

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

Н. В. Третьякова

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Монография

*Научный редактор действительный член Академии
профессионального образования, доктор педагогических наук,
профессор В. А. Федоров*

Екатеринбург
РГПУ
2013

УДК 371.7
ББК Ч400.55
Т66

Третьякова, Н. В.

Т66 Теоретические аспекты управления качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях: монография / Н. В. Третьякова; под науч. ред. В. А. Федорова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2013. 128 с.
ISBN 978-5-8050-0504-7

Представлены результаты исследования по научному обоснованию общих теоретико-методологических подходов и конкретных механизмов организации и управления качеством здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений, построенных на основе теории управления качеством образования и принципах Всеобщего управления качеством – TQM (Total Quality Management).

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

УДК 371.7
ББК Ч400.55

Рецензенты: член-корреспондент РАО, доктор педагогических наук, профессор П. Ф. Кубрушко (ФГБОУ ВПО «Московский государственный агроинженерный университет им. В. П. Горячкина»); доктор педагогических наук, профессор Т. М. Резер (Ревдинский филиал ГБОУ СПО «Свердловский областной медицинский колледж»); кандидат педагогических наук, доцент Т. В. Андрюхина (ФГАОУ ВПО «Российский государственный профессионально-педагогический университет»)

ISBN 978-5-8050-0504-7

© ФГАОУ ВПО «Российский
государственный профессионально-
педагогический университет», 2013
© Третьякова Н. В., 2013

Введение

Сегодня в условиях устойчивого снижения уровня здоровья детей и подростков на образование как на целостную структуру, обеспечивающую социализацию личности, ложится задача сохранения физического, психического и нравственного здоровья подрастающего поколения. Воспитание человека в духе ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих как наивысшей социальной ценности становится приоритетной задачей российской системы образования (Национальная доктрина развития образования, Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 г.).

Подключение системы образования к решению проблемы охраны здоровья вполне обосновано, поскольку формирование и сохранение здоровья является задачей, главным образом, воспитания, а не лечения. Законом РФ «Об образовании» формирование духовно-нравственной личности, ориентированной на здоровый и безопасный образ жизни, выдвинуто как одно из основных общих требований к современному содержанию образования. Кроме того, установлено, что в общей негативной тенденции состояния здоровья основные темпы роста заболеваемости детей и подростков приходятся на период обучения в средних общеобразовательных учреждениях (Т. В. Зазнобова, О. А. Курсеева, В. Р. Кучма, Р. А. Маткинский, Г. Г. Онищенко, Л. М. Сухарева и др.), причем особенно высокими темпами увеличивается распространенность именно школьно-обусловленных нарушений здоровья: нервно-психических и вегетативно-сосудистых расстройств, нарушений опорно-двигательного аппарата, зрения, функциональных отклонений и хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта. До 40 % детско-подростковой патологии специалисты (М. В. Антропова, М. М. Безруких, Г. Г. Онищенко, Н. Б. Панкова, А. И. Сафронова, Н. К. Смирнов, В. Д. Сонькин, Е. П. Усанова и др.) связывают с влиянием учебных факторов риска (гигиенических, учебно-организационных, психолого-педагогических и др.).

Имея правовое основание (Закон РФ «Об образовании», ст. 32, ст. 51), образовательные учреждения должны взять на себя значительную часть работы по формированию и сохранению здоровья детей, подростков и учащейся молодежи. В настоящем здоровьесберегающая

деятельность учреждениями проводится и диапазон ее достаточно широк. Однако о низком качестве данной деятельности красноречиво свидетельствуют как статистические данные по уровню детско-подростковой заболеваемости, так и уровень компетентности обучающихся в вопросах здоровьесбережения. В частности, исследования показали, что выпускники образовательных учреждений, обладая знаниями в вопросах обеспечения и охраны здоровья в нормативном объеме и нужного качества, далеко не всегда способны успешно использовать их на практике из-за недостаточного уровня мотивации (здоровье не рассматривается как ценность) и практической подготовленности.

Совершенно очевидно, что для обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности от образовательных учреждений требуется ведение системной специфической работы, которая, безусловно, должна быть определенным образом организована и управляема. Необходимость же в управлении возникает всегда, когда нужно обеспечить согласованность работы группы людей и рациональное упорядочение их деятельности, направленной на достижение цели.

Рассмотрение вопроса об управлении качеством здоровьесберегающей деятельности вполне возможно с позиций теории управления качеством образования, построенной на принципах теории социального управления, системного и процессного подходов, теории всеобщего управления качеством. Применение теории управления качеством соответствует инновационному процессу перехода в современном образовании от знаниевого подхода к компетентностному, ориентированности образования на результат. Результатом здоровьесберегающей деятельности учебных заведений должна стать готовность их выпускников к здоровьесберегающей деятельности, позволяющей обеспечить человеку не только сохранность своего здоровья и здоровья окружающих, но и его наращивание. В этом случае обеспечивается реализация личностно ориентированного подхода, нацеленного на социализацию личности (В. А. Лищук, Е. В. Мосткова, В. В. Сериков, И. С. Якиманская и др.).

Анализ степени разработанности исследуемой проблемы показал, что вопросам обеспечения охраны здоровья учащихся образовательных учреждений посвящены многие психолого-педагогические труды. Подходы к пониманию здоровья, причин и механизмов его формирования, сохранения и укрепления, а также диагностики и мониторинга рассмотрены в работах Р. И. Айзмана, Г. Л. Апанасенко, И. И. Брехма-

на, Э. М. Казина, В. П. Казначеева, Л. А. Семенова, Д. З. Шибновой, А. Г. Щедриной и др. Вопросы формирования психического и нравственного здоровья детей и подростков – в трудах Б. Г. Ананьева, Б. Ф. Базарного, Е. П. Ильина, В. Е. Кагана, С. М. Громбаха и др. Исследования по созданию индивидуальных программ обеспечения здоровья учащихся проведены Н. Г. Блиновой, Э. М. Казиным, Н. А. Литвиновой, Н. К. Смирновым и др. Теоретические аспекты формирования валеологической культуры, здоровьесозидающего поведения отражены в научных работах Н. П. Абасиаловой, Э. Н. Вайнера, Г. К. Зайцева, В. В. Колбанова, А. Г. Маджуга, Н. Н. Малярчук, Т. М. Резер, Л. Г. Татарниковой и др. В. К. Бальсевич, М. М. Безруких, Г. И. Зайцев, Н. Н. Куинджи, Л. И. Лубышева, Н. Н. Манжелей, Н. М. Полетаева, Т. М. Резер, Н. К. Смирнов, В. М. Чимаров и др. исследуют особенности валеологического содержания образования, в том числе через физическую культуру, раскрывают практику внедрения здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс. С учетом идей системного и комплексного подхода Г. И. Зайцевым, В. В. Колбановым, Н. К. Смирновым, Ф. Ф. Харисовым и др. рассматриваются вопросы организации здоровьесберегающей деятельности в учебных заведениях. Работами Л. А. Башариной, В. А. Вишневого, Н. А. Голикова, Е. А. Демина, В. Н. Ирхина, М. Ю. Кирилловой, М. Г. Колесниковой, С. В. Ким, Л. А. Коротаевой, Е. О. Школы и др. представлено организационное направление здоровьесберегающей деятельности – речь идет о валеологических службах, школах здоровья. Однако о целостной концепции организации и управления здоровьесберегающей деятельностью в образовательных учреждениях как важнейших составляющих в обеспечении качества данной деятельности говорить не приходится. Следует отметить, что не поднимается исследователями и вопрос о качестве данной деятельности. Отсутствуют единые подходы к направлению и содержанию деятельности по охране здоровья обучающихся в учебных заведениях. Не существует и развитой инфраструктуры организационных форм здоровьесбережения. В учебных заведениях этот вид деятельности внедряется достаточно сложно и различается по своим задачам, направлениям, составу участников. Можно отметить, что в целом вопросы повышения или обеспечения качества здоровьесбережения, а также управления им (включая вопросы качества результата, качества системы и процесса обеспечения

