без чье-либо участия. Обеспечивается управляемость, при этом полная ответственность ложится на руководителя;
- руководитель с учетом мнения иного коллегиального органа управления. В этом случае текст локального нормативного акта может стать качественнее за счет учета позиций иных квалифицированных лиц;
- руководитель по согласованию с иным коллегиальным органом управления. Потребуется согласование позиций двух органов, которые должны прийти к взаимоприемлемому решению;
- коллегиальный орган управления по согласованию с руководителем. В этом случае формально локальный нормативный акт утверждается коллегиальным органом управления, следовательно, вопросы по его содержанию возникают к коллегиальному органу управления;
- коллегиальный орган управления с учетом мнения руководителя. Ответственность за локальный нормативный акт лежит на коллегиальном органе управления; получить и рассмотреть мнение руководителя орган обязан, однако оно не имеет решающего значения. Управление децентрализуется, однако и ответственность за решения распределяется между разными органами;

- коллегиальный орган управления без чьего-либо участия. Здесь учет мнения руководителя необязателен, т. е. его позиция по тому или иному вопросу может вообще не рассматриваться.

Образовательная организация вправе создавать иные локальные регламентирующие документы, в частности, по инициативе органов общественного управления, например, кодекс, положение и прочее.

Для координации текущей деятельности руководителем образовательной организации (ее структурного подразделения) издаются приказы, распоряжения.

Рассмотрим ряд локальных актов с позиций организации здоровьеориентированной деятельности.

Должностная инструкция педагога должна содержать следующие формулировки:

- «выполняет правила и нормы охраны труда, техники безопасности и противопожарной защиты»;
- «обеспечивает охрану жизни и здоровья обучающихся в период образовательного процесса»;
- «несет персональную ответственность за жизнь, здоровье и безопасность обучающихся в период образовательного процесса».

Следует отметить, что через настоящие формулировки не конкретизируются позиции здоровьеориентированной деятельности педагога. Предусматривает расширение положений должностных инструкций работников образовательной организации Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих. Так, в п. 5 «Квалификационных характеристик должностей работников образования» указывается, что при разработке должностных инструкций допускаются уточнение перечня работ, которые свойственны соответствующей должности в конкретных организационно-педагогических условиях (например, каникулярный период, не совпадающий с отпуском работников, отмена для обучающихся, воспитанников учебных занятий, изменение режима образовательного процесса по санитарно-эпидемиологическим, климатическим и иным основаниям и т. п.), а также установление требований к необходимой специальной подготовке работников. В п. 6 даются разъяснения о том, что в целях совершенствования организации и повышения эффективности труда работников учреждения возможно расширение круга их обязанностей по сравнению с установленными соответствующей ква-

лификационной характеристикой. В этих случаях без изменения должностного наименования работнику может быть поручено выполнение обязанностей, предусмотренных квалификационными характеристиками других должностей, близких по содержанию работ, равных по сложности, выполнение которых не требует другой специальности и квалификации. Эти основания применяются руководителями некоторых образовательных организаций в условиях перехода на новую систему оплаты труда работников образования для определения области применения базовой и стимулирующей частей заработной платы сотрудников.

Трудовой договор (контракт) – документ, который служит основанием оплаты труда работника. В программных документах Правительства РФ отмечается, что решить задачу стимулирования работников с учетом результатов их труда не удалось для всех учреждений: показатели и критерии эффективности деятельности работников учреждений недостаточно проработаны, а их применение носит формальный характер. В системах оплаты труда работников учреждений во многих случаях сохранились ранее применявшиеся выплаты стимулирующего характера, имеющие низкую эффективность в современных условиях (например, добросовестное выполнение обязанностей, интенсивность труда, качество труда и другое без указания конкретных измеримых параметров).

По мнению специалистов Высшей школы экономики, необходимо разрабатывать экономическую категорию эффективного контракта, смысл которого состоит во взаимовыгодных условиях для работодателя и конкретного работника. С юридической точки зрения эффективный контракт можно кратко определить как детальное (в тексте трудового договора) регулирование и нормирование труда, обеспечивающее и повышение качества работы, и повышение благ, получаемых работником от выполнения работы (как материальных (зарплата), так и нематериальных (престиж, удобный режим работы и т. п.)).

Эффективный контракт – это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки.

Отмечается, что условия оплаты труда должны быть понятны и работодателю, и работнику, не должны допускать двойного толкования, показатели и критерии должны быть измеримыми. Однако здесь мы видим противоречие, препятствующее четкому определению оценки качества здоровьеориентированной деятельности педагога и, соответственно, обоснованной оплате труда в этой области. На нынешний момент не существует системного, четкого и конкретного описания основных трудовых обязанностей педагога по сохранению, укреплению и развитию здоровья обучающихся с позиций социализации, в том числе по формированию здорового и безопасного образа жизни. Кроме того, терминология, используемая в нормативно-инструктивных документах по данному виду трудовой деятельности работников образования, не стандартизирована, не отражает реальной ситуации, современного состояния науки и практики. Следовательно, разработка проблемы оценки эффективности здоровьеориентированной деятельности педагога – дело важное, но еще не решенное.

Понятие контракта подразумевает нормирование труда (расчетные величины времени, требуемые на выполнение тех или иных трудовых обязанностей). В соответствии с приказом Министерства образования и науки РФ от 22 декабря 2014 г. № 1601 «О продолжительности рабочего времени (нормах часов педагогической работы за ставку заработной платы) педагогических работников и о порядке определения учебной нагрузки педагогических работников, оговариваемой в трудовом договоре», такое нормирование осуществляется. Что можно считать мерой по сохранению здоровья педагогов – профилактикой перенапряжения, избегания переработок, нарушений гигиены и режима труда.

Учитывая комплексность проблемы сохранения и укрепления здоровья обучающихся, мы говорим о необходимости координации усилий специалистов различных профилей. Некоторые образовательные организации, руководствуясь приказом Министерства образования Российской Федерации «Об утверждении Примерного положения о центре содействия укреплению здоровья обучающихся, воспитанников образовательного учреждения» от 15 мая 2000 года № 1418, создают структурные подразделения, целью которых является проектирование и реализация здоровьесберегающей (здоровьесозидающей) образовательной среды, функционирующей на основе идеологии культуры здо-

рevity, предполагающей формирование здорового образа жизни и организацию здоровьесозидающего уклада жизни образовательного учреждения.

Такое структурное подразделение действует на основании положения и выполняет следующие задачи:

- повышение уровня культуры здоровья как компонента общей культуры всех субъектов образовательного процесса: учащихся, педагогов, родителей, и формирование на ее основе готовности к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья других людей;
- организация внутренней среды образовательного учреждения, обеспечивающей здоровьесозидающий характер образовательного процесса и личную (коллективную) безопасность учащихся;
- создание условий, обеспечивающих уменьшение рисков заболеваемости учащихся (воспитанников) наиболее распространенными болезнями детей и подростков, в том числе обусловленными образовательным процессом и социально обусловленными заболеваниями.

Служба здоровья подчиняется непосредственно руководителю образовательной организации. В нее входят медицинские работники, педагоги-валеологи, педагоги-психологи, социальные педагоги, педагоги-организаторы по ОБЖ, специалисты по информационным технологиям, преподаватели физической культуры, экологии, биологии и другие педагогические и непедагогические работники школы. Медицинские работники участвуют в деятельности службы здоровья на основании договора о сотрудничестве государственных образовательных учреждений и городских детских поликлиник. Функциональные обязанности специалистов определяются руководителем образовательного учреждения [113, 126].

Таким образом, в локальных актах образовательной организации в большей или меньшей степени может быть отражена деятельность по сохранению, укреплению и развитию здоровья участников образовательного процесса. Однако необходимо указать, что современной тенденцией является активное участие всех заинтересованных сторон (не только администрации, но и работников, заказчиков образовательных услуг, законных представителей обучающихся) в определении сфер ответственности, полномочий и критериев качества любой деятельности организации, особенно связанной с реализацией жизненно важных аспектов образовательного процесса и среды его протекания.

Глава 2. ЗДОРОВЬЕОРИЕНТИРОВАННАЯ ЛИЧНОСТНАЯ ПОЗИЦИЯ КАК УСЛОВИЕ УСПЕШНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА

2.1. Социализация обучающихся: определения, особенности, подходы, направления

Социализация рассматривается в педагогических трудах как педагогический компонент воспитания (Л. В. Байбородова, О. С. Гребенюк, С. Л. Паладьев, М. И. Рожков и др.), как важное условие самовоспитания школьника (Г. К. Селевко), как основа формирования гармонически развитой личности, готовой и способной полноценно выполнять систему социальных ролей (Н. М. Таланчук), как процесс интериоризации человеком культуры и воплощения ее в личностном образе (Е. В. Бондаревская), как формирование образа жизни, достойного человека (Н. Е. Щуркова) и т. д.

Как пишет Д. А. Болтов, социализация осуществляется через ряд условий (факторов), к которым ученый относит целенаправленное воспитание, обучение и случайные социальные воздействия в деятельности и общении [19, с. 33–39]. По мнению А. В. Мудрика, процесс социализации есть совокупность четырех составляющих: 1) стихийной социализации; 2) относительно направляемой социализации; 3) относительно социально контролируемой социализации (воспитания); 4) более или менее сознательного самоизменения человека [89].

В контексте настоящего исследования социализация рассматривается в первую очередь как реализация социальной функции воспитания, как особая организуемая образовательная деятельность, направленная на развитие у обучающихся социальной компетентности. Как дополнительная сфера «управляемой» социализации может быть реализовано направление «относительно направляемой социализации» (А. В. Мудрик) [89] – например, социально полезная (социально одобряемая) необразовательная деятельность обучающихся (волонтерство, участие в социальных проектах, оздоровительная деятельность и пр.), однако в любом случае для образовательной организации, опирающейся в своей работе на основную образовательную программу, это лишь часть образовательной деятельности (часть воспитательной работы).

В содержании понятия «социализация» выделяются следующие компоненты:

- *когнитивный* – знания о социальных нормах, традициях, ценностях, областях их применения;
- *мотивационно-ценностный* – потребность в приобщении к позитивному социальному опыту на основе гуманистических ценностей, отношение к ценностям гражданского общества;
- *личностный* – развитие личностной позиции, личностных качеств, способствующих успешной социализации;
- *деятельностный* – осуществление социально одобряемой деятельности, демонстрация соответствующего поведения.

Человек социализируется в процессе всей жизни, проходя последовательно несколько этапов: 1) первичная социализация (процесс протекает с самого рождения до становления самой личности); 2) вторичная социализация (на данном этапе происходит перестройка личности в период зрелости и пребывания в социуме).

Этап первичной социализации можно условно разделить на три фазы (по А. В. Петровскому), успешное прохождение которых обеспечивает индивиду полноценную социализацию [117]. Первая фаза заключается в освоении социальных ценностей и норм, в результате чего ребенок усваивает культурный опыт общества. Вторая фаза определяется стремлением личности к собственной персонализации, самоактуализации и воздействию на других членов общества (самоутверждение, поиск своего места в обществе). Третья фаза заключается в интеграции каждого человека в определенную социальную группу, где он раскрывает собственные возможности.

Первичная социализация в определенные периоды взросления ребенка имеет свои особенности.

В дошкольном возрасте подготовка к социализации, прохождение ее первой фазы (развитие познавательного интереса к социуму, миру взрослых, их занятиям, а также понимание собственного Я) обеспечивается через ведущий вид деятельности – игру. На этом этапе необходимо создание условий для развития ребенка, открывающих возможности для его позитивной социализации, его личностного развития, развития инициативы и творческих способностей на основе сотрудничества со взрослыми и сверстниками (Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования).

Младший школьный возраст – период активной социализации, массового включения ребенка в коллектив сверстников и осознания социальной значимости учебной деятельности, становления гражданской идентичности ребенка как основы развития гражданского общества (Федеральный государственный стандарт начального общего образования). Этот этап развития личности, а также последующий ранний подростковый возраст условно соотносятся со второй фазой социализации.

Подростковый возраст – не менее важный этап социального развития индивида. Активно формируется чувство долга, ответственности перед обществом, подросток осваивает границы прав и обязанностей, часто нарушая их в силу психологических и физиологических особенностей своего возраста.

Успешная социализация на основе самопознания, самоактуализации и самореализации в старшем школьном возрасте является не только основой продуктивной жизни. Это еще и фактор обеспечения безопасности молодежи. Специалисты ВОЗ обращают внимание, что подростки могут активно стремиться к риску, чтобы получить ощущение владения ситуацией, а иногда – чтобы оказать сопротивление чьему-либо авторитету, поэтому среди самых распространенных причин смерти юношей и девушек 15–19 лет во всем мире были названы на втором месте – нанесенная себе самому травма, а на третьем – насилие. Старший школьный возраст условно соответствует началу третьей фазы социализации – вхождение в определенную социальную группу. Опасность представляет самостоятельный и сознательный выбор каждого юноши или девушки того общества, в которое им вступить, той субкультуры, которую принять – ряд социальных групп и субкультур имеют деструктивную идеологию и, соответственно, успешная социализация в их контексте будет являться неуспешной социализацией в гражданском обществе.

Для обучающихся в качестве основного «агента» социализации (термин Д. А. Болтова) выступает институт образования, существующий в виде конкретных образовательных организаций, которые являются инициаторами целенаправленного процесса социализации и повышения его эффективности в том числе через социальное партнерство с семьей и сетевое взаимодействие с другими организациями [19]. Поэтому субъектами социализации, помимо самого ребенка, будут вы-

ступать его родители и другие члены семьи, педагоги, сотрудники организаций непедагогического профиля, работающие с детьми, сверстники, представители различных общественных практик, имеющие авторитет в своей области и в детской аудитории, члены общественных организаций и т. д. Взаимодействие этих субъектов имеет характер социального партнерства, чертами которого являются, по мнению Т. И. Бабаевой, готовность субъектов принять общую цель, задачи, найти согласованные пути решения, добиться установления благоприятного психологического климата коммуникации [95].

Социализация как образовательный феномен – один из распространенных предметов научно-педагогических исследований. В методологии этих исследований заложены различные подходы к трактовке данного феномена. В результате анализа научно-методической литературы мы выделили четыре основных подхода:

1. *Адаптационный подход*. Социализация рассматривается как адаптация личности к условиям жизни в социуме (каком-либо коллективе и обществе в целом). Акцент делается на изменении личности, трансформации мировоззрения, моделей поведения индивида под воздействием социальных условий. При этом можно говорить об успешной социализации независимо от того, в какую социальную группу стремится влиться человек, какую субкультуру хочет принять (даже если это социальная группа, получившая негативную оценку общества, например, криминальная группировка, наркоманская субкультура). Критерием успешности социализации является полная «мимикрия» – принятие индивидом всех внешних и внутренних особенностей группы.

2. *Аксиологический подход*. Здесь социализация рассматривается в первую очередь как усвоение ценностей современного общества, причем ценностей в идеальном, гуманистическом смысле. В этом случае первостепенную роль в социализации играет духовно-нравственное развитие ребенка.

3. *Антропоцентристский подход*. Социализация рассматривается с позиций максимальной реализации интересов и возможностей личности, обеспечения ее оптимального, гармоничного развития в контексте культуры общества. По замечанию Б. М. Бим-Бада, сознание определяется преимущественно характером общества, к которому принадлежит личность, а также самой ее жизнью, задача культуры в том

и состоит, чтобы гармонизировать интересы и возможности социальных групп с запросами и склонностями личностей, в них входящих [14].

4. *Компетентностный подход*. Социализация рассматривается как набор знаний, способностей, личностных характеристик, ценностей и стремлений, приводящих к успешному функционированию индивида в социальных общностях. Именно социальные компетенции, по утверждению И. А. Зимней, стали в западной практике в 1970–90-е гг. основой для разработки компетентностного подхода в педагогике, психологии, социологии, теории менеджмента, лингвистике [45, 46].

В образовательной практике принято рассматривать следующие направления социализации [49]:

- духовно-нравственное воспитание как усвоение ребенком гуманистических ценностей (Б. М. Бим-Бад, Л. И. Божович, Б. С. Бра-тусь, А. В. Мудрик, В. В. Рубцов, В. И. Сластенин, В. И. Слободчиков и др.);

- патриотическое воспитание как усвоение ребенком категорий, декларирующих принадлежность к определенному государству (Л. В. Алиева, К. Ш. Ахияров, К. Ю. Белая, Ф. Б. Горелик, О. Л. Князева, О. В. Лебедева, В. В. Майн, С. Е. Матушкин и др.);

- гражданское воспитание как усвоение ребенком ценностей гражданского общества (часто используется иной термин – «правовая социализация») (О. Ю. Казурова, А. А. Маринюк, О. Е. Сироткин и др.);

- этнопедагогическая деятельность, т. е. передача ребенку традиций и культуры своего народа (Г. Н. Волков, Л. В. Кузнецова, Е. А. Найденова, Г. В. Нездемковская, К. И. Шилин и др.);

- развитие культуры потребления – приобретения товаров и услуг, освоение основ экономической грамотности, экологическое воспитание (В. Л. Глазычев, Г. Т. Кадырова, Н. А. Рыжова, И. А. Сасова и др.);

- формирование информационной компетентности, в том числе медиакомпетентности, для успешного становления гражданина в современном обществе (О. А. Баранов, Т. Н. Ле-ван, А. А. Левицкая, А. В. Федоров, И. В. Челышева и др.);

- содействие самоопределению и самоактуализации обучающихся: формирование адекватного образа Я, формирование стрессоустойчивости, развитие конструктивных копинг-стратегий, навыков продуктивной организации своего досуга, навыков конструктивного взаи-

модействия (в том числе коммуникативных), полоролевая идентификация – усвоение ребенком социально одобряемых форм проявления своей личности сообразно полу, возрасту, социальной роли (Н. В. Бордовская, И. В. Дубровина, А. А. Реан, О. В. Хухлаева и др.);

- содействие самореализации личности, ее социальному творчеству – поиску своего места для выполнения своей социальной миссии и для осознания своей принадлежности к определенной культуре (субкультуре), развитие и приобщение к культуре и искусству в течение всей жизни (Ш. А. Амонашвили, В. В. Зеньковский, А. В. Мудрик, А. А. Ухтомский и др.);

- усвоение здорового стиля жизни, в том числе профилактика зависимостей (Н. П. Абаскалова, Э. Н. Вайнер, О. С. Гладышева, В. Н. Ирхин, Э. М. Казин, В. В. Колбанов, И. С. Кон, А. Г. Маджуга, Н. Н. Мальярчук, Т. Ф. Орехова и др.);

- содействие приобретению обучающимися компетентности в области социальной безопасности (И. А. Баева, Д. В. Зеркалов, П. А. Кисляков и др.);

- трудовое воспитание, профориентация и профессиональное самоопределение (Н. Г. Блинова, Н. Э. Касаткина, Н. Н. Пачина, Н. С. Пряжников и др.).

Рассмотрим формируемые компетенции социализированной личности с позиций отечественных и зарубежных теорий.

Поскольку влияние различных социальных институтов (семьи, образования, «улицы», медиа и др.) на ребенка неравнозначно и имеет различную ценность и «коннотацию», можно говорить о том, что гражданское общество формулирует определенные ожидания – назовем их совокупность «компетентностной моделью социализированной личности». Эта модель может кардинально отличаться от образа представителя какой-либо субкультуры (при этом в рамках данной субкультуры индивид, максимально приблизившийся по внешним и внутренним признакам к образу, будет считаться социализированным).

В понятие социализации закладывается целый спектр свойств и качеств индивида. Рассматривая результат социализации с позиций компетентностной модели социализированной личности, можно считать критерием социализации сформированность определенных компетенций. Вот некоторые мнения о том, каковы они.

Так, например, Т. Шульц получил Нобелевскую премию (1979) за доказательство того, что подавляющее число работодателей в мире хотят иметь в качестве работников людей с набором следующих качеств: три вида здоровья (физическое, психическое и социальное – компоненты здоровья, согласно ВОЗ); два вида интеллекта (критическое мышление и творческая интуиция); совесть. Коллега ученого Г. С. Беккер получил Нобелевскую премию по экономике (1992) за доказательство того, что эти же качества являются решающими при налаживании всех так называемых непроизводственных отношений (любвных, семейных, соседских, товарищеских, дружественных и т. д.) [94].

В докладе Международной комиссии по образованию для XXI века «Образование: сокровище» Ж. Делор так определил основные компетенции современного человека: научиться познавать, научиться делать, научиться жить вместе, научиться жить [99].