управления (в соответствии с теорией управления качеством образования)) как таковые не ставились и, как следствие, не были всесторонне изучены с научных позиций.

Соответственно, цель настоящего исследования заключается в теоретическом обосновании и разработке организационно-педагогических основ управления качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях, обеспечивающих возможность охраны здоровья детей, подростков и учащейся молодежи, в условиях современных потребностей личности, государства и общества.

Задачи исследования:

- проанализировать предпосылки исследуемой проблемы в педагогической теории и практике;
- уточнить и дополнить понятийно-терминологический аппарат исследования;
- обосновать и разработать модель выпускника, отражающую его жизненную позицию в вопросах отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих – его готовность к здоровьесберегающей деятельности;
- рассмотреть и научно обосновать возможность управления качеством здоровьесберегающей деятельности с позиций теории управления качеством образования, построенной на принципах теории социального управления, системного и процессного подходов, теории всеобщего управления качеством;
- обосновать и разработать модель управления качеством здоровьесберегающей деятельности на основе формирования готовности выпускника образовательного учреждения к здоровьесберегающей деятельности.

В соответствии с представленными задачами и выстраивалась структура работы.

Глава 1. КАЧЕСТВО ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. Здоровьесберегающая деятельность образовательных учреждений: современное состояние и проблемы

Вопросы охраны здоровья детей и подростков в условиях образовательных учреждений интересовали многих исследователей: от Епифания Славинецкого (XVII в.) и Феофана Прокоповича (XVIII в.) до современных исследователей-валеологов – И. И. Брехмана, Э. Н. Вайнера, В. Н. Ирхина, Э. М. Казина, В. В. Колбанова, Л. Г. Татарниковой и др. В настоящее время задача охраны здоровья детского населения преимущественно решается посредством здоровьесберегающей деятельности общеобразовательных учреждений. Это обусловлено тем, что большая часть детского населения – учащиеся, и основную часть времени они проводят в стенах учебных заведений, при этом установлена прямая зависимость уровня здоровья детей от состояния образовательной среды, в которой ребенок находится [152, с. 24–33].

Исследователи выделяют две основные группы факторов, влияющих на здоровье человека: 1) факторы здоровья, укрепляющие здоровье; 2) факторы риска, ухудшающие здоровье [78, 185 и др.]. Факторы риска определяются как сочетание условий, агентов, как определенное физиологическое состояние, образ жизни, значительно увеличивающий подверженность той или иной болезни, повышающий вероятность утраты здоровья, возникновения и рецидива болезней. Влияние факторов риска на организм заключается в снижении резистентности, нарушении развития, облегчении возникновения болезней под воздействием причинных агентов.

В эпидемиологических исследованиях широкое распространение получила концепция, согласно которой действие факторов риска является сугубо индивидуальным и вероятность развития того или иного заболевания зависит от адаптационных возможностей организма [78, с. 49–52]. На действие определенных факторов риска каждый индивидум реагирует по-своему. Единым для всех является развитие неспе-

цифической адаптационной реакции с формированием определенных донозологических состояний. Следовательно, все факторы, вызывающие неспецифические адаптационные реакции организма и ведущие к снижению его адаптационных возможностей, могут рассматриваться как факторы риска дезадаптации, которые одновременно являются и факторами риска заболеваний, поскольку представляют собой следствие нарушения гомеостаза и срыва адаптационных механизмов.

Таким образом, интенсивность любого фактора может быть исследована по отношению к различным функциональным состояниям организма. Отсюда следует, что при массовых обследованиях одновременно со структурой здоровья можно определять основные факторы риска для каждого из функциональных состояний и, таким образом, эффективно воздействовать на структуру здоровья путем борьбы с соответствующими факторами.

По мере накопления данных о факторах риска медициной предлагались разные подходы к распределению их по группам. Ученые ориентировались на особенности самого фактора риска, длительность, тяжесть его воздействия и т. п. Исследования наиболее значимых для оценки показателей здоровья факторов показали, что образ жизни может являться ведущим фактором, обуславливающим состояние здоровья человека в современных условиях [5, 6, 12, 59, 185 и др.]. К образу жизни относятся 50–55 % всех факторов, а главное, в отличие от социальных и природных условий, образ жизни действует на здоровье непосредственно (социальные и природные условия и факторы – опосредованно). На втором месте по статистическому «весу» находятся многообразные природные и социальные, техногенные и прочие факторы окружающей среды (20–25 %), а также генетические, наследственные факторы (15–20 %). На долю здравоохранения (систем, служб, учреждений) приходится 8–10 % [185].

В научной литературе система образования описывается как один из весомых социальных факторов, влияющих на показатели здоровья детей и подростков. С негативным влиянием именно факторов риска образовательной среды специалисты связывают до 40 % детско-подростковой патологии [5, 78, 90, 117, 121, 129 и др.].

Современная образовательная среда предъявляет высокие требования к учащимся, зачастую превышающие их психофизиологические возможности, и может способствовать, таким образом, ухудше-

нию течения и контролируемости соматических заболеваний и являться фактором риска [34, с. 3]. Условия воспитания и обучения в образовательных учреждениях, согласно оценкам ряда исследователей, являются умеренно опасными. Среди ведущих факторов риска, определяющих формирование неблагоприятной образовательной среды, выделяют неправильное размещение здания учебного заведения, переукомплектованность, недостаточную оснащенность мебелью соответствующих размеров, неправильное рассаживание учащихся, нарушение светового режима, недостаточное медицинское обеспечение, неправильную организацию учебного процесса и питания, нерациональное распределение учебных нагрузок, высокую степень интенсификации учебного процесса и др. [69, 117, 132, 139 и др.]. Среди названных факторов риска особо нужно выделить высокий уровень учебной нагрузки и нерациональную организацию учебного процесса. Именно данные факторы обуславливают ухудшение состояния здоровья детей и подростков, обучающихся в современных учебных заведениях, что проявляется в дисгармоничном физическом развитии, снижении некоторых функциональных возможностей организма и повышении уровня заболеваемости. Современные инновационные программы обучения, сопряженные с повышенным уровнем учебных нагрузок, приводят к нарушению психологического состояния учащихся, способствуют повышению уровня общей школьной тревожности, низкой физиологической сопротивляемости стрессу и т. п. [34, с. 5–6].