Профессор, член-корреспондент РАО В. В. Сериков выделяет значимые личностные компетенции («феномены»), лежащие в основе духовности и представляющие собой основу личностно ориентированного образования (опираясь на положение Б. М. Бим-Бада о социальной природе индивидуальности человека, можно показать, что эти компетенции также составляют основу социализации личности): избирательность, рефлексия, направленность на другого, способность к поиску смысла, самоорганизованность (саморегулируемость), креативность, ответственность, самореализация (осуществление своей индивидуальности) и внутренняя свобода.

Довольно обширный список социальных компетенций представлен в трудах И. А. Зимней [45, 46]. В отечественной психологии и педагогике сформулированы положения относительно того, что человек есть субъект общения, познания, труда (Б. Г. Ананьев), что человек проявляется в системе отношений к обществу, другим людям, к себе, к труду (В. Н. Мясищев). Следовательно, по мнению И. А. Зимней, все компетенции можно разделить на три группы [45, 46]:

1. Относящиеся к самому себе как личности, субъекту жизнедеятельности:

- компетенции здоровьесбережения: знание и соблюдение норм здорового образа жизни; знание опасности курения, алкоголизма, наркомании, СПИДа; знание и соблюдение правил личной гигиены, обихода; физическая культура человека; свобода и ответственность выбора образа жизни;

- компетенции ценностно-смысловой ориентации в мире: ценности бытия, жизни; ценности культуры (живопись, литература, искусство, музыка), науки, производства, истории цивилизаций, собственной страны, религии;

- компетенции интеграции: структурирование знаний; ситуативно-адекватная актуализация знаний; расширение, приращение накопленных знаний;

- компетенции гражданственности: знание и соблюдение прав и обязанностей гражданина; свобода и ответственность, уверенность в себе; собственное достоинство; гражданский долг; знание и гордость за символы государства (герб, флаг, гимн);

- компетенции самосовершенствования, саморегулирования, саморазвития, личностной и предметной рефлексии: смысл жизни; профессиональное развитие; языковое и речевое развитие; овладение культурой родного языка, владение иностранным языком.

2. Относящиеся к взаимодействию человека с другими людьми:

- компетенции социального взаимодействия: с обществом, общностью, коллективом, семьей, друзьями, партнерами; конфликты и их погашение; сотрудничество, толерантность, уважение и принятие другого (раса, национальность, религия, статус, роль, пол); социальная мобильность;

- компетенции в общении: устном, письменном; диалог, монолог; порождение и принятие текста; знание и соблюдение традиций, ритуала, этикета; кросс-культурное общение; деловая переписка; делопроизводство; бизнес-язык; иноязычное общение; коммуникативные задачи; уровни воздействия на реципиента.

3. Относящиеся к деятельности человека, проявляющиеся во всех типах и формах его деятельности:

- компетенции познавательной деятельности: постановка и решение познавательных задач; нестандартные решения; проблемные ситуации – их создание и разрешение; продуктивное и репродуктивное познание; исследование; интеллектуальная деятельность;

- компетенции деятельности: игра, учение, труд; средства и способы деятельности: планирование, проектирование, моделирование, прогнозирование, исследовательская деятельность, ориентация в разных видах деятельности;

- компетенции информационных технологий: прием, переработка, выдача информации; преобразование информации (чтение, конспекти-

рование); массмедийные, мультимедийные технологии; компьютерная грамотность; владение электронными, интернет-технологиями.

К собственно социальным компетенциям (в узком смысле слова), согласно И. А. Зимней, относятся компетенции здоровьесбережения, гражданственности, социального взаимодействия, общения и информационно-технологическая компетенция [46].

В терминах Федерального государственного образовательного стандарта общего образования к основным компетенциям относятся:

- личностные компетенции (включая социальные компетенции в более узком значении);
- метапредметные компетенции (универсальные учебные действия – УУД);
- предметные компетенции (опыт специфической для данной предметной области деятельности по получению нового знания, который ложится в основу профессионального самоопределения).

В современной педагогике выделяются и другие компетенции (более конкретные, детальные, ориентированные на определенную сферу жизнедеятельности человека) как критерии и показатели качества социализации личности – в области межличностного общения, в области здорового образа жизни, в области профориентации, в области воспитания экологической культуры, в области реализации этнокультурного компонента образования и т. д.

Анализ научно-методической литературы и образовательной практики позволяет выделить следующие компетенции, необходимые гражданину современного общества (можно выразить их через слово «способность», которое будет подразумевать под собой совокупность компонентов, представленных ниже; кратко можно обозначить их в виде цепочки «хочу – знаю – умею – могу – делаю»):

- способность к самопознанию, саморегуляции, самоактуализации, непрерывному развитию в физическом, душевном, социальном (профессиональном и полоролевом), интеллектуальном и духовно-нравственном аспектах самоактуализации и самореализации (в том числе способность реализовывать здоровьесориентированную личностную позицию) – данная способность невозможна без способности к рефлексии, принятия ответственности и др.;
- способность опираться в своей деятельности на результаты самостоятельной мыслительной деятельности (с учетом всех видов мышления – образного, абстрактного, творческого, критического и т. д.);

- способность ориентироваться в своей деятельности на гуманистические ценности, национальные и культурные традиции и приоритеты гражданского общества;
- способность использовать информацию из любых доступных источников для решения текущих задач;
- способность конструктивно взаимодействовать – вербально и невербально – с социумом (обществом, общностью, коллективом, семьей, друзьями, партнерами) и отдельной личностью – в том числе в области кросс-культурных коммуникаций.

Обобщая описанные выше позиции, можно говорить о том, что успешность социализации выражается в способности обучающегося задавать самому себе и успешно выполнять задания при отсутствии внешних требований и побуждений, что ведет к личностным новообразованиям, а в качестве основных компонентов процесса успешной социализации (социализированности) выделяются социальная приспособленность и личностная обособленность.

Таким образом, в целом сущность успешной социализации может быть представлена как присвоение и осмысление обучающимися положительного социального опыта, основанное на гуманистических ценностях и собственном осознанном выборе, обеспечивающее гармоничное физическое, психическое и духовно-нравственное развитие индивида и его деятельность созидательного характера.

Организационные формы и содержание деятельности общеобразовательных организаций в области социализации обучающихся и воспитанников разнообразны.

1. Урочная деятельность. Социальные компетенции, особенно способность к саморегуляции, самоактуализации, непрерывному развитию и самореализации, способность опираться в своей деятельности на результаты самостоятельной мыслительной деятельности, способность использовать информацию из любых доступных источников для решения текущих задач, формируются, по замыслу разработчиков федеральных государственных образовательных стандартов, при изучении всех школьных дисциплин. Ориентация на гуманистические ценности, национальные и культурные традиции и приоритеты гражданского общества развивается наилучшим образом при изучении дисциплин гуманитарного и естественнонаучного циклов. Способность конструктивно взаимодействовать в межличностном общении и коллективной работе формируется в урочной деятельности при исполь-

зовании учителем технологий активного обучения (например, игровых, технологии кооперативного обучения или тренинговых форм работы), но наилучшим образом – во внеурочной деятельности.

2. Внеурочная деятельность. Образовательная среда предоставляет школьникам разнообразные возможности для социализации во второй половине дня (кружки, секции, научные общества, клубы по интересам, групповые занятия с психологом, соревнования, викторины, экскурсии, встречи с деятелями искусства и культуры, спортсменами, представителями различных профессий и др.). Одним из новых видов деятельности по развитию социальных компетенций школьников является проектно-исследовательская. Если говорить о методе проектов как о педагогической технологии, то эта технология предполагает совокупность исследовательских, поисковых, проблемных методов, творческих по своей сути. То есть в основе метода проектов лежит развитие познавательных навыков детей, умений самостоятельно конструировать свои знания, ориентироваться в информационном пространстве, развитие критического и творческого мышления – социальные компетенции. Проект предполагает практическую социальную направленность и конкретный общественно значимый продукт.

Система дополнительного образования обладает богатыми возможностями для социализации детей и подростков, поскольку в организациях дополнительного образования происходит интеграция личности в социально-креативную среду, где и осуществляются ее адаптация, развитие и саморазвитие в условиях усвоения и воспроизводства культуры общества [56]. Социализация в системе дополнительного образования является логическим продолжением этой деятельности в системе основного образования и будет более эффективной при условии социального партнерства с семьей и различными организациями системы образования и производственной сферы.

2.2. Здоровьеориентированная личностная позиция обучающихся как результат здоровьеформирующей деятельности

Следует отметить, что процессы социализации подчинены множеству факторов и не укладываются в круг традиционных схем и моделей трансляции социального опыта (в частности опыта здорового и безопасного образа жизни) от старших к младшим.

В нашем понимании социализацию необходимо рассматривать через совокупность следующих ее составляющих.

Социализация как механизм передачи культурного наследия. В процессе социализации младшими поколениями усваиваются общие схемы и нормы отношения к различным аспектам человеческой деятельности и культуре в целом. Содержание этого процесса применительно к сохранению здоровья обучающихся должно включать принятие базовых культурных ценностей здорового и безопасного образа жизни и способов их практического воплощения в различных видах социально ориентированной деятельности и взаимодействиях между людьми. В процессе социализации ребенок усваивает нормы и правила образа жизни (здорового или нездорового), принятые в различных социальных группах и этнических культурах; вырабатывает соответствующие стили социального поведения. Данный процесс происходит как стихийно, под влиянием множества неконтролируемых факторов, так и целенаправленно, на основе организации соответствующих социально-педагогических условий.

Социализация как многофакторный процесс. Учитывая многомерность пространств социализации ребенка в современном обществе, невозможность сведения их влияния к воздействиям отдельных агентов (например, учителей) и институтов (например, школы), можно говорить о том, что успешные модели социализации формируются в условиях сетевых взаимодействий различных институтов, их разнообразия, вариативности используемых средств и подходов, а также с учетом их относительной автономности.

Социализация как процесс, детерминированный межличностными взаимодействиями субъектов. Механизмы социализации, работающие в условиях живого общения между людьми, предусматривают учет взаимодополняющих возможностей инициирования процессов социализации детей:

- прямое подражание социальному поведению и образу жизни (здоровому или нездоровому) взрослых, включая собственно социальные, гендерные, этнические и другие аспекты образа жизни как в спонтанно возникающих, так и в целенаправленно создаваемых ситуациях;
- создание социальных ситуаций, предполагающих включение психических механизмов адаптации детей к изменениям во внешней социальной среде;

- исполнение разнообразных социальных ролей, принятых в современном обществе в целом и различных социальных группах, сопровождаемое осознанным усвоением норм и правил безопасного для здоровья поведения на основе принятия требований и ожиданий со стороны окружающих;

- формирование осмысленных представлений о здоровом и безопасном образе жизни, принятие его базовых принципов на уровне устойчивых убеждений;

- принятие произвольных решений в части ведения здорового и безопасного образа жизни на основе способности к самоанализу и рефлексии;

- развитие способности к распознаванию причинно-следственных связей между образом жизни человека (здоровым и нездоровым) и возникающими вследствие этого социальными эффектами;

- развитие мотивов самоопределения и самореализации на основе принятия ценности здоровья и здорового и безопасного образа жизни.

Социализация как процесс становления личностных регуляторов и норм поведения. С опорой на понятие интериоризации социального опыта можно утверждать, что результативность социализации состоит в присвоении личностью норм, ценностей, установок, стереотипов относительно здорового и безопасного образа жизни, выработанных обществом, в процессе проявления ребенком психической активности и осуществления определенных видов здоровьеориентированной деятельности.

Социализация как совокупность процессов социальной адаптации и творческой самореализации личности. Зачастую социализацию отождествляют с социальной адаптацией, в то время как вопросы творческой самореализации личности к понятию социализации практически не относят. Это нередко выступает барьером проектирования и распространения эффективных моделей социализации. В данной связи важно в рамках деятельностного подхода к социализации организовывать разнообразный спектр творческих «деятельностей» обучающихся, связанных с усвоением ценности здорового и безопасного образа жизни. Это позволит обеспечить реализацию принципа единства социализации и индивидуализации в образовательном процессе.

Учет представленных позиций должен способствовать эффективности здоровьесформирующей деятельности образовательных ор-

ганизаций с целью обеспечения успешной социализации обучающихся в обществе. Кроме того, важно учесть определенные трудности в оценивании уровня социализации в соответствии с проблемой качества современного образования, поскольку результаты социализации должны органично сочетаться с представлениями о целях и результатах образования и оцениваться в общем контексте системы оценки качества образования. В этой связи возникают вопросы к содержанию здоровьесформирующей деятельности образовательных организаций и ее результатам в рамках образовательного процесса.

Традиционно деятельность по сохранению и укреплению здоровья обучающихся основывается на медико-биологическом подходе, преимущественно ориентируя образовательные организации на поддержание охранных условий образовательного процесса. Основанием к применению данного подхода служат, прежде всего, неуклонный рост заболеваемости детей, констатируемый Федеральной службой государственной статистики, и установленное значительное влияние внешних факторов среды на здоровье обучающихся (в том числе связанных с образовательным процессом). В то же время, принимая во внимание, что уровень здоровья более чем на 50–60 % зависит от образа жизни (здорового или нездорового), важно стимулировать непосредственно деятельность человека по поддержанию собственного здоровья. На личную ответственность человека за состояние своего здоровья указывается и в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ст. 27). Перед педагогическим сообществом ставится задача формирования у обучающихся ряда социальных компетенций, связанных с сохранением и укреплением здоровья. В то же время достаточный уровень компетентности еще не является побуждающим фактором к изменению образа жизни человека. Соответственно, с позиции гуманизации образования и личностно ориентированной парадигмы в педагогике важно, наряду с реализацией образовательными организациями охранной стратегии здоровьесберегающей деятельности и формированием соответствующих социальных компетенций у обучающихся, развитие их личностных качеств. Данные качества должны быть направлены на актуализацию потенциала ребенка в отношении сохранения и укрепления здоровья, на организацию собственного стиля здорового и безопасного образа жизни, т. е. речь идет о формиро-

вании готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности (субъективному состоянию, означающему желание и способность сохранять и укреплять здоровье). Именно формирование готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности должно выступать основой при определении сущностной и содержательной сторон здоровьесформирующей деятельности образовательных организаций.

Концептуальные основы формирования готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности обозначены Н. В. Третьяковой. Автор рассматривает *здоровьесориентированную деятельность* как осознанную познавательную, деятельностную, поведенческую и иную активность человека, направленную на сохранение и укрепление здоровья [124, с. 51]. Соответственно, *готовность обучающихся к здоровьесориентированной деятельности* определяется как состояние мобилизации психофизиологических систем человека, позволяющее обеспечить эффективное выполнение определенных действий по сохранению и укреплению здоровья при оснащении соответствующими знаниями, умениями, навыками, программой действий и наличии решимости совершать их [124, с. 52].

Ее основными компонентами являются:

- *мотивационно-ценностный* (приоритетность ценности здоровья в системе жизненных ценностей; наличие потребности, желания, доминирующей внутренней мотивации к сохранению и укреплению здоровья);
- *когнитивный* (система знаний о здоровье, здоровом образе жизни, способах охраны и увеличения резервов здоровья; представления об особенностях и условиях здоровьесориентированной деятельности);
- *эмоционально-волевой* (ответственное отношение к собственному здоровью и здоровью окружающих; целеустремленность в сохранении и укреплении здоровья; стремление к самопознанию, саморазвитию, самовоспитанию, отраженное в индивидуальном опыте здоровьесориентированной деятельности; самоконтроль, обеспечивающий систематичность осуществления данной деятельности);
- *операционально-процессуальный* (владение способами осуществления здоровьесориентированной деятельности; перенос индивидуального опыта по сохранению и укреплению здоровья в повседневную практику);

- *оценочно-рефлексивный* (самооценка своей подготовленности и соответствия процесса решения здоровьеориентированных задач оптимальным образцам).

Формирование готовности обучающихся к здоровьеориентированной деятельности в условиях образовательного процесса должно быть связано с развитием способностей, интересов и склонностей личности, с ее непосредственными жизненными планами и ценностными ориентациями в отношении здоровья.

Детерминацию поведения человека в отношении сохранения и укрепления здоровья на уровне отдельной личности можно проследить в следующих теориях: теория убеждений о здоровье, теория здравого смысла и саморегуляции, теория причинного действия, теория социального научения, теория поиска ощущений, теория стадий изменения поведения (транстеоретическая модель), концепция отношения к здоровью.

Теория убеждений о здоровье (А. Розенсток) [150]. Теория базируется на следующих аспектах представлений о здоровье и поведении, его сохраняющем: во-первых, на восприятии угрозы (включает в себя представление о восприимчивости к болезни и ожидаемой тяжести болезни), во-вторых, на оценке поведения (включает представление об эффективности рекомендуемых мер для борьбы с болезнью и оценку требуемых усилий для реализации этого поведения). Для поведения, направленного на сохранение здоровья, необходимы внутренние (личностные, связанные с ухудшением собственного здоровья) и внешние (социальные, связанные с распространением информации о заболеваемости и смертности населения) запускающие механизмы.

Теория здравого смысла и саморегуляции (Х. Левенталь) [147]. Приверженцы данной теории предполагают, что человек, опираясь на различного рода информацию (собственный опыт или доверительные информационные источники), самостоятельно формирует собственные ментальные представления о болезнях, предварительно осмыслив их. На основании чего он затем вырабатывает стратегию совладания с болезнями, в последующем определяющую выбор адекватного копинг-поведения (одна из форм поведения, направленная на приспособление к обстоятельствам; готовность индивида решать жизненные проблемы), направленного на адаптацию к болезни. Предполагается, что представления о болезни выступают своего рода фильтром и осно-

вой для толкования информации о болезни, они же определяют реакцию человека на восприятие опасности болезни.

Теория причинного действия (И. Айзен) [142]. Согласно данной теории, поведение человека зависит от его намерений действовать в отношении здоровья определенным образом. В основе намерений лежат такие факторы, как установки человека в отношении реализации конкретных видов поведения и ранее усвоенные социальные (субъективные) нормы. Установки, в свою очередь, включают предположения о том, к каким результатам приведут конкретные действия, а также догадки о ценностности данных результатов. Субъективные нормы формируются на основании представлений о том, одобряют ли поведение окружающие, а также на основе мотивов вести себя соответственно желаниям окружающих. На оба представленных фактора оказывают влияние личностные особенности, опыт, социально-демографические характеристики, культура и т. д.

Теория социального научения (А. Бандура, С. Миллер) [143, 144]. Поведение человека рассматривается в контексте окружающей физической и социальной среды, которая оказывает решающее воздействие на связанное с охраной здоровья поведение человека, даже если это влияние им не осознается. Человек обучается данному поведению через подражание поведению других лиц (как правило, похожих на него, имеющих более высокий социальный статус и положительные результаты при данном типе поведения). Исследователи выделяют четыре ступени этого процесса: 1) внимание (человек замечает что-то в окружающей среде); 2) удержание (человек помнит, что было замечено); 3) репродукция (воспроизводит действие, копирует то, что было замечено); 4) мотивация (при благоприятном для себя исходе, в том числе отсутствии наказания за выполненное действие, возрастает вероятность того, что поведенческое действие будет повторено снова).

Теория поиска ощущений (М. Цукерман) [152]. Согласно идеям данной теории, человек стремится к таким видам активности и получения опыта, которые способствуют удовлетворению его потребности в ощущениях низкого и высокого уровня. Теория применялась для объяснения поведения человека, связанного с высоким риском для здоровья.

Теория стадий изменения поведения (транстеоретическая модель) (Дж. Прохазка) [146, 149]. В рамках теории дается описание стадий, которые человек проходит при изменении своего поведения в бла-

гоприятную для здоровья сторону: стадия, предшествующая размышлениям об изменении поведения; стадия размышлений об изменении поведения; стадия подготовки к изменениям; стадия действия; стадия поддержания изменений; завершающая стадия. Настоящая теория сформировала понимание того, что можно все население разделить на группы по признаку стадии изменения поведения и, соответственно, работать с каждой группой отдельно, изменяя старую и закрепляя новую модель поведения.

Концепция отношения к здоровью (Р. А. Березовская, И. В. Журавлева, Л. В. Куликов, Г. С. Никифоров и др.) [13, 37, 64]. В рамках данной концепции интегрируются выделенные в рассмотренных выше теориях поведения в сфере здоровья факторы, обуславливающие данное поведение на уровне личности. Здоровье выступает ведущим элементом поведения, направленного на его охрану, содержащим в себе следующие компоненты: 1) когнитивный (содержит знания человека о здоровье, о том, какие факторы оказывают на него разрушительное воздействие, а какие – позитивное, о том, какова роль здоровья в жизнедеятельности человека); 2) эмоциональный (описывает чувства и эмоции, связанные с состоянием здоровья); 3) мотивационно-поведенческий (характеризует особенности поведения человека в области охраны здоровья, а также место здоровья в структуре жизненных ценностей индивида). Положения данной концепции стали основой в исследовании Н. В. Третьяковой выделения векторов (элементов психологического пространства личности, обладающих направлением и дихотомическими проявлениями) здоровьесберегающего потенциала личности (по А. Г. Маджуге) [126, 128].

Здоровьесберегающий потенциал представляет собой динамическую систему ресурсов субъекта (когнитивных, эмоционально-волевых, физических, духовно-нравственных и пр.), используемых им для достижения целей здоровьеориентированной деятельности. Раскрывается данный потенциал через совокупность внутренних (физических (соматических), психологических и духовно-нравственных) и внешних (социальных и общественно-политических) условий, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья:

- физические (соматические) – уровень физического развития (соматометрические, соматоскопические и физиометрические показатели), наследственность, уровень состояния здоровья (наличие или

отсутствие хронических заболеваний), уровень неспецифической резистентности (сопротивляемости) организма, уровень физической подготовленности (показатели кондиционных физических качеств);

- психологические – уровень развития основных психологических процессов (восприятие, мышление, память, воображение и др.) и его соответствие установленным возрастным нормам;

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

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

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

В качестве основного проявления здоровьесберегающего потенциала выделяется стремление человека к совершенству.

Руководить данным процессом возможно в направлениях заданных векторов: здоровьесберегающая установка, метапознавательные способности и здоровьесберегающая компетентность.

Здоровьесберегающая установка определяется как психологическое состояние предрасположенности субъекта к активной позиции в отношении удержания и наращивания объема собственного здоровьесберегающего потенциала. Данная установка представлена двумя типами – первичная и вторичная. Первичная здоровьесберегающая установка создается на основе потребности в сохранении здоровья и обуславливает возникновение активности в повышении ранга ценности здоровья в системе жизненных ценностей личности. Вторичная установка образуется на основе доминирующей потребности в наращивании потенциала в условиях угрозы деформации здоровьесберегающего потенциала, что, как правило, связано с невозможностью его реализации в результате устойчивого негативного воздействия внешней среды. Данный вектор субъективно можно описать вопросом «Что я хочу иметь?».

Метапознавательные способности характеризуют индивидуальные особенности личности, позволяющие отражать, оценивать и осо-

знанно управлять познавательной системой при построении и оценке поведения, ориентированного на сохранение и укрепление здоровья. Содержательное поле данного вектора включает отражение, оценивание, управление собственной познавательной системой. Этот вектор субъективно может быть описан вопросом «На что я воздействую?».

Здоровьесберегающая компетентность характеризует уровень становления, развития и владения субъекта практическими навыками сохранения и укрепления здоровья, их применения (моделирования) в различных жизненных ситуациях, поскольку здоровьесберегающая 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. Данный вектор субъективно можно описать вопросом «Что я могу?».

Таким образом, формирование здоровьесориентированной личностной позиции обучающихся предусматривает учет обозначенных стратегических установок.

2.3. Место здоровьесформирующей составляющей в структуре профессиональной деятельности педагога

Профессия педагога полифункциональна: некоторые исследователи выделяют до 100 функций, которые приходится выполнять педагогу. В сравнении с другими профессиями учитель имеет самые большие объемы ежедневной сверхурочной работы и занятости в выходные дни, что в 1,5–2 раза превышает трудовую нагрузку большинства работников народного хозяйства. Общая величина рабочего времени зависит не только от педагогической нагрузки, но и от других факторов: специфики преподаваемого предмета, места жительства, стажа, педагогического мастерства, организации труда педагогов в школьном коллективе, личностных особенностей педагогов.

Согласно приказу Министерства образования и науки РФ от 22 декабря 2014 г. № 1601 «О продолжительности рабочего времени (нормах часов педагогической работы за ставку заработной платы) педагогических работников и о порядке определения учебной нагрузки педагогических работников, оговариваемой в трудовом договоре», рабочее время учителя рассчитано по времени, отведенному на раз-

личные виды деятельности. Что можно рассматривать как меру профилактики профессиональных заболеваний, связанных с переутомлением и эмоциональным выгоранием.

Однако в целом непонимание ключевой роли образования в развитии общества, несправедливо низкий социальный статус профессии учителя, высокие требования к его личностным и профессиональным характеристикам (таким, как высокоразвитое чувство социальной ответственности, интеллектуальное совершенство, моральная чистота и др.) при общем несовершенстве и противоречивости законодательной базы в области защиты прав педагогического корпуса способствуют не только социальной незащищенности, но и возникновению негативных эмоциональных состояний и психосоматических заболеваний российских педагогов. Кроме того, собственно педагогическая деятельность вызывает нарушения в состоянии *профессионального здоровья педагога*, которое рассматривается как способность организма сохранять и активизировать компенсаторные, защитные, регуляторные механизмы, обеспечивающие работоспособность, эффективность и развитие личности учителя в условиях протекания профессиональной деятельности.

Факторы, влияющие на состояние здоровья педагогов, можно сгруппировать и говорить о социокультурных, профессиональных и личностных факторах.

Социокультурные факторы – особенности России, обусловленные политическим строем, развитием экономики, общественным мнением, образовательной политикой государства. В частности, изменение политической и экономической ситуации в стране, ускорение темпов развития общества приводят к необходимости постоянного пересмотра педагогами жизненных ориентиров, в том числе и профессиональных. Это является сильнейшим стрессовым фактором в жизнедеятельности педагога. Чрезвычайно важно, чтобы учителя имели соответствующий социальный статус и материальный уровень жизнеобеспечения. Профессия учителя должна быть окружена общественным уважением, которого она заслуживает.

Профессиональные факторы, воздействующие на состояние здоровья педагогов, непосредственно связаны со спецификой педагогической деятельности как особого вида общественно полезной деятельности взрослых людей, сознательно направленной на подготовку

подрастающего поколения к самостоятельному существованию в соответствии с экономическими, политическими, нравственными и эстетическими целями общества и государства.

Как отмечает Н. Н. Малярчук, социокультурные и профессиональные стрессогенные факторы служат причиной быстрого «изнашивания» организма педагогов, их преждевременного старения, приводят к возникновению психосоматической патологии у 70–90 % учителей, а с увеличением педагогического стажа у них нарастают психопатологические состояния невротического или психопатического характера [80, с. 48].

Для понимания роли здоровья в профессиональной деятельности педагога важно рассмотреть такое понятие, как «внутренняя картина здоровья», введенное в научный обиход в 1990-е гг. А. Б. Орловым (как альтернатива термину А. Р. Лурии «внутренняя картина болезни») и развитое благодаря работам В. Е. Кагана, В. П. Казначеева, Б. М. Когана, И. И. Мамайчук, Г. С. Никифорова, Е. С. Романовой и других исследователей, а также их зарубежных коллег – М. Боухал, Я. Мак-Дермотт, Р. Конечный, Д. О’Коннор и т. д. Внутренняя картина здоровья передает отношение человека к своему здоровью, его чувства и знания о своих физических возможностях, биологических резервах, психофизиологических процессах, социально-личностных и морально-этических свойствах (сенситивная и интеллектуальная составляющие, по концепции А. Р. Лурии о внутренней картине болезни; структура внутренней картины здоровья – по В. П. Казначееву).

Внутреннюю картину здоровья можно определить, вслед за Г. С. Никифоровым, как один из элементов самосохранительного поведения, а в качестве компонентов рассматривать когнитивную (знания о своем здоровье и понимание роли здоровья в жизнедеятельности, знание основных факторов, оказывающих деструктивное и конструктивное влияние на здоровье), эмоциональную (отражает переживания и чувства человека, связанные с его здоровьем, особенности эмоционального состояния, обусловленные ухудшением физического или психического самочувствия), мотивационно-поведенческую (место здоровья в индивидуальной иерархии ценностей человека, особенности мотивации в области здорового образа жизни, особенности поведения в сфере здоровья, степень приверженности к здоровому образу жизни, особенности поведения в случае ухудшения здоровья) составляющие [13].

Важно отметить, вслед за В. П. Казначеевым, что в понятие внутренней картины здоровья входят определенная целевая установка и представления человека о возможных путях ее достижения [54]. Проявляется внутренняя картина здоровья через образ жизни человека. Следовательно, корректируя внутреннюю картину здоровья в сторону приоритета гуманистических ценностей, можно добиться изменения человеком своего образа жизни на здоровьесозидающий и даже здоровьесозидательный. Именно этот результат освоения основной образовательной программы проходит лейтмотивом через федеральные государственные образовательные стандарты общего образования второго поколения, что еще раз убеждает нас в том, что формирование здоровья в образовательной организации следует рассматривать в контексте педагогической позиции.

Изменение внутренней картины здоровья педагога также значительно и приводит к развитию у него здоровьесозидательной направленности профессиональной деятельности. Таким образом, гармонизация внутренней картины здоровья педагога должна являться частью программ дополнительного профессионального образования, а также других мероприятий в рамках методической поддержки профессионального совершенствования.

Сохранение индивидуального здоровья связано не только с личными мотивами педагога – самопознание, самосохранение, ответственность, подчинение этнокультурным требованиям, получение удовольствия от здоровья, достижение максимальной комфортности, возможность маневрировать в жизненных обстоятельствах, самосовершенствование [115], – но и с фундаментальными основаниями его трудовой мотивации: интерес к работе, удовлетворенность материальным вознаграждением, отношение руководителя и коллектива к педагогу.

Так, согласно нашей концепции, о которой уже было сказано ранее, здоровьесозидательная функция педагога состоит из трех компонентов: здоровьесберегающего, здоровьесформирующего и ориентированного на саморазвитие в области здоровья. Суть последнего из них заключается в том, что педагог управляет процессом своего личного и профессионального совершенствования в области здоровья и развивает свою мотивацию на здоровьесозидательную профессиональную деятельность. Предметом этого компонента функции являются формирование здоровья (в данном случае педагога, так как *нельзя вести по*

дороге, по которой не идешь сам, согласно восточной мудрости) и развитие профессиональных компетенций в области сохранения и укрепления здоровья обучающихся.

Саморазвитие в области здоровья можно рассматривать и как аспект культуры здоровья, и как аспект культуры педагогического труда. *Культура здоровья педагога* – непрерывно трансформирующаяся система знаний, ценностно-смысловых установок, эмоционально-волевого опыта педагога и его готовности к практической деятельности, направленной не только на познание, развитие и совершенствование индивидуального здоровья в качестве условия эффективной самореализации в сфере педагогического труда, но и на использование принципов, способов и средств, позволяющих сохранять здоровье обучающихся и формировать у них здоровый стиль поведения.

Культура здоровья педагога как часть педагогической культуры включает в себя:

а) ценности и идеалы здоровья, обусловленные здоровьесберегающими национальными (религиозными и светскими) традициями народа;

б) мировоззренческие аспекты здоровьесбережения и здоровьесотворчества (знания, убеждения, личная позиция);

в) формы и модели индивидуальной деятельности по сохранению и развитию здоровья;

г) способы и приемы приобщения учащихся к здоровому образу жизни.

Ведущая идея концепции развития культуры здоровья педагога – осуществление педагогом созидания здоровья воспитанников в качестве обязательной функции педагогической деятельности – с необходимостью предполагает актуализацию и активизацию внутреннего потенциала педагога и создание соответствующих внешних условий. Эта идея раскрывается через следующие положения:

1. Социально-психологическое понимание педагогической деятельности требует глубокого осознания педагогом своей изначальной профессиональной принадлежности, причастности к культуре. Здоровьесозидающее начало присуще педагогической деятельности в силу ее гуманитарности и гуманистической направленности.

2. Выступая в качестве субъекта здоровьесозидающей деятельности (ЗСД), педагог обязан представлять рациональные образцы и нор-

мы поведения, позволяющие без ущерба для здоровья обеспечить высокое качество обучения, воспитания и развития обучающихся, давать им конкретные рекомендации по сбережению индивидуального здоровья, направлять их на приобщение к здоровому образу жизни.

3. Поскольку в современных условиях миссия обеспечения и развития здоровья детей ложится на плечи нередко соматически ослабленного, профессионально выгоревшего педагога, здоровьесозидающая профессиональная деятельность требует прежде всего раскрытия его внутреннего (духовного, душевного, телесного) потенциала.

4. В качестве обязательного условия ЗСД педагогов необходимо рассматривать создание в образовательной организации здоровьеразвивающей воспитательной системы посредством 1) постановки воспитательных целей, направленных на обеспечение здоровья субъектов образовательного процесса; 2) «вращения» валеологически компетентного педагогического коллектива; 3) развития психологически комфортных отношений между участниками учебно-воспитательного процесса; 4) создания доминанты в управленческой деятельности, направленной на организацию жизнеспособности всей системы; 5) организационного, материального и методического обеспечения ЗСД педагогов.

Результаты исследований Н. Н. Малярчук, Л. М. Митиной, Н. Н. Нежикиной и других ученых [81, 82, 83, 87, 91] свидетельствуют, что тогда происходит улучшение здоровья не только педагогов (формирование у них позитивного образа собственного Я в профессиональном сознании, нормализация самочувствия (уменьшение интенсивности признаков эмоционального выгорания и вегетосоматических симптомов), сокращение обострений хронических заболеваний (гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, остеохондроза и др.), выстраивание собственной «тропы индивидуального здоровья», разработка и применение авторских способов ЗСД), но и обучающихся (рост уровня и индекса их здоровья, освоение ими здорового стиля поведения).

Среди направлений саморазвития педагога в области здоровья первостепенную значимость имеет формирование здорового стиля жизни, основными компонентами которого являются:

- режим дня – оптимальное чередование труда и отдыха, достаточное количество сна, распределение занятий в соответствии с суточными биоритмами человека;

- двигательная активность – подвижный образ жизни, занятия физической культурой и спортом, прогулки на свежем воздухе, зарядка, физкультминутки в процессе работы;
- режим питания – сбалансированный разнообразный рацион и своевременный прием пищи;
- питьевой режим – употребление достаточного количества питьевой воды;
- закаливание – сон в прохладном проветренном помещении, контрастный душ, обливания, обтирания, воздушные и солнечные ванны, хождение босиком на природе в теплое время года и т. п.;
- отказ от вредных привычек: курения, злоупотребления алкоголем, неумеренности в пище или, наоборот, склонности к изнурению себя диетами, чрезмерного увлечения компьютером или телевидением и т. п.;
- психологическое благополучие – понимание своего места и предназначения в мире, знание себя и самопринятие, способность адекватно оценивать и контролировать свои физические, эмоциональные и интеллектуальные ресурсы, позитивный взгляд на окружающий мир и т. п.

Последнее особенно важно для организации здоровьеориентированной деятельности педагога, поскольку зачастую его действия, не способствующие сохранению и укреплению здоровья обучающихся, связаны со стремлением избежать «растраты себя» (по выражению Н. Н. Малярчук), что, естественно, свидетельствует о наличии у педагога профессиональных деструкций [83]. Вместе с тем, осознание педагогом мотивов своего профессионального поведения также значимо для саморазвития в области реализации здоровьесозидающей функции. Согласно классификации Н. В. Солнцевой [116] и развивающей ее идеи позиции Н. Н. Малярчук [80, с. 51–56], потребности в социофилии, понимании, аффилиации и ряд других в структуре профессионального сознания и поведения специалиста педагогической профессии свидетельствуют однозначно о здоровьеориентированном характере его педагогического труда. А потребности в признании, доминировании, зависимости, избегании неудач, порядке (повиновении), одобрении коллег и руководства, привлечении внимания и т. п. приводят к тому, что профессиональное поведение перестает быть здоровьеориентированным в отношении обучающихся.

Не менее значимое направление – актуализация внутренних (духовных, душевных, телесных) ресурсов педагога. Под *актуализацией духовных ресурсов* в данном случае понимается осознание педагогом своей здоровьесозидающей миссии в контексте социально значимого педагогического труда и гуманистической направленности профессии. Актуализация душевных ресурсов – это развитие когнитивных, волевых, эмоциональных и психофизиологических возможностей педагога, необходимых для преодоления стрессовых ситуаций. Актуализация телесных ресурсов – это сохранение и укрепление соматического, физического и репродуктивного здоровья, а также раскрытие функциональных резервов организма. И еще одно важное направление – самосовершенствование в здоровьесозидающей профессиональной деятельности, что предполагает приобретение соответствующих профессиональных знаний, навыков, умений и опыта, а также формирование валеологической компетентности – способности и готовности педагога к их практическому использованию.

Глава 3. СПЕЦИФИКА ПОСТРОЕНИЯ ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА С УЧЕТОМ ВОЗРАСТНЫХ И ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

3.1. Специфика здоровьесформирующей деятельности с детьми с ограниченными возможностями здоровья

Реализация прав детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и детей-инвалидов на образование как основное и неотъемлемое условие их успешной социализации, обеспечения полноценного участия в жизни общества, эффективной самореализации в различных видах профессиональной и социальной деятельности заявлена одной из важнейших задач государственной политики Российской Федерации в области образования.

В соответствии с Конституцией РФ (от 12 декабря 1993 г.), Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» (от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ), Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ в ред. от 29 декабря 2015 г.), федеральными государственными образовательными стандартами для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и рядом других нормативно-правовых документов федерального, регионального и локального уровней, основной задачей в области реализации права на образование детей с ОВЗ и детей-инвалидов является создание в учебных заведениях условий для получения образования всеми детьми указанных категорий с учетом их психофизических особенностей.

Следует уточнить, что дети с ОВЗ – это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ общего образования вне специальных условий обучения и воспитания, т. е. это дети-инвалиды либо дети в возрасте до 18 лет, не признанные в установленном порядке детьми-инвалидами, но имеющие временные или постоянные отклонения в физическом и (или) психическом развитии и нуждающиеся в создании специальных условий обучения и воспитания. Они могут иметь разные по характеру и степени выраженности нарушения в физическом и (или) психическом развитии (на-

рушения слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, задержки психического развития, интеллекта, расстройства аутистического спектра и множественные нарушения развития) в диапазоне от временных и легко устранимых трудностей до постоянных отклонений, требующих адаптированной к их возможностям индивидуальной программы обучения или использования специальных образовательных программ, а также в некоторых случаях – специальных средств образования (например, тифлокомпьютерные технологии).

Несмотря на наличие специализированных коррекционно-образовательных учреждений, непосредственно предназначенных для организации обучения детей с ОВЗ и детей-инвалидов (хотя их число в связи с курсом на инклюзивное образование резко сокращается), сегодня становится актуальным в условиях образовательных организаций общего типа обеспечить процесс интеграции (инклюзии) данных детей в общеобразовательную среду вместе с нормально развивающимися сверстниками через создание специальных (коррекционных) классов или непосредственное их включение в классы с детьми, не имеющими нарушений развития.

Перспективность данной интеграции очевидна, учитывая существующую в стране тенденцию к увеличению численности детей с ОВЗ и детей-инвалидов. Так, по данным Федеральной службы государственной статистики, в 1980 г. число детей данной категории составляло 53 тыс. человек, на начало 2012 г. – 560 тыс. человек; рост, таким образом, составил 956,6 %.

По данным исследователей, в России около 13 млн инвалидов, из которых примерно 700 тыс. – дети школьного возраста. Из них около 170 тыс. нигде не учатся и только около 100 тыс. детей-инвалидов посещают общеобразовательную школу [30, с. 13]

Исследования Научного центра здоровья детей Российской академии медицинских наук (НЦЗД РАМН) показывают, что рост числа детей-инвалидов происходил преимущественно за счет лиц подросткового возраста (10–16 лет включительно) и в результате тяжелого течения инфекционных заболеваний или соматической патологии (34,5 %). В частности, в структуре патологии, выявляемой у детей, как и в структуре причин инвалидности, ведущие ранговые места занимают травмы с отравлениями, болезни органов пищеварения и кожи, болезни нервной, костно-мышечной и мочеполовой систем, что требует при-

нения соответствующих предупреждающих и коррекционных мер по недопущению перехода ребенка с соматической патологией в класс детей с ОВЗ и инвалидностью.

Включение (инклюзия) детей с ОВЗ и детей-инвалидов в образовательные учреждения общего типа позволит обеспечить им постоянное общение с нормально развивающимися детьми, тем самым способствуя эффективному решению проблем их социальной адаптации и интеграции в общество.