Факторы риска образовательной среды условно можно разделить на три большие группы: гигиенические факторы, учебно-организационные, психолого-педагогические (отражают, соответственно, условия обучения, учебную нагрузку и особенности взаимоотношений в педагогическом коллективе в том или ином образовательном учреждении). К первым относятся те, что касаются реальных условий учебного процесса и подлежат гигиеническому нормированию. Во вторую группу входят факторы, отражающие всю информационную сторону учебного процесса и организацию обучения. В третью – касающиеся стиля взаимоотношений между педагогами и учащимися, в том числе способов оценки результатов учебной деятельности. В конечном счете, к факторам риска относится любое несоответствие условий обучения, требований индивидуальным возможностям и особенностям учащихся.

Осознавая существование факторов риска и неся ответственность за состояние здоровья воспитанников и обучающихся, образовательные учреждения должны проводить работу по формированию, сохранению и укреплению их здоровья.

Сегодня данная деятельность реализуется на основе теоретического и практического опыта валеологии – науки, изучающей механизмы физиологического, психологического, социального развития и сохранения здоровья человека в условиях его жизнедеятельности, осуществляемой при значительных изменениях внешней и внутренней среды [120].

В качестве основных направлений в обеспечении охраны здоровья обучающихся и воспитанников образовательных учреждений можно выделить следующие:

- изучение влияния факторов риска, в том числе внутришкольной среды, на уровень состояния здоровья субъектов образовательного процесса (М. В. Антропова, М. М. Безруких, Г. Г. Онищенко и др.);
- разработка технологий и программ мониторинга состояния здоровья субъектов образовательного процесса, здоровьесберегающей среды учебного заведения (Э. М. Казин, Л. А. Семенов, Д. З. Шибкова и др.);
- исследование причин и механизмов формирования, сохранения и укрепления здоровья субъектов образовательного процесса в условиях учебного заведения (И. И. Брехман, В. П. Казначеев, В. В. Колбанов и др.);
- разработка и применение здоровьесберегающих технологий в учебно-воспитательном процессе (Г. И. Зайцев, Н. М. Полетаева, Н. К. Смирнов и др.);
- формирование валеологической культуры субъектов образовательного процесса (Э. Н. Вайнер, Н. Н. Малярчук, Л. Г. Татарникова и др.);
- изучение организационных направлений здоровьесберегающей деятельности (В. Н. Ирхин, Э. М. Казин, С. В. Ким и др.).

Исследователи выделяют два основных направления организации здоровьесберегающей деятельности: валеологические центры и валеологические службы.

Валеологические центры предоставляют человеку возможность оперативного получения информации о состоянии здоровья, его динамике в связи с изменением образа жизни, применением корректирую-

щих процедур [45, 46, 61 и др.]. Это достаточно сложные комплексные структуры, которые могут быть созданы при крупных исследовательских центрах, какими являются университеты. В задачу центров наряду с решением проблем здоровья студентов вузов также входит работа с общеобразовательными учреждениями. Но эта совместная деятельность затруднена вследствие «отчужденности» данных структур [61].

Второе направление – организация *валеологических служб* (службы здоровья, службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса) – является более перспективным. Валеологическая служба не призвана заменить медицинскую и не является альтернативной ей. Исходя из понимания здоровья как единого феномена, в структуре которого присутствуют психический, физический и нравственный компоненты, валеологическая служба консолидирует усилия специалистов разных профилей для педагогического, психологического, медицинского, социального, правового и любого другого содействия реализации прав каждого человека на созидание, охрану, укрепление и воспроизводство своего здоровья [56].

Основными направлениями деятельности валеологических служб являются следующие:

- мониторинг здоровья и диагностический скрининг;
- прогнозирование динамики здоровья и прогностический скрининг;
- подбор валеологических и оздоровительных технологий;
- осуществление коррекции образа жизни, количества и качества здоровья.

Цель валеологической службы – всемерное содействие всем субъектам образовательного процесса в выборе путей, способов и средств индивидуальной здравотворческой деятельности, начиная с создания мотивации и условий для осуществления этой деятельности, поиска стимулов для утверждения здорового образа (ЗОЖ) и заканчивая расширением круга лиц, вовлеченных в позитивный процесс созидания здоровья, развития личности и повышения эффективности образования в соответствии с психофизиологическими, конституциональными и половозрастными возможностями человека [56].

Структура службы может быть различной в зависимости от типа, наполняемости учебного заведения или структуры муниципальной системы образования. Ее деятельность должна быть ориентирована преимущественно на учащихся, но при неперенной валеологической

активности педагогов и при соответствии их здоровья и образа жизни целям и задачам образовательного процесса [21, 53, 54, 56, 65 и др.].

Благодаря исследовательской работе кафедры валеологии Санкт-Петербургского университета педагогического мастерства, проведенной совместно с Ассоциацией валеологов Санкт-Петербурга, возглавляемой профессором В. В. Колбановым, на сегодняшний день накоплен определенный практический опыт деятельности валеологических служб. Разработанный сотрудниками кафедры «Проект положения о школьной валеологической службе» лег в основу нормативных документов, регламентирующих работу служб здоровья в образовательных учреждениях Санкт-Петербурга. В дальнейшем были определены задачи и квалификационные характеристики участников службы, на основании практического опыта создавались модели служб здоровья [124, 183 и др.].

В целом в отечественной практике организации здоровьесберегающей деятельности в учебных заведениях можно выделить следующие направления:

1. Учебное заведение (школа) как образовательно-оздоровительный центр (В. Ф. Базарный, Е. А. Дегтярев, Г. К. Зайцев, В. Н. Касаткин и др.). Целью деятельности образовательно-оздоровительных центров является оптимизация жизнедеятельности всех участников образовательного процесса на основе валеологических требований с целью сохранения и укрепления здоровья как ресурса каждодневного существования и будущего благосостояния личностного бытия. В этой связи применяются следующие здоровьесберегающие технологии: медико-гигиенические; лечебно- и физкультурно-оздоровительные; экологические; технологии, обеспечивающие безопасность жизнедеятельности; организационно-педагогические и учебно-воспитательные.

2. Учебное заведение (школа) как образовательный центр, сохраняющий здоровье детей (М. М. Безруких, Н. А. Голиков, И. В. Кузнецова, В. Д. Сонькин, Ф. Х. Харисов и др.). Деятельность образовательных центров, сохраняющих здоровье детей, направлена на такую рациональную организацию жизнедеятельности всех учащихся, которая с учетом необходимых и возможных условий конкретного целостного учебно-воспитательного процесса должна обеспечить им высокий уровень здоровья и благополучия в учебной деятельности и во взаимодействии с окружающими. К уже названным здоровьесберегающим технологиям добавляются психолого-педагогические.