Однако, несмотря на то, что каждый ребенок независимо от степени соматической патологии и тяжести инвалидности имеет возможность реализовать свое право на образование в учреждениях любого типа с использованием необходимой специализированной помощи, услугами специальных учреждений пользуются далеко не все. Многие учатся в образовательных организациях общего типа, где для них не предусмотрено необходимых условий, в том числе и кадровых (хотя, согласно Федеральному закону «Об образовании в Российской Федерации», такие условия должны быть), или не учатся совсем, что также имеет место быть. В свою очередь, включение детей с ОВЗ и детей-инвалидов непосредственно в образовательную среду учреждения (очное обучение) требует учета специфики ряда пространств, обеспечивающих их социализацию: собственно содержание образования, реализуемое с учетом требований федеральных государственных образовательных стандартов общего образования; жизненный уклад образовательной организации общего типа; организация деятельности детей в условиях урочной, внеурочной деятельности; непосредственная социальная микросреда; организация деятельности в рамках дополнительного образования детей; открытое информационное пространство.

Следует сказать, что направления решения данной проблемы обозначены в проекте Концепции Федерального государственного образовательного стандарта для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья 2013 г. Настоящим документом предусмотрено четыре базовых варианта дифференциации образовательного стандарта для детей с ОВЗ (А, В, С и D), характеризующихся по таким параметрам, как итоговый уровень образования и соотношение «академического» и социального компонентов; структура основной образовательной программы, адаптированной образовательной программы; резуль-

таты обучения на каждой ступени; условия, которые должны быть созданы для получения образования каждого уровня. Дифференциация на данные уровни обусловлена уровнем отклонения в физическом и (или) психическом развитии ребенка с ОВЗ и его возможностью обучаться в среде нормально развивающихся сверстников.

В условиях большинства средних общеобразовательных школ возможна реализация первых двух вариантов стандарта, когда ребенок с ОВЗ может быть включен в среду нормально развивающихся сверстников, а школа способна обеспечить специальные условия обучения и воспитания. Основное внимание в этом случае обращается на формирование у детей с ОВЗ и детей-инвалидов полноценной жизненной компетенции, возможности использования ими полученных знаний в реальных условиях (проект Концепции Федерального государственного образовательного стандарта для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья):

- овладение социально-бытовыми умениями, используемыми в повседневной жизни;
- овладение навыками коммуникации;
- дифференциация и осмысление картины мира и ее временно-пространственной организации;
- осмысление своего социального окружения и освоение соответствующих возрасту систем ценностей и социальных ролей.

Изучение и анализ имеющегося опыта социальной адаптации детей с ОВЗ и детей-инвалидов в образовательных организациях общего образования позволяют сегодня построить целостную Программу обеспечения социальной адаптации данной категории детей и их интеграции в образовательную среду общеобразовательной школы (далее – Программа).

Настоящая Программа определяет консолидированную стратегию действий субъектов образовательного процесса (учащиеся и их родители, педагогические работники и иные сотрудники школы, общественные городские организации и др.) по созданию системы интегративного включения детей с ОВЗ и детей-инвалидов в образовательную среду общеобразовательной школы, гарантирующую родителям (законным представителям), воспитывающим данную категорию детей, соблюдение принципов государственной политики в области образования: общедоступность и качество образования, адаптивность

образовательной системы к уровням и особенностям развития и подготовки учащихся и воспитанников к успешной социализации в обществе.

Целью Программы является создание эффективной системы интегративного включения детей с ОВЗ и детей-инвалидов в образовательную среду с целью обеспечения их успешной социализации в обществе посредством доступности качественного образования и его адаптированности к потребностям учащихся.

Реализация Программы предполагается через организацию мероприятий по созданию инклюзивной социокультурной среды образовательного учреждения, обеспечивающей право на получение образования любому ребенку с ОВЗ и ребенку-инвалиду, с учетом свободного выбора места обучения (на дому или в школе) и формы получения образования (очная или дистанционная).

При этом *задачами* Программы являются:

1) обеспечение доступности качественного образования для всех категорий учащихся в соответствии с требованиями ФГОС и с учетом образовательных потребностей обучающихся;

2) создание равноценных условий для организации образовательного процесса обучения детей с ОВЗ и детей-инвалидов через организацию рабочих мест в типовых классах, а также путем специального переоборудования и приспособления помещений школы под их нужды;

3) интеграция (инклюзия) детей с ОВЗ и детей-инвалидов в образовательную среду посредством организации образовательного процесса с применением дистанционных образовательных технологий (дистанционного обучения) и непосредственного включения в классы;

4) использование в образовательном процессе новых технологий обучения и воспитания, новейших достижений информационных и телекоммуникационных технологий, позволяющих педагогам инклюзивной практики успешно учить на школьном уроке всех детей без исключения;

5) обеспечение медико-социального и психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ и детей-инвалидов;

6) определение образовательных результатов учащихся, учитывающих уровень их личностного развития и социализации; создание системы их оценивания;

7) обеспечение межведомственного взаимодействия и координации специалистов, задействованных в образовательном процессе.

В достижении цели и решении поставленных задач необходимо принимать во внимание следующие *теоретико-методологические подходы*: системно-деятельностный, онтогенетический, холистический и культурологический.

Системно-деятельностный подход заключается в выявлении системообразующих факторов в координации деятельности по обеспечению успешной социализации детей с ОВЗ и детей-инвалидов, в соотношении частных задач с общей целью.

Онтогенетический подход предполагает рассмотрение стратегий отношения человека к себе, своему здоровью, своему месту в обществе в различные периоды онтогенеза и учет этих особенностей при разработке содержательно-процессуальных основ построения индивидуальных образовательных траекторий детей с ОВЗ и детей-инвалидов.

Холистический подход предусматривает рассмотрение процесса социализации в единстве всех его компонентов (содержательного, процессуального, оценочного и др.) и признание наиболее эффективной стратегией интеграцию усилий специалистов различного профиля в обеспечении успешной социализации.

Культурологический подход направлен на решение задач интеграции детей с ОВЗ и детей-инвалидов в культуру и общество и формирование фундамента для их включения в образовательный процесс на основе использования потенциала культуры для развития их культурных потребностей и способности к творческому участию в практиках культуры.

В основу Программы положены следующие принципы:

правовые принципы:

- социальная ответственность государства и общества;
- признание ценности человека независимо от его возможностей и достижений;
- принцип равенства прав и возможностей (признание потребности, прав и необходимости обучения для каждого ребенка);
- социальная ответственность семьи (воспитание, обучение и развитие ребенка, создание надлежащих условий для развития его природных способностей, участие в образовательно-реабилитационном процессе);

организационно-педагогические принципы:

- создание благоприятной социальной ситуации развития и обучения каждого ребенка с ОВЗ и ребенка-инвалида в соответствии с его

возрастными и индивидуальными особенностями, особыми образовательными потребностями;

- взаимодействие обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов с нормально развивающимися сверстниками;

- приобщение обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов к социокультурным нормам, традициям семьи, общества и государства;

- обратная связь (постоянный контроль за деятельностью субъектов образовательного процесса на основе обратной связи с целью принятия соответствующих корректировочных и предупреждающих решений);

- единоначалие в управлении и коллегиальность в выработке решений – предполагает, что любое принимаемое решение разрабатывается коллегиально (это означает всесторонность (комплексность) его разработки, учет мнений многих специалистов по различным вопросам социализации);

- междисциплинарный подход к образованию детей с особыми образовательными потребностями;

- индивидуальный подход в определении цели воспитания, развития и обучения ребенка с ОВЗ и ребенка-инвалида;

- межведомственная интеграция и социальное партнерство.

Особое внимание в области социализации обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов следует обращать на формирование здоровьесориентированной личностной позиции и приобщение таких обучающихся к здоровому образу жизни. В основе этого запроса находится социально-ценностная модель здоровья, принятая Всемирной организацией здравоохранения, где качество жизни приоритетно над физическими кондициями человека. Так, успешный и реализовавшийся в жизни инвалид, ощущающий свое благополучие и не испытывающий дискомфорта от нарушения здоровья, считается, согласно этой модели, здоровым человеком. Таким образом, для достижения состояния физического, психического и социального благополучия ребенку с ОВЗ или инвалиду важно определить свой индивидуальный маршрут приобщения к здоровому образу жизни с учетом имеющихся у него ресурсов.

Специалисты указывают, в первую очередь, на то, что образование является для таких детей средством и средой для успешной социализации. Ряд ученых (А. А. Баранов, Н. Н. Ваганов, С. А. Валиул-

лина, Н. А. Голиков, Н. Г. Короткий, Е. К. Мочалок и др.) рассматривают роль образования в оптимизации качества их жизни, т. е. извлечении наилучшего результата из возможных, с учетом состояния здоровья, условий жизнеобеспечения. Н. А. Голиков отмечает, что для ребенка, отнесенного к категории детей-инвалидов, важно создать атмосферу безопасного самопознания, снятия чувства страха в общении со сверстниками и взрослыми, вызванного чувством своей ущербности [29]. Это справедливо, на наш взгляд, и для обучающихся, не имеющих статус инвалида, но имеющих нарушения здоровья.

В здоровьесформирующей деятельности по отношению к таким обучающимся педагогу необходимо учитывать ряд рекомендаций. Дети с особенностями здоровья, имея собственный опыт нездоровья, нуждаются в развитии жизнестойкости, ресурсного отношения к здоровью (когда акцент личностного развития в отношении к здоровью переносится с негативного опыта на поиск позитивных ресурсов самосовершенствования, самореализации). Дети с нарушенным здоровьем особенно нуждаются в индивидуальных и групповых занятиях, направленных на психолого-педагогическую коррекцию их отношения к здоровью, с участием их семей (вовлечением семьи в процесс психолого-педагогической коррекции). Действенным способом развития жизнестойкости детей с нарушенным здоровьем как проявления здорового образа жизни является демонстрация и обсуждение примеров людей с ограниченными возможностями здоровья, которые, несмотря на свой недуг, стали успешными в жизни.

Важным аспектом формирования здорового и безопасного образа жизни детей с нарушенным здоровьем является отработка с ними практических навыков соблюдения личной гигиены, организации режима дня (и, в частности, культуры учебного труда), питания, навыков конструктивного социального взаимодействия и т. д. – с учетом специфики их нозологии. В этом смысле важную роль должны играть тьюторы – педагогические работники сферы образования в области формирования социальных компетенций детей и подростков, в том числе связанных с сохранением и укреплением здоровья, обеспечением безопасности обучающихся, развитием физической культуры. Такой специалист не просто «возит коляску», но оказывает педагогическую поддержку и содействие в самоактуализации и самореализации, помогает обучающемуся определить особенности личного стиля жиз-

ни, ориентированного на здоровье, разработать и реализовать индивидуальную программу развития в области здоровья и физической культуры с учетом ограничений здоровья.

3.2. Особенности организации здоровьесформирующей деятельности с детьми, имеющими нарушения социальной, психологической или функциональной адаптации

Свойство организма приспосабливаться к действию различных факторов окружающей среды рассматривается как *адаптация*.

Понятие *адаптации* было впервые сформулировано известным американским физиологом У. Кенноном (1871–1945) как обозначение совокупности функциональных реакций организма на неблагоприятные воздействия внешней среды, направленных на сохранение собственного организму уровня гомеостаза. В настоящее время под адаптацией понимают формирование приспособительных реакций организма не только при действии неблагоприятных или экстремальных (стрессорных) факторов среды, но и при действии обычных (неэкстремальных) факторов [42]. В этой связи особое значение в последние годы приобрела проблема адаптации детей и подростков к учебному и воспитательному процессам в образовательных организациях.

Биологические механизмы адаптации изучены пока недостаточно. Показано, что любые приспособительные реакции в организме осуществляются под контролем центральной нервной системы благодаря формированию специальных функциональных систем адаптации, включающих корковые и подкорковые отделы головного мозга и эндокринные железы. Особое значение в формировании защитных реакций организма в условиях экстремальных воздействий (стресса) отводится гипофизу и надпочечникам, синтезирующим так называемые адаптивные гормоны. Деятельность эндокринных желез осуществляется под контролем подкоркового отдела головного мозга – гипоталамуса и гипофиза, образующих единую функциональную систему.

Адаптация человека к условиям среды, являясь общебиологическим свойством всего живого, вместе с тем характеризуется качественной особенностью – она носит ярко выраженный социальный характер.

Ребенок, как существо социальное, прежде всего должен приспособляться к действию факторов социальной среды и вырабаты-

вать целесообразные поведенческие реакции для данной социальной микрогруппы: семья, ясли, детский сад, школа и т. п. При этом адаптация детей и подростков не является пассивной приспособительной реакцией организма, она представляет собой активный процесс приспособления их высшей нервной и психической деятельности к соответствующим условиям коллектива.

Учителю и воспитателю необходимо знать, что адаптационные возможности детей и подростков существенно меньше, чем у взрослого человека, поэтому детей следует оберегать от резких изменений условий жизни, от действия непривычных для них раздражающих факторов. Например, медико-биологические исследования процессов адаптации детей свидетельствуют, что при поступлении ребенка в ясли, детский сад или школу все физиологические системы его организма начинают работать в напряженном режиме, что в некоторых случаях приводит к задержке физического развития, снижению резистентности организма и развитию различных заболеваний [8]. Обнаружено, что степень напряжения физиологических систем ребенка при резкой смене условий жизни определяется состоянием его нервной системы, его возрастом (эндогенные факторы) и адекватным воспитанием (экзогенные факторы). Дети с сильной нервной системой и уравновешенными нервными процессами, эмоционально менее возбудимые обладают большими адаптационными возможностями. Значительное влияние на ход адаптации оказывает неблагоприятный биологический анамнез ребенка: патологическое течение беременности у матери, неблагоприятные роды, частые заболевания ребенка, травмы головного мозга [34].

Резко снижаются адаптационные возможности организма детей и подростков в критические периоды развития.

Нарушение адаптации рассматривается как дезадаптация.

Дезадаптация – относительно кратковременное ситуативное состояние, являющееся следствием воздействия новых, непривычных раздражителей изменившейся среды, сигнализирующее о нарушении равновесия между психической деятельностью и требованиями среды.

Дезадаптацию можно определить как затруднение, осложненное какими-либо факторами приспособления к меняющимся условиям, выражающееся в неадекватном реагировании и поведении личности.

Выделяют следующие *типы дезадаптации* [85]:

1. В учреждениях образования чаще всего присутствует так называемая школьная дезадаптация.

Школьная дезадаптация – это несоответствие психофизического и социопсихологического состояния ребенка требованиям школьного обучения, при котором овладение знаниями, умениями и навыками становится затруднительным, в крайних случаях – невозможным.

2. *Социальная дезадаптация* в педагогическом аспекте – это особый вид поведения несовершеннолетнего, который не соответствует основным принципам поведения, признанным повсеместно обязательными для детей и подростков. Она проявляется в нарушении норм морали и права; в асоциальном поведении; в деформации системы ценностей, внутренней саморегуляции, социальных установок; в отчуждении от основных институтов социализации (семьи, школы); в резком ухудшении нервно-психического здоровья; в увеличении подростковой алкоголизации, склонности к суициду.

Социальная дезадаптация – более глубокая степень дезадаптации, чем школьная. Ей свойственны асоциальные проявления (сквернословие, курение, употребление алкоголя, дерзкие выходки) и отчуждение от семьи и школы, что приводит к снижению или утере мотивации к учению, познавательной деятельности; к трудностям в профессиональном определении; снижению уровня нравственных и ценностных представлений; снижению способности адекватной самооценки.

В зависимости от степени, глубины деформации социализации выделяют две стадии дезадаптации. Первая стадия социальной дезадаптации представлена педагогически запущенными учащимися; вторая – социально запущенными [85].

Социальная запущенность характеризуется глубоким отчуждением от семьи и школы как основных институтов социализации. Формирование таких детей идет под влиянием асоциальных и криминальных групп. Для детей характерно бродяжничество, безнадзорность, наркомания; они профессионально не ориентированы, к труду относятся негативно.

Выделяют несколько факторов, влияющих на процесс дезадаптации подростков [119]:

- наследственность (психофизическая, социальная, социокультурная);

- психолого-педагогический фактор (дефекты школьного и семейного воспитания);
- социальный фактор (социальные и социально-экономические условия функционирования общества);
- деформация самого общества;
- социальная деятельность самого индивида, т. е. активно-избирательное отношение к нормам и ценностям своего окружения, его воздействию;
- социальная депривация, переживаемая детьми и подростками;
- личностные ценностные ориентации и способность к саморегулированию своего окружения.

Кроме социальной дезадаптации выделяют также 1) *патогенную дезадаптацию*: вызвана отклонениями, патологиями психического развития и нервно-психическими заболеваниями, в основе которых лежат функционально-органические поражения нервной системы (олигофрения, умственная отсталость и т. д.); 2) *психосоциальную дезадаптацию*: вызвана половозрастными и индивидуально-психологическими особенностями ребенка, которые обуславливают его определенную нестандартность, трудновоспитуемость; требует индивидуального подхода и применения специальных психосоциальных и психолого-педагогических коррекционных программ [85].

В данном случае речь идет о некоторых личностных психологических особенностях, затрудняющих социальную адаптацию детей и подростков. К ним могут относиться различные черты характера; неадекватное проявление самооценки; нарушение эмоционально-волевой и коммуникативной сферы.

Основными направлениями работы с дезадаптированными детьми и подростками являются [133]:

1) Ранняя диагностика детей «группы риска». Здесь нужно держать в поле внимания некоторые группы детей с повышенным риском развития дезадаптивных форм нарушения поведения:

- гиперактивные дети;
- дети, воспитывающиеся в семьях с разными уровнями социальной дезадаптации (неблагополучные);
- дети, находящиеся под гиперопекой родителей;
- дети с высокой наследственной отягощенностью психически-ми и психосоматическими заболеваниями.

2) Консультативно-разъяснительная работа с родителями и педагогами.

3) Активизация воспитательных усилий среды, работа с контактными группами подростков, в том числе с семьей.

4) Организация специализированной коррекционно-реабилитационной работы в соответствии с уровнем дезадаптации ребенка.

5) Разработка и реализация целевых программ и технологий, направленных на профилактику нарушений поведения.

6) Создание коррекционных и реабилитационных программ на основе психологической и педагогической диагностики.

Н. И. Никитина выделяет следующие направления работы педагога по профилактике дезадаптивного поведения [93]: 1) раннее выявление детей группы риска; 2) консультативно-разъяснительная работа с родителями и педагогами; 3) мобилизация воспитательного потенциала среды; 4) работа с референтной группой; 5) социально-педагогический патронаж дезадаптированного несовершеннолетнего; 6) привлечение необходимых специалистов.

Непременным требованием *психолого-педагогического сопровождения учащихся* в школе являются наблюдение и работа с учащимися группы риска дезадаптации [127]. В данную группу входят учащиеся 1-х классов – адаптация к систематическому обучению; 5-х – адаптация к кабинетной системе обучения, предметному обучению; 9-х – адаптация к профильному обучению; 11-х – адаптация к вузовской системе обучения; учащиеся, изменяющие маршрут обучения в процессе ротации; учащиеся-дезадаптанты и учащиеся с девиантным поведением.

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

Дети с девиациями поведения, дети со сформированной зависимостью требуют специального педагогического подхода ввиду того, что методы первичной педагогической профилактики, актуальной для

учащихся с нормальным развитием личности, для них не эффективны. Индивидуальная и групповая коррекционная работа с ними в области приобщения их к здоровому образу жизни должна быть направлена на выявление и устранение индивидуальных факторов деформации картины здоровья, повышение ценности здоровья и жизни, поиск позитивных стимулов к удержанию от проявлений девиантного поведения, создание для них ситуации социальной успешности в контексте приобщения к здоровому образу жизни. Одним из эффективных способов такой работы является вовлечение учащихся с девиантным поведением в волонтерскую деятельность, в том числе направленную на приобщение ровесников и детей младшего возраста к экологически целесообразному, здоровому и безопасному образу жизни.

Дети, попавшие в трудные жизненные ситуации (дети из семей группы риска социального сиротства, социально уязвимые обучающиеся, дети-мигранты, дети-сироты), как правило, имеют наглядный пример деструктивного отношения взрослых к своему здоровью, ценность здоровья и жизни у них часто снижена. Со стороны педагога требуются максимально корректный, недирективный способ взаимодействия, демонстрация позитивных альтернатив иного стиля жизни, способов конструктивного решения конфликтов, в том числе личностных. Важно вовлечь таких учащихся в социальные практики (например, в волонтерскую деятельность, экологические проекты и т. п.), где они будут ощущать свою востребованность, причастность к социально значимой деятельности, одновременно получают опыт успешности и, вместе с этим, «пропустят через себя» знания в области здорового и безопасного образа жизни, сами станут их трансляторами.

3.3. Специфика здоровьесформирующей деятельности с одаренными детьми

Одаренность – наличие высоких способностей у какого-либо человека. Это качественно своеобразное сочетание способностей, от которого зависит возможность достижения большего или меньшего успеха в выполнении той или иной деятельности (по Б. М. Теплову). При этом одаренность понимается не как механическая совокупность способностей, а как новое качество, рождающееся во взаимовлиянии и взаимодействии компонентов, которые в нее входят.

Одаренность обеспечивает не успех в какой-либо деятельности, а только возможность достижения этого успеха. Кроме наличия комплекса способностей для успешного выполнения деятельности человеку необходимо обладать определенной суммой знаний, умений и навыков. Так, Н. А. Бельская указывает на то, что существует два подхода к пониманию сущности одаренности [11]: первый заключается в том, что одаренность трактуется как общая предпосылка творческого развития и становления творческой личности; во втором случае данный феномен рассматривается с позиций наличия экстраординарных результатов деятельности индивида, т. е. как совокупность всех ресурсов личности, эффект взаимодействия которых реализуется в экстраординарном (неповторяемом, эксклюзивном) достижении.

В связи с тем, что в практике не нашла преобладающее выражение ни одна из этих точек зрения, можно рассматривать здоровьесформирующую деятельность педагога по отношению к одаренным детям как педагогическое сопровождение процесса выявления и раскрытия определенных способностей обучающегося на основе осознания им ценности здоровья и выбора такого образа жизни, который бы позволил достичь высоких результатов в выбранной деятельности, т. е. реализовать потенциал своих неординарных способностей, не ухудшая свое здоровье.

Способности – это свойства личности, являющиеся условием успешного осуществления определенного рода деятельности. Они не сводятся к имеющимся у индивида знаниям, умениям, навыкам. Они обнаруживаются в быстроте, глубине и прочности овладения способами и приемами некоторой деятельности и являются внутренними психическими регуляторами, обуславливающими возможность их приобретения [92, с. 410].

Одаренность может быть специальной – одаренность к одному виду деятельности, и общей – одаренность к разным видам деятельности.

Обращаясь к утвержденной Президентом Российской Федерации 3 апреля 2012 года Концепции общенациональной системы выявления и развития молодых талантов, обозначим области, в которых могут проявляться неординарные способности (таланты) обучающихся:

- интеллектуальная деятельность (в том числе позволяющая получить высокие результаты в точных и естественных науках);

- творческая деятельность (в том числе позволяющая получить выдающиеся результаты в гуманитарных науках, искусстве);
- спортивная деятельность (в том числе позволяющая получить значимые достижения в области того или иного вида спорта).

Таким образом, одаренность понимается как высокий уровень каких-либо способностей, который либо уже проявляется у ребенка, либо существует потенциально, т. е. может быть развит при наличии благоприятных условий.

Основными принципами общенациональной системы выявления и развития молодых талантов являются приоритет интересов обучающегося и забота о его здоровье, индивидуальный подход в обучении и др. В связи с этим важно организовывать здоровьесформирующую деятельность в отношении одаренных детей как индивидуальное сопровождение.

Сопровождение в педагогике рассматривается в широком смысле как процесс взаимодействия субъектов образовательного процесса, направленный на обеспечение качественных условий реализации образовательных программ. По мнению В. А. Сластенина, И. А. Колесниковой, это «процесс заинтересованного наблюдения, консультирования, личностного участия, поощрения максимальной самостоятельности ученика в проблемной ситуации при минимальном по сравнению с поддержкой участии педагога» [101, с. 129]. С таким пониманием созвучна природа тьюторства как нового и при этом органично развивающегося явления в современном образовании. По мнению И. Б. Ворожцовой, тьюторство – технология оказания персонифицированной помощи индивидууму в развитии каких-либо компетенций. Миссия тьюторства – «в индивидуализации образовательного движения учащегося через обеспечение для него возможности собственных выборов в образовательной деятельности» [24, с. 28].

По нашему мнению, тьюторство в области здорового образа жизни – это один из аспектов профессионального функционала каждого педагога, который заключается в сопровождении процесса выбора и реализации обучающимся здорового стиля жизни, соответствующего его индивидуальным особенностям и потребностям [69].

Среди индивидуальных особенностей одаренных детей специалистами отмечаются такие, как несоответствие между физическим, интеллектуальным и социальным развитием; стремление к совершен-

ству (перфекционизм); ощущение неудовлетворенности; нереалистичные цели; сверхчувствительность; потребность во внимании взрослых; нетерпимость, обеспокоенность, тревожность в связи со своей непохожестью на сверстников. Для одаренных детей зачастую характерна социальная дезадаптация, причинами которой являются коммуникативные трудности, склонность к индивидуализму, эгоцентризм, недостаточный уровень ответственности, протест против любых ограничений, непереносимость ситуации проигрыша, неуспеха.

Н. А. Бельская также обращает внимание на взаимосвязь внезапного проявления или, наоборот, выравнивания способностей с «гормональным взрывом» в пубертатный период (который может в равной степени привести как к катализации задатков, так и к их инверсии или нивелировке) [11]. В связи с этим особую значимость приобретает психологический компонент здорового образа жизни – умение рефлексировать по поводу своего внутреннего напряжения, осознавать и принимать свое Я таким, какое оно есть. Также важно включить в вопросы обсуждения образа жизни одаренного подростка с педагогом аспекты, связанные с профилактикой перенапряжения, стресса – главным средством такой профилактики является оптимизация двигательной активности, помогающей «отработать» адреналин и перевести организм из состояния повышенного тонуса в состояние релаксации [91].

Другие проблемы развития одаренных обучающихся в отношении их здоровья обозначает М. Е. Богоявленская [17]: проблемы, связанные с нарушениями в мотивационной сфере, с опережающим ранним развитием; проблемы, вызванные дизонтогенезом (нарушением функциональной организации психических процессов) и ряд других. Исследователь предлагает осуществлять комплексный подход к коррекции данных нарушений, включающий в себя сочетание метода сенсорной коррекции с работой с семьей одаренного ребенка и педагогической коррекцией, включающей анализ и социальной среды, и содержания учебных программ. Однако такую работу педагог не способен провести без поддержки специалистов-психоневрологов.

Возвращаясь к педагогическому сопровождению одаренных детей, обобщим вышесказанное. Одаренные дети, чья деятельность связана с повышенным интеллектуальным/физическим/психологическим напряжением, нуждаются в индивидуальном педагогическом сопровождении в области формирования здорового и безопасного образа жизни,

в первую очередь – в аспекте формирования культуры труда (учебно-го и иного, связанного с характером выдающихся способностей учащегося). Часто у одаренных детей нарушено целостное восприятие здоровья, наблюдается акцент на каком-либо одном его компоненте или невнимание ко всем компонентам (физическому, психическому, социальному). У таких учащихся особенно важно развивать представления о значимости здорового образа жизни как важнейшего ресурса достижения успешности в жизни и в выбранной деятельности, как необходимого условия эффективной самореализации. Стимулы, возникающие на основе таких представлений, в дальнейшем следует трансформировать в мотивы служения на благо общества.

Глава 4. ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА

4.1. Педагогическая рефлексия как ресурс здоровьесформирующей деятельности

Компетентность педагога в области здоровьесформирующей деятельности рассматривается как одна из важных составляющих профессиональной компетентности и в то же время как самостоятельная научная категория современной педагогики, отражающая новый этап развития системы российского образования. Понимание данной компетентности как научной категории обусловлено возможностью выделения в педагогической деятельности тех ее аспектов, которые непосредственно связаны с процессом сохранения и укрепления здоровья обучающихся:

- мотивационно-ценностного (приоритетность ценности здоровья);
- когнитивного (система знаний, необходимых для осуществления профессиональной деятельности по сохранению и укреплению здоровья, по формированию готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности);
- инструментально-деятельностного (профессиональная деятельность по обеспечению процесса формирования готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности).

Критерии оценки и соответствующие им показатели сформированности компетентности педагога в области здоровьесформирующей деятельности представлены в табл. 2 (по Н. В. Третьяковой).

Таблица 2

Критерии оценки и показатели сформированности компетентности педагога в области здоровьесформирующей деятельности

Содержание критерия	Показатель (ориентировочный)
1	2
<i>Мотивационно-ценностный критерий</i>	
Приоритетность ценности здоровья в системе ценностей. Сформированность мотивационно-волевой регуляции здоровьесориентированного пове-	Место ценности здоровья в ценностно-смысловой иерархии. Уровень сформированности мотивации к здоровьесформирующей деятельности

1	2
дения педагога. Сформированность навыков мотивационно-волевой регуляции поведения участников образовательного процесса. Сформированность навыков мотивационно-волевой регуляции профессионального взаимодействия	Степень целеустремленности и волевых усилий как в здоровьесформирующей 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 обучения, воспитания и развития ребенка	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, психологии. Знание теории и практики педагогики, основ общей, возрастной, социальной психологии
<i>Инструментально-деятельностный критерий</i>	
Сформированность операциональной структуры педагогической деятельности по сохранению и укреплению здоровья, формированию навыков здорового образа жизни, выработке здоровьесориентированной личностной позиции у субъектов образовательного процесса	Владение индивидуальными стратегиями копинг-поведения, жизненно важными навыками, техниками психоэмоциональной саморегуляции

Согласно представленным критериям проводятся внешняя оценка и самооценка компетентности педагога в области здоровьесформирующей деятельности.

О высоком уровне развития компетентности педагога в области здоровьесформирующей деятельности можно говорить тогда, когда он

не только владеет знаниями о здоровье, здоровом образе жизни и здоровьесберегающих технологиях, осознает ценность здоровья, мотивирован к осуществлению деятельности по сохранению и укреплению здоровья, но и реализует эти ценности, знания и мотивы на практике по отношению как к собственному здоровью, так и к здоровью обучающихся.

В теории и практике педагогического образования существуют требования к выделению и обоснованию критериев, которые сводятся к тому, что критерии должны отражать основные закономерности, устанавливать связи между всеми компонентами исследуемой системы. В «Толковом словаре русского языка» С. И. Ожегов дает следующее определение понятия «критерий»: «мерило оценки, суждения» [96, с. 446]. Конкретным измерителем критерия является показатель. Главная характеристика которого – конкретность, позволяет рассматривать его как более частное по отношению к критерию. Именно с этих позиций критерии и показатели рассматриваются в нашей работе.

Так как обобщенным вариантом «языка здоровья» выступает психическое и физическое самочувствие, отслеживание динамики личностной составляющей культуры здоровья педагога нами осуществлялось по критерию «*психосоматическое самочувствие*». Общее самочувствие человека в значительной степени определяет душевное (психическое и психологическое) здоровье, поскольку а) прямо воздействует на функции организма и таким образом на физические аспекты благополучия; б) способствует адаптации в разных жизненных условиях; в) формирует чувство собственного уважения и достоинства, что совершенно необходимо для мотивации здорового поведения; г) влияет на взаимоотношения с другими людьми и через них – на здоровье человека; д) определяет в значительной степени работоспособность; е) дает ощущение полноты и осмысленности жизни, делающее людей счастливыми.

Уровень психосоматического самочувствия человека варьируется в очень широком диапазоне – от серьезных органических нарушений до высокого эмоционального благополучия. В качестве стержневых характеристик эмоционального благополучия человека рассматриваются адекватная самооценка и уважение собственной личности, способность адаптироваться к меняющимся условиям и эффективно удовлетворять свои потребности, независимость, умение самостоятель-

но принимать решения, планировать свою жизнь и следовать собственным планам, способность активно преодолевать жизненные разочарования, неприятности, связанные со стрессами, уважать и любить себя, способность заботиться о других людях, способность творить, эффективно работать и получать удовлетворение от проделанной работы. В этой связи нами в качестве *показателей психосоматического самочувствия* педагогов рассматривались формирование позитивного образа *собственного Я* в профессиональном сознании (рост уровня смысловых ориентаций и самооценки), нормализация их *самочувствия* (улучшение психоэмоционального состояния и уменьшение вегетосоматических симптомов).

Изменения профессиональной составляющей культуры здоровья оценивались по критерию «*валеологическая компетентность*», показателями которого являются *педагогическая валеограмотность* – наличие теоретических знаний и опыта педагога в вопросах здоровьесозидания учащихся; *аксиологичность* – представленность ценности собственного здоровья и индивидуального здоровья учащихся в ценностно-смысловом поле педагога; личная *ответственность (интернальность)* педагога за психоэмоциональное, физическое здоровье учащихся и собственное здоровье; творчество – стремление к усовершенствованию здоровьесформирующей деятельности в образовательном процессе.

Деятельность педагогического коллектива по сохранению и развитию здоровья обучающихся в целом оценивалась по критерию «*результативность здоровьесформирующей деятельности*», показатели которой – психоэмоциональное состояние обучающихся, увеличение доли здоровых учащихся (I–II группы здоровья), детей с нормальной сопротивляемостью организма к инфекциям (индекс здоровья), положительная динамика физической подготовленности учащихся, увеличение количества школьников, занимающихся в спортивных секциях.

К методам диагностики культуры здоровья, здорового и безопасного образа жизни, качества жизни, отношения к здоровью педагога можно отнести следующие: исследование мотивационной основы педагогической деятельности (по Н. В. Солнцевой в интерпретации Н. Н. Малярчук и Т. Н. Ле-ван); валеологический самоанализ учителя (Н. Н. Малярчук); опросник Роттера – УСК (УСК – уровень субъективного контроля); методику «Самооценка личности» (О. И. Мотков); методику диагностики уровня социальной фрустрированности

Вассермана, методику исследования эмоционального выгорания (по В. В. Бойко); тест смысложизненных ориентаций Д. А. Леонтьева; опросник «Валеологическая компетентность» (Н. Н. Малярчук); диагностику готовности педагога к здоровьеориентированной деятельности в образовательной организации (Т. Н. Леван, Е. И. Черепанова) и др.

4.2. Методы объективной оценки здоровьеформирующей деятельности педагога

Традиционные оценки здоровья проводятся по *медико-биологическим критериям* и ориентированы преимущественно на показатели заболеваемости ребенка и уровень его физического развития. В 1982 г. Всесоюзным НИИ гигиены и профилактики заболеваний детей, подростков, молодежи была предложена характеристика здоровья, включающая в себя пять комплексных признаков [127]:

1) соответствующий возрасту уровень жизнеобеспечивающих систем (нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, костно-мышечной и др.);

2) гармоничное физическое развитие (рост, масса тела, окружность груди, жизненная емкость легких, сила кистей) среднего или выше среднего уровня;

3) быстрое приспособление организма (адаптация) к новым условиям (занятия в школе, отдых в туристическом походе и т. д.);

4) высокая умственная и физическая работоспособность;

5) отсутствие болезней в течение года либо кратковременная болезнь (не более 5–7 дней) с полным выздоровлением.

Использование таких прямых признаков позволяет оценивать донозологические состояния, а также риски для здоровья. В настоящее время отобраны комплексы неинвазивных, информативных и чувствительных методов и критериев оценки неспецифической защиты организма: 1) физиологические (состояние сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной систем – с применением специальных функциональных проб); 2) химические (показатели в биосредах); 3) иммунологические (определение нормальной микрофлоры кожи, рН поверхности кожи и т. д.); 4) антропометрические (физическое развитие, его гармоничность, погодовые прибавки); 5) психологические (мотивационно-эмоциональный профиль, тест САН (самочувствие, активность, настроение) и др.).

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

Медико-гигиенические критерии индивидуальной оценки здоровья детей и подростков предложены С. М. Громбахом [31]. Они включают следующие показатели: 1) наличие или отсутствие хронических заболеваний; 2) функциональное состояние органов и систем; 3) уровень достигнутого физического и нервно-психического развития; 4) неспецифическая резистентность (сопротивляемость) организма. Завершается оценка определением группы здоровья. *Индивидуальная комплексная оценка* состояния здоровья каждого ребенка или подростка с отнесением его к одной из групп здоровья проводится с обязательным учетом всех перечисленных критериев педиатрами или подростковыми врачами. Оценка дается на момент обследования. Учитываются острые заболевания, прежние болезни, если только они не приобрели хроническую форму, возможность обострения, стадия выздоровления (вероятность возникновения заболевания, обусловленная наследственностью или условиями жизни, не учитывается). Наличие или отсутствие заболеваний определяется при врачебном осмотре с участием специалистов. Функциональное состояние органов и систем выявляется клиническими методами с использованием функциональных проб.

Анализ данных сведений позволяет выстроить структуру здоровья и выявить на ее основе факторы риска для здоровья. Полученная информация служит основанием для принятия управленческих решений в отношении нейтрализации выявленных факторов.

Следует отметить, что представленные выше методики оценки здоровья не могут служить показателями результативности деятельности образовательных организаций и, в частности, педагогов в области сохранения и укрепления здоровья обучающихся. Это обусловлено рядом соображений.

Во-первых, неуклонный продолжающийся рост заболеваемости и инвалидности детско-подросткового населения страны, связанный не только с факторами, порожденными образовательной средой, ставит под сомнение то, что за период обучения возможно данную тенденцию преломить.

Во-вторых, влияние значительного числа факторов (экологических, бытовых, межличностных и иных) на состояние здоровья ребенка и невозможность их полного выявления и учета, соответственно, невозможность нейтрализации, тем более в условиях и силами только образовательных организаций, указывает на необходимость смещения акцентов в оценке результативности здоровьесформирующей деятельности педагога – вплоть до исключения показателей, связанных с функционированием органов и систем организма (поскольку охраной здоровья занимаются, прежде всего, учреждения системы здравоохранения, а здесь налицо явная межведомственная разобщенность).

В-третьих, образовательные организации выполняют прежде всего образовательную функцию, направленную на развитие личностных качеств обучающихся, связанных с актуализацией их потенциала в отношении сохранения и укрепления здоровья, на организацию собственного стиля жизни, т. е. на формирование готовности к здоровьесориентированной деятельности.

Следовательно, систему критериев и показателей оценки эффективности деятельности образовательных организаций по сохранению и укреплению здоровья обучающихся, а значит, ее качества следует выстраивать в соответствии со структурными компонентами качества образования: качество условий, процессов и результатов [124, с. 2–8].

1) *Качество условий* будет зависеть от уровня организации и управления в учреждении данным видом образовательной деятельности, от уровня ее ресурсного обеспечения (степень соответствия инфраструктуры образовательной организации условиям здоровьесформирующей деятельности; уровень профессиональной компетентности специалистов, обеспечивающих проведение здоровьесформирующей деятельности; уровень учебно-методического и научного обеспечения данного процесса), от уровня здоровьесберегающей образовательной среды (степень соответствия образовательной среды санитарно-гигиеническим требованиям; уровень рациональности образовательного процесса; степень влияния факторов риска образовательной среды на состояние здоровья обучающихся; эффективность предупреждающих и корректирующих действий по недопущению/коррекции действия факторов риска образовательной среды на уровень здоровья обучающихся).

2) *Качество процессов* здоровьесформирующей деятельности имеет прямую зависимость от результативности основных направлений

здоровьеформирующей деятельности образовательных организаций (например, уровень медицинского и санитарно-гигиенического сопровождения образовательного процесса; уровень формирования здоровьеориентированной личностной позиции у субъектов образовательного процесса педагогическими средствами; уровень физкультурно-оздоровительного и психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса и др.).

3) *Качество результатов* здоровьесформирующей деятельности, отражающее в целом культуру здорового и безопасного образа жизни ребенка, зависит от уровня готовности обучающихся к здоровьеориентированной деятельности (мотивационно-ценностного, когнитивного, эмоционально-волевого, операционально-процессуального, оценочно-рефлексивного), от уровня состояния здоровья обучающихся (уровень здоровья, физической подготовленности, психоэмоционального состояния) и от уровня удовлетворенности потребностей основных субъектов здоровьесформирующей деятельности (обучающихся, их родителей и педагогов).

Представленная система критериев и показателей оценки результативности здоровьесформирующей деятельности образовательных организаций, соответствуя структуре компонентов качества образования, обеспечивает возможность качественного и количественного измерения результатов, условий и процессов здоровьесформирующей деятельности. Также важно отметить, что наполняемость критериев, т. е. выбор показателей, в значительной степени зависит от требований ситуации, условий и непосредственно субъектов здоровьесформирующей деятельности с целью оценки состояния и динамики развития этой деятельности и последующего принятия соответствующих ситуации управленческих решений.