3. Адаптивное учебное заведение (школа) (Н. П. Капустин, П. И. Третьяков, Т. И. Шамова, Е. А. Ямбург и др.). Адаптивные учебные заведения обеспечивают рациональную организацию жизнедеятельности всех учащихся с целью достижения оптимального уровня адаптации каждого ребенка к требованиям учебно-воспитательного процесса и, одновременно, подбор форм и методов обучения и воспитания с целью адаптации образовательного процесса к индивидуальным психофизиологическим и психологическим особенностям ребенка. В этом случае перечень применяемых здоровьесберегающих технологий расширяется за счет включения в него социально-адаптирующих и лично-развивающих технологий.

Отечественный опыт здоровьесберегающей деятельности учебных заведений заключается, прежде всего, в следующем:

- создание здоровьесберегающей инфраструктуры образовательного учреждения;
- рациональная организация учебного процесса;
- организация физкультурно-оздоровительной работы;
- организация просветительско-воспитательной работы с учащимися;
- организация просветительской и методической работы с педагогами и родителями;
- организация профилактической работы и динамического наблюдения за состоянием здоровья учащихся.

Следует отметить, что содействие физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей и подростков является одной из главных целей государственной политики РФ. В соответствующих законодательных актах на образовательные учреждения возложена ответственность за формирование и сохранение здоровья учащихся; установлен порядок требований и контроля за соответствием условий осуществления образовательного процесса; акцентируется внимание на необходимости объединения усилий медицинских и образовательных ведомств; предлагается механизм реализации поставленных целей путем создания определенных структур [151].

Однако остается открытым вопрос о том, какова качественная характеристика здоровьесберегающей деятельности, насколько она результативна? С целью решения данного вопроса в 2008 и 2011 гг. методом сбора информации в условиях широкой выборки нами были

проведены анкетирование и опрос. В исследовании приняли участие представители администрации общеобразовательных школ, гимназий, лицеев, профессионально-технических училищ, колледжей и вузов Екатеринбурга и Свердловской области (более 150 учреждений). Основную массу респондентов составили представители средних общеобразовательных учреждений (93,0 %) – директора, заместители по учебной и учебно-воспитательной работе.

Значительная часть руководителей образовательных учреждений (46,7 %) считают, что работа по сохранению здоровья и формированию здорового образа жизни учащихся не должна возлагаться на образовательные учреждения, что большая ответственность ложится непосредственно на семьи детей, подростков, молодежи (86,6 %). Здесь следует заметить, что Законом Российской Федерации «Об образовании»¹ на образовательные учреждения возложена ответственность за жизнь и здоровье обучающихся во время образовательного процесса (ст. 32). Именно к компетенции образовательных учреждений относится создание необходимых условий, гарантирующих охрану и укрепление здоровья обучающихся и воспитанников (ст. 51). Ответственность за создание этих условий несут должностные лица каждого конкретного образовательного учреждения в соответствии с законодательством Российской Федерации и уставом данного образовательного учреждения (ст. 51). Этот факт респонденты не оспаривали: отвечая на вопрос, кто является ответственным за состояние и ведение здоровьесберегающей деятельности, 53,3 % опрошенных² назвали руководителя образовательного учреждения, 53,3 % – его заместителей³. Следует отметить возросшую ответственность представителей администрации, поскольку в 2008 г. оставляли за собой руководство и контроль над здоровьесбережением только 33,6 % заместителей руководителей и 8,4 % директоров. Кроме представителей администрации ответственность также возлагается на педагогов биологических дисциплин (биологии, ОБЖ и др.) (33,2 %), педагогов по физической культуре (20,2 %) и медицинских работников образовательных учреждений (13,3 %).

¹ Об образовании: Федер. закон РФ от 10 июля 1992 г. № 3266-1 // Рос. газ. 1992. 31 июля.

² Данные исследования, проведенного в 2011 г.

³ Отвечая на этот и некоторые другие вопросы анкеты, можно было выбрать несколько вариантов ответа.

Характер проводимой в образовательных учреждениях (ОУ) здоровьесберегающей деятельности большинством респондентов отмечается как планомерный (в плане работы образовательного учреждения предполагается наличие ряда мероприятий по охране здоровья обучающихся, однако анализируется работа частично) – 73,3 % (в 2008 г. – 33,6 %). В некоторых ОУ деятельность по здоровьесбережению ведется системно (наличие ответственных лиц, строгое планирование, контроль и анализ деятельности) – 20,0 % (в 2008 г. – 17,3 %), в других отличается спонтанностью (четкого плана работы нет, стихийность в работе, анализ деятельности не проводится) – 6,7 %.

Несмотря на планомерность проводимой в образовательных учреждениях работы по здоровьесбережению, ее эффективность оценивают как хорошую только 13,0 % респондентов (в 2008 г. – 42,4 %). 80,0 % опрошенных называют качество работы удовлетворительным, 7,0 % – неудовлетворительным. Следует отметить, что в число респондентов, выбравших оценку «удовлетворительно», входят сотрудники школ, имеющих в своей структуре специализированные подразделения – службы здоровья (13,0 %). В этой связи можно, как нам кажется, говорить о том, что данные подразделения ведут свою работу недостаточно эффективно.

Среди трудностей, с которыми сталкивается образовательное учреждение при попытке реализовать здоровьесберегающую политику, респонденты называют прежде всего нехватку квалифицированных кадров (46,6 %), а также отмечают отсутствие системности в проводимой здоровьесберегающей деятельности, ее нескоординированность, недостаточность контроля и анализа (40,0 %). Фиксируется отсутствие взаимосвязи между специалистами, осуществляющими здоровьесберегающую деятельность в образовательном учреждении (медицинским работником, психологом, педагогом по физической культуре и др.) (40,0 %), а также недостаточный уровень их компетентности в вопросах здоровьесбережения (33,3 %)¹.

Также имеет место отсутствие стимулирования здоровьесберегающей деятельности со стороны вышестоящих органов управления образованием (20,0 %), влекущее за собой недостаточный уровень мотивированности педагогов (6,7 %). Последний факт также можно объяснить от-

¹ Заметим в этой связи, что о необходимости специализированного обучения заявили 100 % опрошенных.

сутствием функциональных обязанностей по ведению деятельности по охране здоровья обучающихся, отраженных в должностных инструкциях (26,0 %), либо их неконкретной формулировкой (43,0 %).

В качестве мер, необходимых для обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях, респонденты выбрали такие позиции, как стимулирование педагогических работников (53,3 %); специализированное обучение педагогов по вопросам здоровьесбережения в условиях образовательного учреждения (80,0 %); консультирование учащихся и их родителей, педагогов по вопросам здоровья и здорового образа жизни (53,3 %); усиление контроля за выполнением здоровьесберегающей деятельности (33,3 %); назначение ответственного лица (организатора оздоровительной работы) за здоровьесберегающую деятельность в ОУ, наделенного соответствующими полномочиями (20,0 %; в 2008 г. – 100,0 %). Но в первую очередь – создание структурных подразделений, осуществляющих медико-психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса в образовательном учреждении (86,6 %).

Действительно, создание таких подразделений позволит решить ряд проблем в обеспечении системности здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений: проведение диагностического скрининга медико-психолого-педагогического статуса учащихся (так ответили 80,0 % респондентов); создание автоматизированной информационно-аналитической сети и базы полученных данных (60,0 %); ведение соответствующего мониторинга (93,3 %); обеспечение системного анализа и оценки получаемой информации (80,0 %); разработка и реализация образовательных программ здоровьесбережения (60,0 %); интеграция усилий педагогических, медицинских и психологических работников образовательного учреждения в обеспечении охраны здоровья учащихся (80,0 %).

Респонденты уверены, что создание подразделения медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса в образовательном учреждении повысит качество работы по здоровьесбережению (100,0 %); обеспечит интеграцию усилий педагогических, медицинских и психологических работников образовательного учреждения (93,3 %); позволит структурировать работу по здоровьесбережению, более четко осуществлять планирование и контроль (73,3 %). Отметим, что для ряда образовательных учреждений это

должно стать одним из инновационных направлений деятельности (26,6 %). 93,3 % опрошенных считают, что на сегодняшний день необходимо создание данных подразделений, однако на деле только 13,0 % от общего числа учреждений имеют специализированные структуры, осуществляющие здоровьесберегающую деятельность, еще в 13,3 % их создание планируется.

Следует отметить, что для организации данных структур существует ряд официальных предпосылок – в частности, приказ Министерства образования РФ № 1418 «О Центре содействия укреплению здоровья обучающихся, воспитанников образовательного учреждения», кроме того, имеется ряд публикаций о целесообразности внедрения в учебные заведения такого рода структур [152]. Тем не менее, процесс идет сложно. Главной причиной такого положения дел является нерешенность ряда основополагающих организационно-педагогических проблем, касающихся принципов реализации здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях [152].

Таким образом, решение задачи охраны здоровья детей и подростков в учебных заведениях предполагает обязательное взаимодействие педагогов, психологов, медицинских и социальных работников. Такое взаимодействие позволяет обеспечить организация соответствующей структуры (службы или центра здоровья, службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса и т. п.), которая будет упорядоченно осуществлять деятельность по охране здоровья детей и подростков.

Выявленные в ходе исследования данные свидетельствуют о единстве субъектов в понимании проблемного поля здоровьесбережения, приоритетных путей его решения и готовности к активной деятельности. Педагоги заинтересованы в повышении профессиональной компетентности и определенных управленческих решениях. Однако прежде чем говорить о качестве и результативности здоровьесберегающей деятельности, следует определить с педагогических позиций, что есть здоровье, поскольку именно здоровье является в нашем случае системообразующим фактором – фактором, вокруг которого следует выстраивать систему организации и управления качеством здоровьесберегающей деятельности.

Здоровье традиционно рассматривается прежде всего как медицинская категория, что находит отражение в определениях данно-

го понятия (здоровье как отсутствие болезней), подходах к сохранению здоровья (соблюдение санитарно-гигиенических требований и др.), критериях его оценки (морфофункциональные показатели организма, заболеваемость и др.) (Р. М. Баевский, В. В. Колбанов, В. Н. Ростовцев, К. С. Хруцкий и др.). С позиций медицинского подхода охрана здоровья предполагает его восстановление (лечение) и профилактику, основанную на соблюдении ряда гигиенических требований в отношении питания, двигательной активности и др. Данный подход не рассматривает направленное воздействие на формирование духовно-нравственной позиции личности (причем в первую очередь человека растущего и развивающегося), ориентированной на здоровый образ жизни. Данное формирование возможно обеспечить в условиях образовательной среды.

Возложение на образовательные учреждения функции охраны здоровья повлекло за собой прямую трансформацию медицинского подхода к сохранению здоровья и параметрам его оценки, что, на наш взгляд, является недопустимым, поскольку функции медицины и образования совершенно различны. Функцией образования является обучение, воспитание, развитие – т. е. обеспечение социального становления личности, соответственно, подход к охране и параметрам оценки здоровья должен отличаться от медицинского подхода, но при этом не исключать, а учитывать основные позиции последнего. Данное видение предполагает рассмотрение здоровья с позиций педагогики и применение наряду с медицинским педагогического подхода как к его трактовке, так и к деятельности по его охране в условиях образовательного процесса.

1.2. Современные подходы к определению понятия «здоровье»

Здоровье как сложное многомерное явление современного мира исследуется с позиций разных наук. Предлагается множество формулировок, определяющих его, что, бесспорно, позволяет представить здоровье как явление комплексное, разноуровневое и многоаспектное. Однако, несмотря на значимость и частое использование этого понятия, в философских и энциклопедических словарях его определение отсутствует. По мнению Б. Г. Юдина, философское определение дан-

ного понятия могло бы получить неоценимую методологическую поддержку громадного разветвленного теоретического аппарата философии, аккумулирующего опыт многих поколений мыслителей в самых различных областях творчества и жизнедеятельности. В частности, люди могли бы с помощью философии получить общие ориентиры на пути к достижению здоровья, и тем самым реально сократить этот путь [189].

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 здоровье отражает одну из фундаментальнейших характеристик человеческого существования.

Прежде всего, следует обратить внимание на тот факт, что употребление понятия «здоровье» в научном языке далеко не всегда бывает строгим и однозначным. Этот термин используется, как уже было замечено, в самых разных научных дисциплинах, и в каждом случае – при решении чаще всего узких специфических задач. Это ведет не столько к унификации понятия, сколько к расширению спектра его значений. Содержание же, следовательно, задается различными дисциплинарными и смысловыми перспективами. Причем сами перспективы формируются опытом восприятия людьми здоровья и отношением к нему. Бесспорно, этот опыт находится под влиянием колоссального множества факторов самой разной природы, колоссального настолько, что сегодня мы не готовы его не то чтобы упорядочить, а хотя бы как-то ограничить. Поэтому, видимо, в настоящее время лучше говорить не о достижении максимальной аналитической строгости в оперировании понятием «здоровье», а о заключенных (или по крайней мере предполагаемых) в нем возможностях синтеза отдельных, частных и заведомо односторонних, неполных представлений о здоровье [168].

Сложность, многомерность понятия «здоровье» обуславливает необходимость применения *интегративного подхода* в изучении этого феномена, что позволит объединить методологически специфические представления и концепты, выявленные с позиций разных наук. При этом важно выделить те составляющие интегративного методологического подхода, которые наиболее значимы при изучении здоровья и позволят выявить интегрирующие основания исследования.

Одним из первых отметим *системный подход*, позволяющий рассматривать познаваемый объект как систему того или иного уровня (И. В. Блауберг, Б. Г. Юдин и др.). С позиций данного подхода здоровье возможно представить через инфотом – структурированное представление исследуемой системы, пирамиду информационных моделей, отражающую состояние послойной структурной организации исследуемой системы [152, с. 8–9]. Соответственно, инфотом здоровья – иерархически разветвленное дерево, имеющее ряд уровней: интегральное здоровье; статусы физического, психического и социального здоровья; компоненты статусов здоровья; составляющие компонентов здоровья; отдельные показатели составляющих здоровья. В свою очередь на каждом уровне находится различное количество информационных моделей, отражающих текущее состояние этого уровня [152]. Данный подход позволяет представить раскрытую структуру здоровья и дает возможность использовать показанные уровни для проведения диагностических исследований и оценки.