Методики, применяемые для оценки каждого из показателей, также различны [9, 35, 58, 67, 75, 79, 81, 82, 124, 125, 126, 127 и др.]: 1) метод экспертных оценок (оценка условий и процессов); 2) методики оценки уровня готовности обучающихся к здоровьеориентированной деятельности: определение уровня сформированности здоровьеориентированной личностной позиции (по А. Г. Маджуге в интерпретации Н. В. Третьяковой); диагностика отношения человека к здоровью (по Т. Н. Леван) и др.; 3) методики оценки уровня психоэмоционального состояния: оценка самочувствия, активности, настроения (САН);

оценка уровня социального благополучия и личностной устойчивости (по А. В. Антоновскому) и др.; 4) методики оценки уровня физической подготовленности: тестирование кондиционной физической подготовленности (быстроты, выносливости, гибкости, скоростной силы и силы); 5) методики оценки уровня здоровья: средний показатель здоровья (Н. М. Ашанина, А. Я. Осин, Н. В. Полунина), коэффициент здоровья (по Р. М. Баевскому); 6) методика оценки профессионального сознания и профессионального поведения педагога (по Н. Н. Малярчук в модификации Т. Н. Ле-ван; по Т. Н. Ле-ван и Е. И. Черепановой (прил. 1, 2)) и др.

В табл. 3 предложены примерные критерии оценки и показатели, отражающие в целом культуру здоровья участников образовательного процесса, связанные с уровнем готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности (по Н. В. Третьяковой) [124, 126, 128].

Таблица 3

Ориентировочные критерии оценки и показатели, отражающие культуру здорового и безопасного образа жизни ребенка и связанные с уровнем готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности

Показатели	Уровень выраженности	Средства измерения
1	2	3
<i>Мотивационно-ценностный критерий</i>		
Уровень сформированности мотивации к выполнению определенных действий по сохранению и укреплению 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	Высокий. Проявление устойчивого интереса к действиям по сохранению и укреплению здоровья, целеустремленности и волевых усилий, мотивации к сохранению и укреплению здоровья; высокое место ценностей здоровья в иерархии жизненных ценностей Средний. Проявление неустойчивого интереса и мотивации к действиям по сохранению и укреплению	Опросник уровня сформированности здоровьесориентированной личностной позиции (по А. Г. Маджуге в интерпретации Н. В. Третьяковой); методика «Индекс отношения к здоровью» С. Д. Дерябо, В. А. Ясвина; опросник для выявления уровня волевых усилий по овладению действиями по сохранению и укреплению здоровья; психологические методики исследова-

Продолжение табл. 3

1	2	3
	<p>нию 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 и укреплению здоровья; низкий ранг ценностей здоровья в иерархии жизненных ценностей</p>	<p>ния мотивации достижения; методики измерения ценностных ориентаций; методики оценки образа жизни; наблюдение и экспертные оценки педагогов, опрос родителей и др.</p>
<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 здоровьесориентированной деятельности</p>	<p>Высокий. Полнота знаний о здоровье, здоровом образе жизни, способах охраны и увеличения резервов здоровья; наличие четкого представления о сфере применения навыков по сохранению и укреплению 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 по сохранению и укреплению здоровья</p> <p>Низкий. Недостоверность или отсутствие знаний</p>	<p>Определение уровня сформированности здоровьесориентированной личностной позиции (по А. Г. Маджуге в интерпретации Н. В. Третьяковой); диагностика типа отношения человека к здоровью и здоровьесориентированной деятельности (по А. Г. Маджуге в интерпретации Н. В. Третьяковой); методика «Индекс отношения к здоровью» С. Д. Дерябо, В. А. Ясвина; анкетно-опросные методики выявления уровня знаний о здоровье, здоровом образе жизни, способах охраны и увеличения резервов здоровья и др.</p>

1	2	3
	о здоровье, здоровом образе жизни, способах охраны и увеличения резервов здоровья; несформированность представлений о сфере применения навыков по сохранению и укреплению здоровья	
<i>Эмоционально-волевой критерий</i>		
Уровень психологического благополучия, эмоционального комфорта, удовлетворенности жизнью; степень ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих; уровень тревожности	<p>Высокий. Высокий уровень психологического благополучия, эмоционального комфорта, удовлетворенности жизнью; высокая степень ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих; оптимальный уровень тревожности</p> <p>Средний. Удовлетворительный уровень психологического благополучия, эмоционального комфорта, удовлетворенности жизнью; достаточная степень ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих; тенденция к повышению уровня тревожности</p> <p>Низкий. Психологическое неблагополучие, эмоциональный дискомфорт, неудовлетворенность основными сферами жизни; недостаточно ответственное отношение к собственному здоровью и здоровью окружающих; высокий уровень тревожности</p>	Методика «Индекс отношения к здоровью» С. Д. Дерябо, В. А. Ясвина; диагностика типа отношения человека к здоровью и здоровьеориентированной деятельности (по А. Г. Маджуге в интерпретации Н. В. Третьяковой); методика оценки самочувствия, активности, настроения (САН); методика оценки социального благополучия и личностной устойчивости (по А. В. Антоновскому); методики оценки эмоционального комфорта; методики оценки тревожности и др.

1	2	3
<i>Операционально-процессуальный критерий</i>		
<p>Владение способами осуществления здоровьесориентированной 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 и укреплению здоровья; наличие личного плана по сохранению и укреплению здоровья</p>	<p>Высокий. Высокий уровень владения способами осуществления здоровьесориентированной деятельности; яркое проявление умения спланировать, организовать и осуществить деятельность по сохранению и укреплению здоровья; сформированность навыков здорового образа жизни; наличие эффективных копинг-стратегий и навыков психоэмоциональной саморегуляции; выполнение личного плана сохранения и укрепления здоровья; проявление творческого подхода, самостоятельности, стремления к использованию оригинальных нестандартных способов, к самообразованию в деятельности по сохранению и укреплению здоровья</p> <p>Средний. Достаточный уровень владения способами осуществления здоровьесориентированной деятельности; затруднения в планировании, организации и осуществлении деятельности по сохранению и укреплению здоровья; недостаточно полная сформированность навыков здорового образа жизни; затруднения</p>	<p>Методика «Индекс отношения к здоровью» С. Д. Дерябо, В. А. Ясвина; диагностика типа отношения человека к здоровью и здоровьесориентированной деятельности (по А. Г. Маджуге в интерпретации Н. В. Третьяковой); определение уровня сформированности здоровьесориентированной личности (по А. Г. Маджуге в интерпретации Н. В. Третьяковой); методика оценки социального благополучия и личностной устойчивости (по А. В. Антоновскому); практические задания и упражнения на выявление навыков осуществления здоровьесориентированной деятельности; педагогическое наблюдение, экспертные оценки педагогов, опрос родителей; тест по оценке образа жизни; методики выявления копинг-стратегий; методика диагностики межличностных отношений и др.</p>

Продолжение табл. 3

1	2	3
	<p>в построении эффективных копинг-стратегий и недостаточная сформированность навыков психоэмоциональной саморегуляции; отсутствие личного плана сохранения и укрепления здоровья; наличие элементов творческого подхода, самостоятельности в деятельности по сохранению и укреплению здоровья</p> <p>Низкий. Недостаточный уровень владения способами осуществления здоровьесориентированной деятельности; отсутствие выраженного умения планировать, организовывать и осуществлять деятельность по сохранению и укреплению здоровья; несформированность навыков здорового образа жизни; отсутствие навыков психоэмоциональной саморегуляции, личного плана сохранения здоровья; отсутствие элементов творчества в деятельности по сохранению и укреплению здоровья</p>	
<i>Оценочно-рефлексивный критерий</i>		
Уровень самооценки подготовленности и соответствия процесса решения здоровьесориентированных задач оптимальным образцам	Высокий. Проявление рефлексии, адекватной знаниям, умениям, навыкам по сохранению и укреплению здоровья, влекущей своевременную пе-	Определение уровня сформированности здоровьесориентированной личностной позиции (по А. Г. Маджуге в интерпретации Н. В. Третьяко-

Окончание табл. 3

1	2	3
	<p>рестройку личного плана, схемы здоровьесберегающего поведения; наличие сознательного контроля над процессом сбора информации по здоровьесориентированной деятельности, появление способности к критическому анализу получаемых сведений и их оценке</p> <p>Средний. Проявление рефлексии, не адекватной знаниям, умениям, навыкам по сохранению и укреплению здоровья; перестройка схемы здоровьесберегающего поведения имеет стихийный, необоснованный характер</p> <p>Низкий. Отсутствие проявления рефлексии в знании и понимании субъектом самого себя, выяснении того, как другие понимают «рефлексирующего», его личностные особенности; эмоциональные реакции и когнитивные представления в пространстве здоровьесориентированной деятельности не отражают опыт по ее присвоению; перестройки схемы здоровьесберегающего поведения не происходит</p>	<p>вой); методика «Индекс отношения к здоровью» С. Д. Дерябо, В. А. Явина; модифицированные методики оценки рефлексивности, уровня субъективного контроля и др.</p>

Исходя из многоаспектности проводимых исследований, необходимо обеспечить межведомственное партнерство в оценке здоровья обучающихся и качества здоровьесформирующей деятельности обра-

зовательных организаций с привлечением медицинских работников, психологов, социальных работников, учителей физической культуры и других специалистов.

При оценке качества какой-либо деятельности в обязательном порядке (требование положений теории управления качеством образования) проводится оценка степени удовлетворения этой деятельностью потребности индивида или общества. При этом значимость данной потребности будет определять значимость качества объекта (в нашем случае – здоровьесформирующей деятельности). Соответственно, для исследования показателей качества здоровьесформирующей деятельности образовательных организаций используются методики оценки уровня удовлетворенности основных субъектов образовательного процесса данной деятельностью и образовательным процессом в целом: анкетно-опросный метод (по Н. В. Третьяковой) и др.

Диагностические методы должны соответствовать таким требованиям, как действенность (валидность, показательность), надежность (вероятность, правильность), дифференцированность (различимость), а также соотноситься с существующей нормативно-правовой базой в области оценки качества образовательной деятельности (в частности, Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273, приказом Минобрнауки России «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества образовательной деятельности организаций, осуществляющих образовательную деятельность» от 5 декабря 2014 г. № 1547 и др.).

Принцип действенности по своему содержанию близок к требованию полноты, всесторонности проверки, пропорционального представления всех элементов изучаемых объектов, явлений и т. п. Действенность определяется статистическими методами. Степень надежности характеризуется через стабильность, устойчивость показателей при повторных измерениях с помощью тех же методик или их равноценного заменителя. Количественно этот показатель характеризуется вероятностью достижения запланированных результатов (правильностью значений). Характеристика дифференцированности связана с использованием различных методов.

Выбирая методы оценки, необходимо придерживаться следующих принципов:

- принцип совокупности методов – для получения достоверных сведений используется не один, а комплекс взаимодополняющих методов;

- принцип адекватности методов существу изучаемого явления, тем результатам, которые предполагается получить, возможностям исследователя;

- принцип запрета экспериментов, использования методов, противоречащих нравственным нормам, способных нанести вред исследуемым, образовательному процессу.

К методикам оценки того или иного показателя также следует установить определенные требования: они должны быть 1) относительно краткосрочными, т. е. не требовать больших затрат времени; 2) однозначными, т. е. не допускать произвольного толкования; 3) информативными, т. е. такими, которые обеспечивают возможность соотнесения количественной оценки с порядковой или интервальной шкалой измерений; 4) удобными, т. е. пригодными для быстрой математической обработки результатов; 5) стандартными, т. е. пригодными для широкого практического использования.

Проводя оценку здоровьесформирующей деятельности образовательных организаций, важно ориентироваться на общеизвестные принципы проведения педагогических исследований: объективность; учет непрерывности изменения, развития исследуемого явления; выделение основных факторов, определяющих результат; учет объективной противоречивости явления; единство исторического и логического; концептуальное единство исследования; соотнесение реального и идеального; единство исследовательского и образовательного процесса; сочетание аспектного и целостного подходов.

Заключение

Сложившаяся в Российской Федерации неблагоприятная в части состояния здоровья детей ситуация требует направленного решения задач по улучшению качества жизни данной категории населения: создания оптимальных условий для сохранения и укрепления здоровья детей, снижения уровня инвалидности и смертности, формирования устойчивых стереотипов здорового образа жизни, повышения социальной адаптированности. Особая роль в решении данных задач отводится системе образования. Основная миссия системы образования заключается в том, чтобы содействовать усвоению обучающимся стандартов здорового образа жизни на основе национальных традиций и общегуманистических ценностей, одной из важнейших которых является здоровье.

Накопленный образовательными организациями педагогический опыт реализации деятельности по сохранению и укреплению здоровья обучающихся, будучи разносторонним, в целом предусматривает развитие личности через формирование ее ценностного отношения к здоровью. В свою очередь, ценностное отношение к здоровью позволит человеку обеспечить эффективное выполнение определенных действий по сохранению и укреплению 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 здоровьесориентированной личностной позиции. В результате мы получим сформированную готовность обучающихся к здоровьесориентированной деятельности, отраженную в здоровом и безопасном образе жизни. Именно формирование такого образа жизни обучающегося через выбор индивидуальной траектории его освоения является сущностной и содержательной основой здоровьесформирующей деятельности педагога. Методологической основой данной деятельности служат мыследеятельностный, компетентностный и личностно ориентированный педагогические подходы. Однако здоровый и безопасный образ жизни, что значимо в контексте развития общества, выступает для индивидуума не столько как ресурс удовлетворения индивидуальных потребностей, сколько как условие осознания и реализации своей гражданской ответственности (миссии социального служения, по В. И. Загвязинскому). В связи с этим здоровьесформирующую

деятельность педагога целесообразно рассматривать в системе социализирующей функции образования – одной из основных для системы образования, реализуемых как через обучение (в первую очередь, это дисциплины гуманитарного цикла), так и через воспитательную составляющую.

В завершение представим образовательную деятельность, нацеленную на содействие усвоению обучающимся миссии социального служения, в виде ряда направлений:

1) духовно-нравственное воспитание как усвоение ребенком гуманистических ценностей (Б. М. Бим-Бад, Л. И. Божович, Б. С. Братусь, А. В. Мудрик, В. В. Рубцов, В. И. Сластенин, В. И. Слободчиков и др.);

2) патриотическое воспитание как усвоение ребенком категорий, определяющих принадлежность к определенному государству (Л. В. Алиева, К. Ш. Ахияров, К. Ю. Белая, Ф. Б. Горелик, О. Л. Князева, О. В. Лебедева, В. В. Майн, С. Е. Матушкин и др.);

3) гражданское воспитание как усвоение ребенком ценностей гражданского общества (часто используется иной термин – «правовая социализация») (О. Ю. Казурова, А. А. Маринюк, О. Е. Сироткин и др.);

4) этнопедагогическая деятельность, т. е. передача ребенку традиций и культуры своего народа (Г. Н. Волков, Л. В. Кузнецова, Е. А. Найденова, Г. В. Нездемковская, К. И. Шилин и др.);

5) развитие культуры потребления – приобретения товаров и услуг, основ экономической грамотности и экологическое воспитание (В. Л. Глазычев, Г. Т. Кадырова, Н. А. Рыжова, И. А. Сасова и др.);

6) формирование информационной компетентности, в том числе медиакомпетентности, для успешного становления гражданина современного информационного общества (О. А. Баранов, Т. Н. Леван, А. А. Левицкая, И. В. Челышева, А. В. Федоров и др.);

7) содействие самоопределению и самоактуализации обучающихся: формирование адекватного образа Я, формирование стрессоустойчивости, развитие конструктивных копинг-стратегий, навыков продуктивной организации своего досуга, навыков конструктивного взаимодействия (в том числе коммуникативных), полоролевая идентификация – т. е. усвоение ребенком социально одобряемых форм проявления своей личности сообразно полу, возрасту, социальной роли (Н. В. Бордовская, И. В. Дубровина, А. А. Реан, О. В. Хухлаева и др.);

8) содействие самореализации личности, ее социальному творчеству – поиску своего места для выполнения своей социальной миссии и для осознания своей принадлежности к определенной культуре (субкультуре), развитию и приобщению к культуре и искусству в течение всей жизни (Ш. А. Амонашвили, В. В. Зеньковский, А. В. Мудрик, А. А. Ухтомский и др.);

9) содействие формированию здорового стиля жизни, в том числе профилактика зависимостей (Н. П. Абаскалова, Э. Н. Вайнер, О. С. Гладышева, В. Н. Ирхин, Э. М. Казин, В. В. Колбанов, И. С. Кон, А. Г. Маджуга, Н. Н. Малярчук, Т. Ф. Орехова, Н. В. Третьякова и др.);

10) содействие приобретению обучающимися компетентности в области социальной безопасности (И. А. Баева, Д. В. Зеркалов, П. А. Кисляков и др.);

11) трудовое воспитание, профориентация и профессиональное самоопределение (Н. Г. Блинова, Н. Э. Касаткина, Н. Н. Пачина, Н. С. Пряжников и др.).

Все перечисленные направления невозможно реализовать эффективно, если они не опираются на системную здоровьесформирующую деятельность образовательной организации.

Библиографический список

1. *Абаскалова Н. П.* Системный подход в формировании здорового образа жизни субъектов образовательного процесса «школа – вуз»: монография / Н. П. Абаскалова. Новосибирск: Изд-во Новосиб. гос. пед. ун-та, 2001. 316 с.
2. *Ананьев В. А.* Введение в психологию здоровья / В. А. Ананьев. Санкт-Петербург: Изд-во Балт. пед. акад., 1998. 148 с.
3. *Апанасенко Г. Л.* Индивидуальное здоровье: теория и практика / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова. Киев: Медкнига, 2011. 108 с.
4. *Аршавский И. А.* Физиологические механизмы закономерностей индивидуального развития / И. А. Аршавский. Москва: Наука, 1982. 269 с.
5. *Баевский Р. М.* Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии: монография / Р. М. Баевский. Москва: Медицина, 1979. 298 с.
6. *Баранчеев В. П.* Управление инновациями: учебник для бакалавров / В. П. Баранчеев, Н. П. Масленникова, В. М. Мишин. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: Юрайт, 2012. 711 с.
7. *Безруких М. М.* Здоровьесберегающая образовательная среда / М. М. Безруких // Человек и образование. 2012. № 2 (31). С. 10–16.
8. *Безруких М. М.* Здоровьесберегающая школа / М. М. Безруких. Москва: Изд-во Моск. гос. пед. ин-та, 2008. 222 с.
9. *Безруких М. М.* Методика комплексной оценки и организация системной работы по сохранению и укреплению здоровья школьников: методические материалы / под ред. М. М. Безруких, В. Д. Сонькина. Москва: Новый учебник, 2003. 201 с.
10. *Белов В. И.* Энциклопедия здоровья: молодость до ста лет / В. И. Белов. Москва: Химия, 1993. 399 с.
11. *Бельская Н. А.* Современные подходы к пониманию феномена одаренности и пути решения проблем одаренных детей / Н. А. Бельская // Одаренный ребенок. 2015. № 2. С. 130–139.
12. *Бердяев Н. А.* Русская идея / Н. А. Бердяев. Москва: АСТ, 2010. 288 с.
13. *Березовская Р. А.* Отношение к здоровью / Р. А. Березовская, Г. С. Никифоров // Психология здоровья: учебник для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. Санкт-Петербург: Питер, 2003. С. 275–291.
14. *Бим-Бад Б. М.* Воспитание человека обществом и общества человеком [Электронный ресурс] / Б. М. Бим-Бад. Режим доступа:

http://www.bim-bad.ru/biblioteka/article_full.php?aid=1366&binn_rubrik_pl_articles=101.

15. *Бим-Бад Б. М.* Образование в контексте социализации [Электронный ресурс] / Б. М. Бим-Бад, А. В. Петровский. Режим доступа: http://www.bim-bad.ru/biblioteka/article_full.php?aid=102.

16. *Биоэтика: междисциплинарные стратегии и приоритеты: учебно-методическое пособие* / Я. С. Яскевич [и др.]; под ред. Я. С. Яскевич. Минск: Изд-во Белорус. гос. экон. ун-та, 2007. 225 с.

17. *Богоявленская М. Е.* Природа «проблем» одаренных / М. Е. Богоявленская // Одаренный ребенок. 2004. № 4. С. 74–83.

18. *Болотов В. А.* Компетентностная модель: от идеи к образовательной программе / В. А. Болотов, В. В. Сериков // Педагогика. 2003. № 10. С. 8–14.

19. *Болтов Д. А.* Теоретико-методологическое изучение процесса социализации в учреждениях образования / Д. А. Болтов // Альманах современной науки и образования. Тамбов: Грамота, 2009. № 4. Ч. 1. С. 33–39.

20. *Брехман И. И.* Введение в валеологию – науку о здоровье / И. И. Брехман. Ленинград: Наука, 1987. 125 с.

21. *Вайнер Э. Н.* Валеология / Э. Н. Вайнер. 6-е изд. Москва: Наука, 2008. 416 с.

22. *Васильева О. С.* Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. Москва: Академия, 2001. 352 с.

23. *Воробьев В. П.* Социализация в переходном обществе: Теоретическое моделирование и социокультурный контекст: диссертация ... доктора социологических наук / В. П. Воробьев. Пенза, 2001. 306 с.

24. *Ворожцова И. Б.* Педагогический смысл тьюторского сопровождения образовательной деятельности / И. Б. Ворожцова // Начальная школа. 2010. № 5. С. 27–31.

25. *Выготский Л. С.* Вопросы теории и истории психологии / Л. С. Выготский // Собрание сочинений: в 6 томах / Л. С. Выготский. Москва: Педагогика, 1982. Т. 1. 588 с.

26. *Галеева Н. Л.* Развитие профессиональной компетентности педагогов, реализующих требования ФГОС / Н. Л. Галеева. Москва: Первое сентября, 2013. 80 с.

27. Гапонюк П. Н. Методология управления образованием в условиях модернизации / П. Н. Гапонюк. Москва: Вузовская книга, 2011. 192 с.
28. Гладышев О. С. Уроки здоровья: программа интегрированного учебного курса (средняя ступень общеобразовательной школы – 5–7 классы) / О. С. Гладышев, Е. В. Алексеева. Нижний Новгород: Изд-во Нижегород. гуманитар. центра, 1999. 24 с.
29. Голиков Н. А. Отношение к детям-инвалидам: реалии и перспективы / Н. А. Голиков // Народное образование. 2015. № 3. С. 47–54.
30. Голиков Н. А. Ребенок-инвалид: обучение, развитие, оздоровление. Дети с особой миссией / Н. А. Голиков. Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. 428 с.
31. Громбах С. М. О критериях оценки состояния здоровья детей и подростков / С. М. Громбах // Вестник АМН СССР. 1981. № 1. С. 29–35.
32. Давыдов В. В. Проблемы развивающего обучения: Опыт теоретического и экспериментального психологического исследования / В. В. Давыдов. Москва: Педагогика, 1986. 240 с.
33. Деркач А. А. Акмеология: личностное и профессиональное развитие человека: в 5 книгах / А. А. Деркач. Москва: Изд-во РАГС, 2000. Кн. 2. Акмеологические основы управленческой деятельности. 536 с.
34. Детская социальная психиатрия для непсихиатров / сост. Н. М. Иовчук, А. А. Северный, Н. Б. Морозова. Санкт-Петербург: Питер Пресс, 2008. 412 с.
35. Диагностика здоровья. Психологический практикум / под ред. Г. С. Никифорова. Санкт-Петербург: Речь, 2011. 950 с.
36. Жукова Н. М. Механизм проектирования компетентностно-ориентированных задач по учебным дисциплинам и условия его реализации в вузах / Н. М. Жукова, П. Ф. Кубрушко, М. В. Шингарева // Образование и наука. 2015. № 1 (120). С. 68–79.
37. Журавлева И. В. Отношение к здоровью индивида и общества / И. В. Журавлева. Москва: Изд-во Ин-та социологии РАН, 2006. 238 с.
38. Загвязинский В. И. Здоровье участников образовательного процесса / В. И. Загвязинский, В. М. Чимаров. Ханты-Мансийск: Вектор Бук, 2004. 92 с.
39. Загвязинский В. И. Наступит ли эпоха возрождения?.. Стратегия инновационного развития российского образования: монография / В. И. Загвязинский. Москва: Логос, 2014. 140 с.

40. *Загвязинский В. И.* Общая педагогика / В. И. Загвязинский, И. Н. Емельянов. Москва: Высшая школа, 2008. 390 с.

41. *Зайцев Г. К.* Валеолого-педагогические основы обеспечения здоровья человека в системе образования: диссертация ... доктора педагогических наук / Г. К. Зайцев. Санкт-Петербург, 1998. 409 с.

42. *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.

43. *Зеер Э. Ф.* Модернизация профессионального образования: компетентностный подход: учебное пособие / Э. Ф. Зеер, А. М. Павлова, Э. Э. Сыманюк. Москва: Изд-во Моск. психол.-соц. ин-та, 2005. 216 с.

44. *Зеер Э. Ф.* Психология профессионального образования / Э. Ф. Зеер. Москва: Академия, 2009. 377 с.

45. *Зимняя И. А.* Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентностного подхода в образовании / И. А. Зимняя. Москва: Изд-во Исслед. центра проблем качества подгот. специалистов, 2004. 42 с.

46. *Зимняя И. А.* Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования [Электронный ресурс] / И. А. Зимняя // Высшее образование сегодня. 2003. № 5. Режим доступа: <http://www.eidos.ru/journal/2006/0505.htm>.

47. *Зинченко В. П.* Психологические основы педагогики (Психолого-педагогические основы построения системы развивающего обучения Д. Б. Эльконина – В. В. Давыдова): учебное пособие / В. П. Зинченко. Москва: Гардарики, 2002. 431 с.

48. *Иванюшкин А. Я.* «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека / А. Я. Иванюшкин // Валеология. 1982. № 1. С. 49–58.

49. *Инновационные* модели профессиональной деятельности педагогов в образовательных организациях в целях социализации детей и молодежи: коллективная монография / под науч. ред. В. П. Сергеевой. Москва: Изд-во Моск. гос. пед. ун-та, 2014. 159 с.

50. *Ирхин В. Н.* Актуальные проблемы управления здоровьеориентированной системой региона / В. Н. Ирхин // Образование и здоровье: материалы региональной научно-практической конференции / под ред. В. Н. Ирхина; Белгор. гос. ун-т, 2 марта 2006 г. Белгород: Изд-во Белгор. гос. ун-та, 2006. С. 3–7.

51. *Ирхин В. Н.* Педагогическая система школы здоровья: генезис, принципы и закономерности развития: диссертация ... доктора педагогических наук / В. Н. Ирхин. Барнаул, 2002. 374 с.

52. *К проблеме* понимания термина «здоровьесберегающая технология» и его использования в системе высшего профессионального образования / Т. С. Иванова [и др.] // Ученые записки МГПИ. Москва: Изд-во Моск. гос. пед. ин-та, 2009. Вып. 7. С. 127–140.

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

54. *Казначеев В. П.* Здоровье нации, культура, футурология XXI века: сборник статей и докладов В. П. Казначеева (2007–2012 гг.) / В. П. Казначеев; под общ. ред. А. В. Трофимова; сост. В. В. Ромм, С. В. Чиркова. Новосибирск: Изд-во ЗСО МСА, 2012. 386 с.

55. *Калью П. И.* Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация / П. И. Калью. Москва: Изд-во МЗ СССР, 1988. 67 с.

56. *Каргина З. А.* Здоровьеформирующие возможности дополнительного образования детей: современная теория и практика / З. А. Каргина // Формирование здоровья детей и подростков в системе непрерывного образования: коллективная монография / под ред. Т. Н. Леван. Новосибирск: СибАК, 2013. С. 155–171.

57. *Ковалева А. И.* Социализация личности: норма и отклонение / А. И. Ковалева. Москва: Изд-во Ин-та молодежи, 1996. 224 с.

58. *Колбанов В. В.* Валеологический практикум: учебное пособие / В. В. Колбанов. 3-е изд., испр. и доп. Санкт-Петербург: Элби-Санкт-Петербург, 2011. 224 с.

59. *Колбанов В. В.* Основы педагогики здоровья: монография / В. В. Колбанов. Санкт-Петербург: Изд-во Балт. пед. акад., 2015. 155 с.

60. *Кон И. С.* Социология личности / И. С. Кон. Москва: Политиздат, 1967. 383 с.

61. *Кривов Ю. И.* Теоретические основания педагогической теории социализации / Ю. И. Кривов // Сибирский педагогический журнал. 2012. № 7. С. 15–21.

62. *Кубрушко П. Ф.* Особенности организации учебного процесса в условиях дистанционного обучения на основе сетевой технологии / П. Ф. Кубрушко, С. В. Созинов // Образование и наука. 2006. № 1. С. 67–72.

63. *Куинджи Н. Н.* Валеология: пути формирования здоровья школьников: методическое пособие / Н. Н. Куинджи. Москва: Аспект Пресс, 2000. 139 с.

64. *Куликов Л. В.* Осознание здоровья как ценности / Л. В. Куликов // Психология здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. Санкт-Петербург: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2000. С. 240–282.

65. *Кушнир А. М.* Методический плюрализм и научная педагогика / А. М. Кушнир // Народное образование. 2001. № 1. С. 50–57.

66. *Ле-ван Т. Н.* Гуманистические основы здоровьесберегающей педагогической деятельности в контексте технологизации образования / Т. Н. Ле-ван // Здоровьесберегающее образование: проблемы и решения: материалы Международной научно-практической конференции Института педагогики и психологии образования МГПУ, Москва, 10 апр. 2014 г. Москва: Экон-информ, 2014. С. 281–284.

67. *Ле-ван Т. Н.* Здоровье ребенка в современной информационной среде: учебно-методическое пособие / Т. Н. Ле-ван. Москва: ИНФРА-М, 2015. 224 с.

68. *Ле-ван Т. Н.* Здоровьесозидающая функция педагога: терминологический аспект / Т. Н. Ле-ван // Нижегородское образование. 2015. № 4. С. 133–138.

69. *Ле-ван Т. Н.* Педагог как тьютор здорового образа жизни: концептуальные основы и системное решение / Т. Н. Ле-ван // Инновации в профессиональном и профессионально-педагогическом образовании: материалы 20-й Всероссийской научно-практической конференции, Екатеринбург, 22–23 апр. 2015 г. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2015. С. 101–105.

70. *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>.

71. *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. Новосибирск: СибАК, 2013. С. 8–26.

72. *Лисицын Ю. П.* Здоровье человека – социальная ценность / Ю. П. Лисицын, А. В. Сахно. Москва: Мысль, 1988. 270 с.

73. *Лищук В. А.* Технология повышения личного здоровья: монография / В. А. Лищук, Е. В. Мосткова. Москва: Медицина, 1999. 320 с.
74. *Магун В. С.* Жизненные притязания ранней юности и стратегии их реализации: 90-е и 80-е годы / В. С. Магун, А. З. Литвинцева. Москва: Изд-во Ин-та социологии РАН, 1993. 234 с.
75. *Маджуга А. Г.* Здоровьесозидающая педагогика: теория, методология, опыт, перспективы развития: монография / А. Г. Маджуга, И. А. Синицина. Москва: Логос, 2014. 508 с.
76. *Маджуга А. Г.* Здоровьесозидающий подход в образовании / А. Г. Маджуга, Д. Б. Козлов. Уфа: Изд-во Башк. гос. ун-та, 2011. 296 с.
77. *Макеева А. Г.* Научно-методические аспекты проблемы формирования основ культуры здоровья у детей и подростков / А. Г. Макеева // Профессиональная компетентность педагога в реализации здоровьесозидающей функции: коллективная монография / под ред. Т. Н. Ле-ван. Новосибирск: СибАК, 2013. С. 71–89.
78. *Максимова В. Н.* Акмеология последипломного образования педагога / В. Н. Максимова, Н. М. Полетаева. Санкт-Петербург: Изд-во Ин-та образования взрослых РАО, 2004. 167 с.
79. *Малярчук Н. Н.* Валеология: учебное пособие / Н. Н. Малярчук. Тюмень: Изд-во Тюм. гос. ун-та, 2008. 280 с.
80. *Малярчук Н. Н.* Здоровьесозидающая компетентность – профессиональный ресурс развития культуры здоровья педагога / Н. Н. Малярчук // Профессиональная компетентность педагога в реализации здоровьесозидающей функции: коллективная монография / под ред. Т. Н. Ле-ван. Новосибирск: СибАК, 2013. С. 48–70.
81. *Малярчук Н. Н.* Культура здоровья педагога: монография / Н. Н. Малярчук. Тюмень: Изд-во Тюм. гос. ун-та, 2008. 192 с.
82. *Малярчук Н. Н.* Культура здоровья педагога (личностный и профессиональный аспект): диссертация ... доктора педагогических наук / Н. Н. Малярчук. Тюмень, 2009. 388 с.
83. *Малярчук Н. Н.* Профилактика профдеформаций / Н. Н. Малярчук. Тюмень: Изд-во Тюм. гос. ун-та, 2013. 292 с.
84. *Маслоу А.* Мотивация и личность: перевод с английского / А. Маслоу. Санкт-Петербург: Питер, 1999. 352 с.
85. *Меланченко Е. А.* Школьная дезадаптация [Электронный ресурс] / Е. А. Меланченко // Здоровье детей. 2007. № 17. Режим доступа: <http://zdd.1september.ru/article.php?ID=200701707>.

86. *Минина Е. М.* Организация валеолого-педагогической деятельности в гимназии: диссертация ... кандидата педагогических наук / Е. М. Минина. Курган, 2000. 190 с.

87. *Митина Л. М.* Профессиональная деятельность и здоровье педагога / Л. М. Митина. Москва: Академия, 2005. 368 с.

88. *Моложавенко А. В.* Коммуникативная подготовка педагога к работе по профилактике аддиктивного поведения подростка (последипломный период непрерывного педагогического образования): диссертация ... кандидата педагогических наук / А. В. Моложавенко. Волгоград, 2002. 154 с.

89. *Мудрик А. В.* Социальная педагогика: учебник для студентов педагогических вузов / А. В. Мудрик; под ред. В. А. Сластенина. 3-е изд., испр. и доп. Москва: Академия, 2000. 200 с.

90. *Науменко Ю. В.* Здоровьеформирующая функция образовательного процесса в школе: монография / Ю. В. Науменко. Волгоград: Изд-во ВГИПК РО, 2008. 368 с.

91. *Нежкина Н. Н.* Психофизическая тренировка – новая технология формирования здоровья детей в образовательных учреждениях: методическое пособие / Н. Н. Нежкина. Тюмень: ТОГИРРО, 2011. 52 с.

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

93. *Никитина Н. И.* Методика и технология работы социального педагога: учебное пособие для студентов педагогических училищ и колледжей / Н. И. Никитина, М. Ф. Глухова. Москва: Владос, 2005. 378 с.

94. *Нобелевские лауреаты по экономике: библиографический словарь, 1969–1992* / сост. А. Ю. Чепуренко [и др.]. Москва: Изд-во Рос. независимого ин-та соц. и нац. проблем, 1994. 220 с.

95. *Образовательная область «Социализация»: методический комплект программы «Детство»* / Т. И. Бабаева [и др.]. Москва: Детство-Пресс: Сфера, 2013. 239 с.

96. *Ожегов С. И.* Толковый словарь русского языка: около 100 000 слов, терминов и фразеологических выражений / С. И. Ожегов; под ред. Л. И. Скворцова. 27-е изд., испр. Москва: АСТ: Мир и Образование, 2014. 736 с.

97. *Орехова Т. Ф.* Организация здоровьесотворяющего образования в современной школе: практико-ориентированная монография / Т. Ф. Орехова. 2-е изд., стер. Москва: Флинта, 2011. 355 с.

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

99. *Основные положения доклада Международной комиссии по образованию для XXI века.* Москва: Юнеско, 1996. 31 с.

100. *Педагогика: учебник для студентов высших педагогических учебных заведений / В. А. Сластенин [и др.].* Москва: Академия, 2011. 380 с.

101. *Педагогическая поддержка ребенка в образовании: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / под ред. В. А. Сластенина, И. А. Колесниковой.* Москва: Академия, 2006. 240 с.

102. *Пернай Н. В.* Проблемы образовательного менеджмента. Три трактата / Н. В. Пернай. Москва: Интеллект-Центр, 2004. 288 с.

103. *Петленко В. П.* Этюды валеологии: здоровье как человеческая ценность / В. П. Петленко, Д. Н. Давиденко. Санкт-Петербург: Питер, 2008. 124 с.

104. *Поговорим о здоровье: программа и методические рекомендации для проведения факультативов и классных часов для старших школьников / под ред. О. С. Гладышевой.* Нижний Новгород: Изд-во Нижегород. гуманитар. центра, 2006. 126 с.

105. *Подласый И. П.* Педагогика: учебник / И. П. Подласый. 2-е изд., доп. Москва: Юрайт, 2011. 574 с.

106. *Полетаева Н. М.* Теоретические основы системы валеологического воспитания школьников: диссертация ... доктора педагогических наук / Н. М. Полетаева. Санкт-Петербург, 2001. 344 с.

107. *Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / под ред. И. В. Дубровиной.* Екатеринбург: Деловая книга, 2000. 107 с.

108. *Русский космизм: антология философской мысли / сост. С. Г. Семенова, А. Г. Гачева.* Москва: Педагогика-Пресс, 1993. 368 с.

109. *Сергеева В. П.* Социально-педагогическое сопровождение каждого учащегося в деятельности классного руководителя в современном образовательном учреждении / В. П. Сергеева // *Классный руководитель.* 2008. № 5. С. 125–134.

110. *Серигов В. В.* Личностно развивающее образование: мифы и реальность / В. В. Серигов // *Педагогика.* 2007. № 10. С. 3–12.

111. *Сериков Г. Н.* Педагогика: в 2 книгах / Г. Н. Сериков. Москва: Владос, 2005. Кн. 1: Объект исследований. 440 с.

112. *Системная* модель деятельности образовательного учреждения по сохранению и укреплению здоровья учащихся: методическое руководство / науч. ред. О. С. Гладышева. Нижний Новгород: Изд-во Нижегород. ин-та развития образования, 2008. 203 с.

113. *Служба* здоровья образовательного учреждения: методическое обеспечение деятельности специалистов: сборник методических материалов // Служба здоровья образовательного учреждения: от замысла до реализации: учебно-методический комплект / под науч. ред. М. Г. Колесниковой. Санкт-Петербург: Изд-во СПб АППО, 2006. Вып. 2. 101 с.

114. *Смирнов Н. К.* Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе: методическое пособие / Н. К. Смирнов. Москва: Изд-во АПКИПРО, 2002. 121 с.

115. *Соковня-Семенова И. И.* Основы здорового образа жизни и первая медицинская помощь: учебное пособие для студентов средних педагогических учебных заведений / И. И. Соковня-Семенова. Москва: Академия, 2000. 208 с.

116. *Солнцева Н. В.* Мотивационная основа педагогической деятельности / Н. В. Солнцева // Высшее образование в России. 1999. № 4. С. 91–99.

117. *Социальная* психология: учебное пособие для студентов педагогических институтов / А. В. Петровский [и др.]; под ред. А. В. Петровского. Москва: Просвещение, 1987. 224 с.

118. *Социология* образования: труды по социологии образования / под ред. В. С. Собкина. Москва: Изд-во Ин-та социологии образования РАО, 2009. Т. 13, вып. 22. 256 с.

119. *Степанов В. Г.* Психология трудных школьников: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / В. Г. Степанов. 7-е изд., перераб. и доп. Москва: Академический проект: Трикста, 2004. 560 с.

120. *Стожарова М. Ю.* Формирование психологического здоровья дошкольников / М. Ю. Стожарова. Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. 208 с.

121. *Тард Г.* Социальная логика: монография: перевод с французского / Г. Тард. Санкт-Петербург: Изд-во Соц.-психол. центра, 1996. 518 с.

122. *Татарникова Л. Г.* Валеологическое воспитание: традиции и новации: учебно-методическое пособие / Л. Г. Татарникова. Санкт-Петербург: Изд-во СПб АППО, 2007. 252 с.

123. *Татарникова Л. Г.* Педагогическая валеология: Генезис. Тенденции развития: монография / Л. Г. Татарникова. Санкт-Петербург: РЕТРОС, 1997. 352 с.

124. *Третьякова Н. В.* Качество здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций: теория и технологии обеспечения / Н. В. Третьякова, В. А. Федоров. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2014. 208 с.

125. *Третьякова Н. В.* Методы контроля качества в оценке здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения / Н. В. Третьякова, В. А. Федоров // Университетское управление. 2014. № 1. С. 32–44.

126. *Третьякова Н. В.* Обеспечение качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций: диссертация ... доктора педагогических наук / Н. В. Третьякова. Екатеринбург, 2014. 423 с.

127. *Третьякова Н. В.* Основы здоровьесбережения: практикум / Н. В. Третьякова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2011. 138 с.

128. *Третьякова Н. В.* Формирование готовности обучающихся образовательных учреждений к здоровьесберегающей деятельности / Н. В. Третьякова; под науч. ред. В. А. Федорова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2014. 159 с.

129. *Тюмасева З. И.* Валеология и образование / З. И. Тюмасева, Б. Ф. Кваша. Санкт-Петербург: МАНЭБ, 2002. 380 с.