Обращаясь к инфотому здоровья, мы показываем очевидность того, что здоровье является системным объектом исследования. А значит, изучению подлежат его следующие аспекты: 1) сущность здоровья; 2) способы оценки здоровья; 3) норма здоровья [130, с. 154–155].

Рассматривая здоровье через призму организации человеческого бытия, К. С. Хруцкий берет за основу созданную в XX в. отечественным нейрофизиологом П. В. Симоновым триадную структуру основных потребностей (мегапотребностей) человека. К данным потребностям относятся витальные (биологические), социальные в узком и собственном смысле слова (поскольку социально опосредованы все побуждения человека) и идеальные потребности познания окружающего мира и своего места в нем. К. С. Хруцкий ведет речь о трехчастности психофизиологической организации бытия человека в окружающем его мире, т. е. о существовании биологического (физиологического, вегетативного, физического), душевного (чувственного) и духовного (идеального) уровня (слоя) организации человека. Позиция автора такова, что здоровый человек всегда предстает в гармоничной целостности всех трех порядков своего бытия: физического (биологической жизни), душевного (социальной адаптированности) и духовного (личностной удовлетворенности) [175].

На триединство составляющих здоровья человека указывается и в уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): здоровье есть состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов [152].

На сегодняшний день основными составляющими (видами) здоровья человека признаны следующие: соматическое (телесное) здоровье – текущее состояние органов и систем органов человека; физическое здоровье – уровень развития и функциональных возможностей органов и систем организма; психическое здоровье – состояние психической сферы человека; нравственное здоровье – комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информационной основы жизнедеятельности человека.

Обратимся еще раз к определению ВОЗ, в котором здоровье рассматривается в том числе и как состояние, противоположное болезни. Болезнь – это состояние и процесс взаимодействия структурно-функциональных нарушений и защитно-приспособительных реакций целостного организма, которые возникают под влиянием внешних и (или) внутренних факторов и, как правило, приводят к нарушению жизнедеятельности.

Здоровье и болезнь качественно различны, но при этом находятся в диалектическом единстве. Заметим, в подавляющем большинстве работ подчеркивается, что абсолютное здоровье является абстракцией. В понимании здоровья как явления, противоположного болезни, имеются недостатки: 1) в определении здоровья как «не болезни» изначально заложена логическая ошибка, так как определение понятия через отрицание не может считаться полным; 2) данный подход субъективен, поскольку здоровье видится как отрицание всех известных болезней, при этом без внимания остаются неизвестные; 3) такое определение носит описательный и механистический характер и не позволяет раскрыть сущность феномена индивидуального здоровья, его особенностей и динамики.

Давая определение здоровья, следует учитывать, что здоровье и болезнь не соотносятся между собой по принципу дихотомии: либо есть, либо нет; либо человек здоров, либо болен. Здоровье предстает в виде жизненного континуума от 0 до 1, на котором оно присутствует всегда, хотя и в разном количестве. Даже у тяжелобольного есть некое количество здоровья, хотя его очень мало. Абсолютно полное исчезновение здоровья – это смерть.

Данное видение приводит к вопросу о норме здоровья. И. И. Брехман считал данное понятие абстрактным, означающим состояние, предшествующее заболеванию [12]. Поскольку такое состояние может быть неодинаковым у разных людей, однозначного понятия нормы здоровья, применимого везде и всюду, не существует. Под нормальным состоянием целесообразно понимать не столько нахождение определенных показателей в заданных диапазонах значений, соответствующих среднестатистической норме, сколько сохранение способности так регулировать свои параметры, чтобы обеспечивать уравнивание со средой в различных ситуациях в соответствии с эволюционно сложившимися адаптационными резервами [7, 47 и др.].

С позиции нормы представлены трактовки физического, психического и социального здоровья в исследованиях В. Белова, В. Гриценко, А. Котовой [8]. Физическое здоровье определяется как состояние, при котором интегральные показатели основных физиологических систем организма лежат в границах физиологической нормы и адекватно меняются при взаимодействии человека со средой, выполняя системную функцию – статико-динамический вещественно-энергетический гомеостаз организма человека в целом. Психическое здоровье есть состояние мозга, при котором его высшие отделы обеспечивают нормальное, адекватное для данного общества, интеллектуальное, эмоциональное и сознательно-волевое взаимодействие с социальным окружением, с функцией внутрисистемного информационного гомеостаза мозга. Социальное здоровье трактуется как состояние высших отделов мозга, структура информационных моделей которых обеспечивает адекватные для общества морально-этические проявления личности, выполняя функцию системно-средового информационного гомеостаза.

В общебиологическом плане здоровье можно определить как гармоничное единство всевозможных обменных процессов между организмом и окружающей средой. Результат данной гармонии – согласованное течение разнообразных обменных процессов внутри самого организма, проявляющееся в оптимальной жизнедеятельности органов и систем. Исходя из этого, следует, что здоровье должно отражать способность человека сохранять свой гомеостаз через совершенную адаптацию к меняющимся условиям среды, т. е. активно сопротивляясь таким изменениям с целью сохранения и продления жизни.

На сегодняшний день теории адаптивного реагирования уже подробно описаны. Представим их основные положения: 1) здоровье обеспечивается механизмами адаптации, т. е. приспособления к изменениям внешней и внутренней среды; 2) механизмы адаптации действуют благодаря наличию функциональных резервов в каждой из систем организма, взаимодействующих между собой на основе принципа неустойчивого равновесия (при воздействии на организм внешних и внутренних факторов происходят перестройки во взаимодействии его систем, в самих системах и в организме в целом – реализуется механизм адаптации); 3) сумма резервов всех систем организма создает «запас прочности», который называют потенциалом здоровья, или уровнем здоровья; 4) потенциал здоровья может увеличиваться под воздействием специальных тренировок и при правильном образе жизни, а также может снижаться при неблагоприятных воздействиях и невозполнимых утратах резервов систем организма; 5) увеличение потенциала здоровья достижимо только собственными усилиями человека [152].

Рассмотри основные компоненты здоровья, представленные в трактовке ВОЗ [152].

Представление о сущности соматического компонента таково, что основу здоровья на физиологическом уровне составляет гомеостаз – способность организма обеспечивать постоянство своей внутренней среды вопреки внешним воздействиям. Согласно принципу гомеостаза, здоровье сохраняется, если поддерживается постоянство внутренней среды. В этом случае здоровье (как внутреннее состояние) управляется с помощью системы обратных связей, обеспечивающих контроль за внутренней средой организма и поддерживающих ее постоянство несмотря на изменения окружающих условий. Отсюда важный принцип – принцип сохранения здоровья, основу которого составляет гомеостаз. Но поскольку организм человека не находится в состоянии равновесия с окружающей средой, он постоянно к ней приспособливается, поэтому жизнедеятельность, а значит, и здоровье человека наряду с гомеостазом обеспечивается адаптацией. Отсюда следует вывод о необходимости поддержания в организме оптимального резерва адаптационных возможностей, т. е. принцип увеличения или укрепления резервов здоровья.

Психический компонент здоровья характеризуется следующими признаками: 1) отсутствие выраженных нервно-психических рас-

стройств и отклонений, основной причиной которых являются психологические стрессы; 2) наличие резерва психических возможностей (резерва психической адаптации), позволяющего преодолеть стрессы. Получается, что в рамках психологического обеспечения здоровья важны принципы сохранения здоровья и повышения его резервов.

Социальный компонент здоровья также принято рассматривать в аспекте адаптации как приспособление к условиям общественной жизни, где вышеуказанные принципы отражаются в соответствующих социальных механизмах.

Таким образом, обеспечение жизнедеятельности человека происходит на биологическом (физиологическом), психологическом и социальном уровнях посредством двух основополагающих механизмов: *сохранения здоровья и повышения его резервов*. Важно отметить, что здоровье детей и подростков в процессе их развития, созревания и взросления не только способно сохраняться или наращиваться, но определенным образом строиться и перестраиваться, отсюда актуальной становится задача формирования здоровья. Соблюдение *принципа формирования здоровья* должно обеспечить формирование основных компонентов здоровья детей и подростков на протяжении всей их образовательной деятельности. Следовательно, данный принцип имеет общепедагогическое значение, его соблюдение должно обеспечить человеку совершенствование механизмов сохранения и повышения адаптационных резервов организма путем целенаправленного оздоровления собственного образа жизни.

Такое видение здоровья человека дает основание применить *педагогический подход* к его трактовке. Необходимость данного подхода обусловлена противоречием между неблагоприятным влиянием современной системы образования на здоровье учащихся и значимостью здоровья человека (причем в первую очередь человека растущего и развивающегося). Преодоление этого противоречия возможно в процессе организации соответствующего здоровьесберегающего образования.

Специфическими чертами педагогического подхода, по мнению Т. Ф. Ореховой, являются следующие [110]:

1) *антропологичность* – обусловлена тем, что в рамках здоровьесберегающего образования ведется речь о здоровье только человека, что требует учета психической, духовной и социальной составляющих;

2) *интегральность* – связана с тем, что сохранение здоровья возможно только с учетом всех знаний о человеке, добытых науками, в которых он является предметом изучения. Это обеспечивает сохранение целостности человека, способствует достижению здоровья в единстве всех его составляющих, определяет способ отбора из наук о человеке таких необходимых и достаточных знаний, которые позволяли бы эффективно сохранять, укреплять и наращивать его здоровье;

3) *лично ориентированная направленность процесса сохранения здоровья* – детерминирована тем, что индивид является одновременно и субъектом, и объектом деятельности по творению своего здоровья, в то время как практически во всех науках, изучающих человека, субъект и объект разведены во времени и пространстве;

4) *педагогическая направленность процесса здоровьесбережения* – в рамках целостного педагогического процесса проявляется в том, что педагоги и воспитанники учатся быть здоровыми, приобретая определенные знания о здоровье и соответствующие умения, овладевают культурой здоровья;

5) *гуманистичность* – обусловлена признанием здоровья главной ценностью человеческой жизни.

Учитывая специфику педагогического подхода, с позиций которого здоровье осмысливается в аспекте его формирования в условиях образования, следует полагать, что здоровье как педагогическая категория представляет собой многомерное интегральное личностное образование, отражающее физическое и духовное состояние человека и осознаваемое им как ценность, которая выступает определяющим условием его развития и саморазвития как основы полноценного осуществления человеком его биологических и социальных функций, оптимальной жизнедеятельности.

С позиций *аксиологического подхода* здоровье личности 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.).

В соответствии с *лично-деятельностным подходом* здоровье рассматривается как характеристика личности, формирующаяся в его деятельности и являющаяся результатом этой деятельности (В. П. Белов, А. С. Ворончихин, В. А. Левашова, Т. Ф. Орехова и др.).

Приверженцы *акмеологического подхода* рассматривают здоровье как показатель жизненного благополучия человека и результат его саморазвития (А. А. Деркач, С. В. Кондратьев, Н. М. Полетаева и др.).

Согласно *компетентностному подходу*, 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.).

Рассматривая человека как биопсихосоциальное существо, ряд исследователей анализируют здоровье с позиций *холистического подхода* (В. В. Колбанов, А. Н. Леонтьев, А. Г. Маджуга, Н. М. Полетаева и др.). Для них здоровье представляет собой оптимальное функционирование и развитие человека в духовном плане (осознанная ответственность в социальной и более широких системах жизнедеятельности вплоть до биосферы и ноосферы), в когнитивной (разумный оптимизм и наличие здоровьесотворяющих установок) и психоэмоциональной (эмоциональная уравновешенность) сферах, а также применительно к его биологическому телу (энергичность и физические возможности). Согласно холистическому пониманию здоровья, ведущими являются высокие системные уровни человека, соответственно, психические факторы оказывают более существенное влияние на соматическое здоровье, чем телесное состояние – на психический настрой человека [84, с. 23].

С позиций *культурологического подхода* здоровье трактуется как область человеческой культуры, которая включает в себя в единстве три составляющие: тело, душу и разум, следовательно, здоровье – это совокупность культуры физической (способности управлять своими движениями, своим телом); культуры физиологической (способности управлять физиологическими процессами в организме и наращивать их резервную мощь); культуры психической (способности управлять своими ощущениями, чувствами, эмоциями); культуры интеллектуальной (способности управлять своими мыслями); культуры духовной (способности управлять своей ценностно-смысловой сферой и реализовывать жизненные устремления, связанные с духовным самосовершенствованием) (А. Г. Маджуга, А. Б. Холмогорова и др.).

Обозначенные концептуальные подходы позволяют рассматривать здоровье как целевой ресурс личности, которым можно управ-

лять. У здоровья как ресурса должен быть определенный базис. А. Г. Маджуга рассматривает в качестве такового здоровьесозидающий (здравотворческий) потенциал личности, актуализация которого возможна в образовательном процессе [84].

В контексте современного интегративного понимания здоровья проблема его формирования средствами и в условиях образования требует поиска и выработки таких теоретических подходов к ее решению, которые в первую очередь обеспечивали бы преодоление фрагментарного представления о человеке, сложившегося в результате дифференциации научного знания. Основная опасность такого дискретного изучения человека сегодня проявляется в том, что человек сам перестал осознавать себя как единое целое и свое единство с природой. Это во многом является причиной обесценивания собственного здоровья, абсолютного непонимания его значимости как основы успешности во всех сферах жизнедеятельности [15].

Вместе с тем, все традиционные, а также большинство инновационных подходов и технологий в педагогике, в том числе и ориентированных на здоровье, исходят именно из одностороннего понимания человека прежде всего как личности, являющейся продуктом общественных отношений. И наименее перспективным представляется то, что из всех предлагаемых моделей практически «выпадает» духовность, нравственность как характеристика целостного человека. Одним из немногих исключений является универсальная модель саморазвития человека, представленная К. Я. Вазиной [16].