130. *Управление образовательными системами* / Т. И. Шамова [и др.]. 4-е изд., стер. Москва: Академия, 2007. 384 с.

131. *Федоров В. А.* Профессионально-педагогическое образование в изменяющихся социально-экономических условиях: научное обеспечение развития / В. А. Федоров // Образование и наука. Известия Уральского отделения Российской академии образования. 2008. № 9. С. 127–135.

132. *Федоров В. А.* Теоретические аспекты непрерывного профессионально-педагогического образования / В. А. Федоров // Образование и наука. Известия Уральского отделения Российской академии образования. 2000. № 2. С. 60–71.

133. *Холостова Е. И.* Социальная работа с дезадаптированными детьми / Е. И. Холостова. 3-е изд., перераб. и доп. Москва: Дашков и К°, 2015. 271 с.

134. *Хуторской А. В.* Ключевые компетенции как компонент личностно ориентированной парадигмы образования / А. В. Хуторской // Народное образование. 2003. № 2. С. 58–64.

135. *Чимаров В. М.* Культура здоровья педагога как основа формирования здоровой личности в культурно-информационном образовательном пространстве / В. Н. Чимаров, Н. Н. Малярчук // Валеология. 2011. № 2. С. 80–85.

136. *Щедрина А. Г.* Здоровый образ жизни: методологические, социальные, биологические, медицинские, психологические, педагогические, экологические аспекты: монография / А. Г. Щедрина. Новосибирск: Альфа-Виста, 2007. 144 с.

137. *Щедрина А. Г.* Онтогенез и теория здоровья: методологические аспекты: монография / А. Г. Щедрина. Новосибирск: Изд-во Сиб. отд-ния РАМН, 2003. 164 с.

138. *Щербаков А. И.* Психологические основы формирования личности советского учителя в системе высшего профессионального образования / А. И. Щербаков. Ленинград: Просвещение, 1967. 268 с.

139. *Эльконин Б. Д.* Психология развития: учебное пособие / Б. Д. Эльконин. 4-е изд., стер. Москва: Академия, 2008. 141 с.

140. *Юдин Б. Г.* Здоровье человека как проблема гуманитарного знания / Б. Г. Юдин // Философия здоровья. Москва: Изд-во Ин-та философии РАН, 2001. С. 61–85.

141. *Якиманская И. С.* Личностно ориентированное обучение в современной школе / И. С. Якиманская. Москва: Сентябрь, 1996. 96 с.

142. *Ajzen I.* The theory of planned behavior [Electronic resource] / I. Ajzen // Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991. P. 179–211. Access mode: <http://academic.research.microsoft.com/Publication/1394146/the-theory-of-planned-behavior>.

143. *Bandura A.* Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective / A. Bandura // Annual Review of Psychology. 2001. № 52. P. 1–26.

144. *Huitt W.* Social Learning Perspective [Electronic resource] / W. Huitt, D. Monetti // International Encyclopedia of the Social Sciences. Farmington Hills, MI. Access mode: <http://www.edpsycinteractive.org/papers/soclrnpers.pdf>.

145. *Kolbe L. J.* Increasing the Impact of School Health Promotion Programs: Emerging Research Perspectives / L. J. Kolbe // Journal of Health Education. 1986. № 17 (5). P. 47–52.

146. *Lenio J.* Analysis of the Transtheoretical Model of Behavior Change [Electronic resource] / J. Lenio. Access mode: <http://www2.uwstout.edu/content/rs/2006/14Lenio.pdf>.

147. *Leventhal H.* The common-sense model of self-regulation of health and illness / H. Leventhal; L. Cameron (Eds.) // The self-regulation of health and illness behavior. London; New York: Routledge, 2003. P. 42–65.

148. *Ottawa Charter for Health Promotion* [Electronic resource] // World Health Organization. Access mode: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

149. *Prochaska J.* The Transtheoretical model of health behavior change / J. Prochaska, W. Velicer // American Journal of Health Promotion. 1997. № 12 (1). P. 38–48.

150. *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.

151. *WHO Constitution* [Electronic resource] // World Health Organization. Access mode: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/>.

152. *Zuckerman M.* Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal. Hillsdale / M. Zuckerman. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1979. 464 p.

**Диагностика готовности педагога
к здоровьесориентированной деятельности
в образовательной организации
(авторы – Т. Н. Леван, Е. И. Черепанова)**

Для обеспечения эффективности организации здоровьесориентированной деятельности педагогического коллектива и каждого педагога важно организовать рефлексивное осмысление сотрудниками своих ресурсов, установок, позиций. Для этого можно использовать следующий опросник.

Цель диагностики – вовлечение педагога в круг обсуждаемых проблем в области охраны здоровья обучающихся, формирование у педагога личной ответственности за успешное решение проблемы.

Варианты использования:

- 1) самодиагностика;
- 2) проведение экспертной оценки.

Вопросы сформулированы и подобраны по очередности так, чтобы выявить взаимозависимость культуры здоровья самого педагога и организации им здоровьесориентированной деятельности.

Инструкция

Коллега! Обведите одно из утверждений, которое соответствует Вашему мнению, и дайте письменный ответ, где это необходимо.

1. Готов ли я вести работу в области сохранения здоровья обучающихся? (Ваше личное ощущение.)

- Да;
- скорее да, чем нет;
- скорее нет, чем да;
- нет.

2. На каких предметах можно формировать здоровье ученика в школе?

3. Необходимо ли введение в школьный курс отдельного предмета, формирующего культуру здоровья школьника?

- Да;
- нет.

4. Возможно ли рассмотрение отдельных вопросов здоровья в рамках моего предмета? (В скобках отметьте, какой это предмет.)

- Да;
- скорее да, чем нет;
- скорее нет, чем да;
- нет;
- (...).

5. Свой урок я строю с учетом здоровьесберегающих принципов.

- Да;
- нет;
- не имею представления об этих принципах.

6. Я знаком(-а) с литературой по проблеме охраны здоровья, формирования здорового образа жизни обучающихся.

- Да;
- нет.

7. Я имею свободный доступ к источникам информации по здоровьесбережению и формированию здорового образа жизни обучающихся (нужное подчеркнуть).

- Есть книги, газеты, журналы в домашней библиотеке;
- есть необходимая литература и периодика в библиотеке школы;
- есть такая литература в моем школьном кабинете;
- есть доступ к соответствующим интернет-ресурсам;
- нет доступа к информационным источникам.

8. Я пользуюсь информацией по организации охраны здоровья школьника.

- Да;
- нет;
- не нуждаюсь в получении такой информации.

9. Как я оцениваю свое собственное здоровье?

- Отличное;
- хорошее;
- удовлетворительное;
- неудовлетворительное.

10. Всегда ли в рабочее время (в школе) я контролирую свои эмоциональные проявления?

- Всегда;
- не всегда;

- стараюсь, но плохо получается;
- никогда.

11. Согласен(-сна) ли я с утверждением, что здоровье педагога – часть его имиджа?

- Да;
- нет.

12. Считаю ли я свою педагогическую деятельность здоровьесберегающей?

1) По отношению к ученику:

- да;
- нет;

2) по отношению к себе:

- да;
- нет.

13. Считаю ли я свою педагогическую деятельность здоровьесформирующей?

1) По отношению к ученику:

- да;
- нет;

2) по отношению к себе:

- да;
- нет.

14. Считаю ли я охрану здоровья школьника своей профессиональной обязанностью?

- Да;
- нет.

15. Кто, по моему мнению, должен заниматься сохранением и укреплением здоровья школьника?

16. Перспективной работой по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) учащихся, в которой я приму личное участие, считаю (выберите одно или несколько направлений работы)...

- проведение внеурочных мероприятий по тематике ЗОЖ;
- включение информации, помогающей формировать культуру здоровья, в свои уроки;
- регулярное освещение вопросов, касающихся здоровья школьников, на родительских собраниях;

- создание комфортных гигиенических условий обучения (нормальный световой, тепловой режим, режим проветривания, режим уборки классной комнаты и т. п.);

- создание комфортных психологических условий обучения (моя эмоциональная стабильность, доброжелательность, толерантность);

- учет возрастных и индивидуальных особенностей учащихся при проведении урока;

- проведение физкультминуток на уроке;

- другое _____.

17. Есть ли у меня необходимость в приобретении знаний по организации здоровьесориентированной деятельности в моей профессиональной деятельности?

- Да;

- нет.

Диагностика отношения к здоровью детей и подростков (автор – Т. Н. Леван)

Представленные ниже анкеты могут быть использованы педагогами и родителями не только как диагностический инструментарий, но и как основа для бесед и других видов деятельности, формирующих здоровьесориентированную личностную позицию ребенка.

Результаты анкетирования обрабатываются аналитически, тот или иной ответ ребенка рассматривается как потенциальный материал для проведения работы по формированию здорового и безопасного образа жизни.

При составлении анкет учитывались следующие требования:

- 1) простота обработки (задания закрытого типа для онлайн-тестирования);
- 2) анонимность (обеспечение валидности результатов);
- 3) понятный язык для каждой возрастной группы;
- 4) простота и удобство заполнения детьми (есть онлайн-форма для заполнения);
- 5) быстрота заполнения детьми.

Анкета № 1. Отношение к здоровью

Для дошкольников (3–7 лет) и учеников 1-го класса, не владеющих компьютером (заполняется взрослым во время беседы с ребенком).

Инструкция для взрослого

Попросите ребенка ответить на вопросы анкеты (обращаясь к нему в соответствующем лице, например, «был» или «была»), зафиксируйте его ответы. Если дано только 2 варианта ответа, нужно выбрать один из них. Если дано больше вариантов ответа, ребенок может выбрать столько, сколько считает нужным (ни одного, один, несколько, все). Вы можете немного переформулировать вопрос или предложенные ответы (не теряя при этом смысла), если ребенок не понял их в том виде, в каком они даны.

1. Умешь ли ты объяснять маме, где и что у тебя болит?

- Да;
- нет.

2. Умеешь ли ты объяснять маме, почему у тебя плохое настроение?

- Да;
- нет.

3. Ты хорошо себя чувствуешь? *(Неважно, как ребенок понял вопрос – «здесь и сейчас» или «обычно».)*

- Да;
- нет.

4. Ты помнишь, как ты болел? *(Предполагает ответ ребенка «да» для продолжения выбора ответов, в противном случае отмечается только ответ «не помню».)* **Что тебе запомнилось?** *(Ответ «не помню» уже не зачитывается.)*

- Не помню;
- болела голова/горло/живот или что-то другое;
- родители о тебе заботились больше, чем обычно;
- лежал в кровати;
- разрешали долго смотреть мультики;
- не разрешали бегать и играть;
- не ходил гулять;
- долго читали тебе книжки;
- пил неприятные лекарства;
- давали кушать, что нравится;
- делали уколы;
- нужно было делать что-то неприятное (полоскать горло, закапывать в нос или что-то другое);
- что-то еще запомнилось.

5. Задумывался ли ты, что ребенку важно быть здоровым?

- Задумывался;
- не задумывался.

6. Что ты стараешься делать сам, чтобы не заболеть?

- Соблюдаешь чистоту (умываешься и моешься, чистишь зубы, ходишь в чистой одежде);
- не ешь вредную пищу;
- не пьешь вредные напитки;
- одеваешься по погоде;
- не играешь в опасные игры;
- не сидишь долго у телевизора/компьютера;

- не ругаешься;
- *ответ ребенка* _____.

7. Кто должен заботиться о твоём здоровье?

- Родители;
- ты сам;
- врачи;
- воспитатели (учителя).

8. Зачем тебе нужно здоровье?

- Чтобы у тебя ничего не болело;
- чтобы быть сильным;
- чтобы быть красивым;
- потому что все в твоей семье хотят быть здоровыми;
- не знаю, зачем мне нужно быть здоровым.

9. Если другой ребенок или взрослый предложит тебе играть в опасную игру, то ты

- согласишься с радостью;
- засомневаешься, правильно ли это, но согласишься;
- не согласишься, потому что взрослые будут ругать;
- не согласишься, потому что тебе может быть от этого плохо.

Возраст ребенка _____

Спасибо за участие! Внимательное отношение к жизненной позиции и опыту ребенка – залог благополучия!

Анкета № 2. Отношение к здоровью

Для учащихся 2–4-х классов.

Инструкция

Внимательно прочитай предложения и выбери ответ (ответы), которые соответствуют твоему мнению. Если дано только 2 варианта ответа, нужно выбрать один из них. Если дано больше вариантов ответа, можно выбрать столько, сколько считаешь нужным.

1. Я смогу объяснить учителю, почему у меня хорошее или плохое настроение.

- Да;
- нет.

2. Я обычно чувствую себя хорошо.

- Да;
- нет.

3. Когда я болел, то

- болела голова, или горло, или живот, или что-то другое;
- родители обо мне заботились больше, чем обычно;
- лежал в кровати;
- разрешали долго смотреть мультики и фильмы;
- не разрешали бегать и играть;
- не ходил гулять;
- не ходил в школу;
- мне читали книжки;
- пил неприятные лекарства;
- давали кушать, что нравится;
- делали уколы;
- нужно было делать что-то неприятное (полоскать горло, закапывать в нос);
- что-то еще запомнилось (*что именно?*) _____.

4. Я задумывался, что ребенку важно быть здоровым.

- Да, задумывался;
- не задумывался.

5. Что я стараюсь делать сам, чтобы не заболеть?

- Соблюдаю чистоту;
- правильно питаюсь;
- одеваюсь по погоде;
- не играю в опасные игры;
- не смотрю долго телевизор;
- не играю долго на компьютере;
- занимаюсь спортом дополнительно;
- избегаю вредных привычек;
- не ругаюсь.

6. Кто должен заботиться о моем здоровье?

- Родители;
- я сам;
- врачи;
- учителя.

7. Зачем мне нужно вести здоровый образ жизни?

- Чтобы у меня ничего не болело;
- чтобы на меня не ругались родители и учителя;
- чтобы быть сильным;

- чтобы быть красивым;
- чтобы у меня все получалось в жизни;
- потому что все в моей семье ведут здоровый образ жизни;
- мне не нужен здоровый образ жизни, у меня и так все хорошо;
- не знаю, зачем мне нужен здоровый образ жизни.

8. Если другой человек предложит мне поиграть в опасную игру, то я

- соглашусь с радостью;
- засомневаюсь, правильно ли это, но соглашусь;
- не соглашусь, потому что взрослые будут ругать;
- не соглашусь, потому что мне может быть от этого плохо.

Твои впечатления

Тебе интересно было заполнять анкету?

- Да;
- нет.

Какие вопросы были непонятными? _____.

Спасибо за участие! Внимательное отношение к себе – залог благополучия!

АНКЕТА № 3. Отношение к здоровью

Для учащихся 5–9-х классов.

Инструкция

Внимательно прочитай предложения и выбери ответ (ответы), которые соответствуют твоему мнению. Если дано только 2 варианта ответа, нужно выбрать один из них. Если дано больше вариантов ответа, можно выбрать столько, сколько считаешь нужным.

1. У меня не возникает трудностей с тем, чтобы объяснить другому человеку мотивы моего поступка.

- Да;
- нет.

2. Для меня в последнее время характерно

- отсутствие чувства усталости;
- хороший аппетит;
- хороший сон;
- хорошая память;
- хорошее настроение;

- дружелюбие и доброжелательность к другим;
- отсутствие страха перед чем-либо.

3. Каковы для меня «выгоды» здоровья?

• Могу выбирать любое хобби (спорт, танцы, занятие музыкой и т. д.);

- я не обуза для родителей;
- не чувствую неприятных ощущений в теле (например, не болит голова);

- не утомляюсь от учебы;
- могу выбирать любые продукты питания;
- могу видеться с друзьями, когда захочу;
- *свой ответ* _____.

4. Каковы для меня «выгоды» нездоровья?

- Родители и друзья проявляют ко мне больше внимания и заботы;
- есть больше времени смотреть телевизор;
- есть больше времени играть на компьютере;
- могу пропустить школу;
- *свой ответ* _____.

5. Важно ли быть здоровым для людей моего возраста?

- Важно;
- не важно;
- не задумывался над этим.

6. Что я стараюсь делать для своего здоровья?

- Не курю;
- не пью алкоголь;
- не употребляю наркотики;
- правильно питаюсь;
- одеваюсь по погоде;
- соблюдаю гигиену;
- не смотрю долго телевизор;
- не играю долго на компьютере;
- много двигаюсь (физкультура в школе, прогулки, дополнительные занятия спортом);
- не подвергаю себя риску в общении с другими (не хожу на вечеринки в сомнительные компании, не сажусь в машину к незнакомым людям и т. п.);
- соблюдаю правила дорожного движения;

- делаю уборку в своей комнате;
- позитивно отношусь к себе;
- позитивно отношусь к другим людям и к миру;
- соблюдаю целомудрие в отношениях с противоположным полом.

7. Кто должен заботиться о моем здоровье?

- Врачи:
- родители:
- я сам;
- учителя.

8. Зачем мне нужно вести здоровый образ жизни?

- Не знаю;
- мне не нужен здоровый образ жизни, у меня и так все хорошо;
- чтобы у меня ничего не болело;
- чтобы на меня не ругались родители и учителя;
- чтобы я хорошо выглядел(-а);
- чтобы быть сильным(-ой);
- чтобы быть свободным(-ой) в выборе хобби, питания и т. д.;
- чтобы у меня все получалось в жизни;
- чтобы у меня были здоровые дети;
- так принято в моей семье.

9. Если другой человек предложит мне попробовать что-то новое, то я

- не соглашусь, если буду знать, что есть какой-то риск себе навредить;
- соглашусь с радостью, захочу попробовать, что бы это ни было;
- засомневаюсь, вдруг это может мне навредить, но соглашусь, чтобы не показаться трусом или «белой вороной»;
- не соглашусь, потому что взрослые это не одобряют.

Твои впечатления

Интересно ли тебе было заполнять анкету?

- Да;
- нет.

Какие вопросы были непонятными? _____

Спасибо за участие! Внимательное отношение к себе – залог благополучия!

Анкета № 4. Отношение к здоровью

Для старшекласников.

Инструкция

Внимательно прочитай предложения и выбери ответ (ответы), которые соответствуют твоему мнению. Если дано только 2 варианта ответа, нужно выбрать один из них. Если дано больше вариантов ответа, можно выбрать столько, сколько считаешь нужным.

1. Я обычно оцениваю мотивы своих поступков и использую это при планировании своих действий.

- Да;
- нет.

2. Для меня в последнее время характерно

- отсутствие чувства усталости;
- хороший аппетит;
- хороший сон;
- хорошая память;
- хорошее настроение;
- дружелюбие и доброжелательность к другим;
- отсутствие страха перед чем-либо.

3. Болезнь – дело случая, если уж суждено заболеть, то ничего не поделаешь.

- Согласен;
- не согласен.

4. Каковы для меня «выгоды» здоровья?

• Могу выбирать любое хобби (спорт, танцы, занятие музыкой и т. д.);

• я не обуза для родителей;

• не чувствую неприятных ощущений в теле (например, не болит голова);

- не утомляюсь от учебы;
- могу выбирать любые продукты питания;
- могу видеться с друзьями, когда захочу;
- здоровый, я привлекателен для противоположного пола;
- *свой ответ* _____.

5. Каковы для меня «выгоды» нездоровья?

- Родители и друзья проявляют ко мне больше внимания и заботы;
- есть больше времени смотреть телевизор;

- есть больше времени играть на компьютере;
- могу пропустить учебу;
- могу сдавать экзамены в облегченной форме;
- педагоги относятся ко мне менее требовательно;
- *свой ответ* _____.

6. Важно ли быть здоровым для людей моего возраста?

- Важно;
- не важно;
- не задумывался над этим.

7. Что я стараюсь делать для своего здоровья?

- Не курю;
- не пью алкоголь;
- не употребляю наркотики;
- правильно питаюсь;
- одеваюсь по погоде;
- соблюдаю гигиену;
- не смотрю телевизор подолгу;
- не играю на компьютере подолгу;
- много двигаюсь (физкультура в школе, прогулки, дополнительные занятия спортом);
- не подвергаю себя риску в общении с другими (не хожу на вечеринки в сомнительные компании, не сажусь в машину к незнакомым людям и т. п.);
- соблюдаю правила дорожного движения;
- делаю уборку в своей комнате;
- позитивно отношусь к себе;
- соблюдаю целомудрие в отношениях с противоположным полом;
- позитивно отношусь к другим людям и к миру.

8. Думаю, что мой образ жизни ни в коей мере не является причиной моих болезней.

- Согласен;
- не согласен.

9. Кто должен заботиться о моем здоровье?

- Врачи;
- родители;
- я сам;
- педагоги.