В основе данной модели лежит философское представление о том, что человек – это уникальная, духовно-природная, саморазвивающаяся система мира, а универсальным механизмом духовно-нравственно-интеллектуально-сенсорно-физического саморазвития человека является резонансное взаимодействие человека с миром и собой. Данные философско-мировоззренческие представления, образующие новое понимание человека, обуславливают необходимость кардинального изменения подходов к социально-практической деятельности, направленной на обеспечение его функционирования в современном мире. В частности, должны быть изменены место и значение здоровья в структуре жизнедеятельности человека. С позиций данной модели, здоровье – это равновесное, гармоничное состояние организ-

ма, которое выступает необходимым условием духовного саморазвития человека, его гармоничного существования и функционирования как части единого многообразного мира [15].

Отличительной особенностью модели саморазвития человека является то, что она оснащена универсальной природно-рефлексивной технологией и комплексом специально разработанных педагогических концептов, условий и средств, обеспечивающих достижение такой образовательной цели, как «запуск» духовно-природного механизма саморазвития каждого обучающегося. Данная технология, будучи универсальной, адаптивна к любому предметному содержанию на любой ступени образования, независимо от его формы и вида. В целом теоретические положения философской концепции саморазвития, а также ее педагогической интерпретации в полной мере отвечают методологическим требованиям исследования здоровья с позиций педагогического подхода.

Таким образом, с позиций педагогического подхода *здоровье* представляет собой многомерное интегральное личностное образование, отражающее физическое и духовное состояние человека, осознаваемое им как ценность, являющееся определяющим условием его развития и саморазвития, детерминированное степенью собственных усилий в наращивании жизненных сил и обеспечивающее формирование устойчивых моделей здравотворческого поведения.

1.3. Готовность выпускника к здравотворческой деятельности как системообразующий фактор здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений

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

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

Творчество есть деятельность человека, направленная на создание духовных и материальных ценностей; то, что создано в результате такой деятельности, совокупность созданного, сотворенного [11, 32]. На взаимовлияние творчества и деятельности личности указывают Б. Г. Ананьев, А. А. Деркач, Б. С. Мейлах и др. Готовность к творческой деятельности и творческой активности рассматривается в трудах В. И. Андреева, Д. Б. Богоявленской, А. Н. Иноземцева, Д. А. Поспелова, В. Н. Смирнова и др. В нашем исследовании ценностью и результатом творчества выступает здоровье.

Исследователи определяют ценности как вещественно-предметные свойства явлений, характеристики, обозначающие положительные и отрицательные значения для индивида и общества [136, с. 5].

Выделяя терминальные и инструментальные классы ценностей, М. Рокич к первым относит убеждения в том, что какая-то конечная цель индивидуального существования с личной и общественной точек зрения стоит того, чтобы к ней стремиться, ко вторым – убеждения в том, что какой-то образ действий является с личной и общественной точек зрения предпочтительным в любых ситуациях [33, с. 18].

Ценности служат ориентиром деятельности и поведения человека только при условии сформированности у него ценностных отношений и сознания [89, 136, 171 и др.].

Ценностное сознание являет собой форму отражения объективной действительности, позволяющую субъекту определить пространство своей жизнедеятельности как нравственно-духовное; это единство психических процессов, активно участвующих в осмыслении человеком объективного мира и своего собственного бытия на основе отражения действительности как мира духовных ценностей. Именно ценностное сознание является основой мировоззрения, строящегося на отражении и проектировании реальной жизни людей, их устремленности в будущее с учетом опыта предшествующих поколений и позиции всеобщего блага [136, с. 121–123].

Ценностное отношение представлено как внутренняя позиция человека, отражающая взаимосвязь личностных и общественных значений. Объектами ценностного отношения являются значимые для человека предметы и явления. Поскольку ценностное отношение – связь субъекта и объекта, в которой свойство последнего не просто значимо, а удовлетворяет потребность субъекта, то ценностью в нем является свойство объекта, отвечающее интересам человека или поставленной им цели [136, с. 124]. Природа ценностного отношения эмоциональна, так как оно отражает субъективную и личностно-переживаемую связь человека с окружающим миром.

Ценностное отношение имеет целостную структуру и существует в качестве проективной реальности, связывающей индивидуальное сознание с общественным, субъективную реальность с объективной [89, с. 33–39]. Рассматривая отношения как субъективную, внутреннюю сторону взаимодействия человека с окружающей действительностью, В. Н. Мясищев характеризует их как интегральную позицию личности в целом, выделяя три типа отношений человека: к миру вещей и явлениям природы; к людям и явлениям социума; к самому себе [99].

Исследуя динамику ценностных отношений, исследователи выделяют уровни развития данных отношений [136, с. 125]:

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

Условием возникновения ценностного отношения является вовлечение его объектов в различные виды деятельности [89]. А значит, здоровьесберегающая деятельность образовательных учреждений должна быть организована таким образом, чтобы повышать внутреннюю активность человека: через формирование необходимого объема знаний и его творческого осмысление к последующему закреплению результатов в различных видах здравотворческой деятельности.

Исследователями установлено, что в основе здоровотворческой деятельности человека лежит непрерывный процесс взаимодействия между ним и ситуациями, в которые он включен и на которые реагирует на основе когнитивных, смысловых и мотивационных факторов, а также того психологического значения, которое ситуация имеет для него в данный момент. Соответственно, основным показателем, свидетельствующим о готовности и способности человека эффективно управлять личной здоровотворческой деятельностью, является уровень сформированности категорий установочной системы на здоровотворческую деятельность [19, 85 и др.].

Здоровотворческую деятельность в этом случае следует представить как осознанную познавательную, деятельностьную, поведенческую и другую активность человека, направленную на сохранение и формирование здоровья. Данная активность должна быть обеспечена соответствующей стратегией, технологиями, приемами и методами. Немалое значение имеет и социально-педагогическая поддержка здоровотворческой деятельности человека со стороны ближайшего окружения.

Понятие «готовность» в толковых словарях русского языка определяется как согласие или желание сделать что-нибудь, содействовать чему-нибудь [10, 32].

Психологические словари трактуют готовность к действию как установку, направленную на выполнение того или иного действия [9, 17 и др.], что предполагает наличие не только определенных знаний, умений, навыков, но и стремления противодействовать возникающим в процессе выполнения действия препятствиям. Готовности приписывается какой-либо личностный смысл в отношении выполняемого действия. Именно как устойчивую характеристику личности рассматривают исследователи готовность, когда обращаются к ее психофизиологическим основам (А. И. Жилина, А. А. Ухтомский и др.); определяют ее компоненты (Б. Г. Ананьев, С. Л. Рубинштейн и др.); говорят о ней как о синтезе свойств личности, определяющих пригодность человека к деятельности (И. А. Зимняя, В. С. Ильин, В. А. Сластенин и др.).

На физиологическом уровне готовность рассматривается в соответствии с учением А. А. Ухтомского, согласно которому механизм данного состояния (готовности) опирается на подвижность «нервных приборов», обеспечивающих переход от «оперативного покоя» к сроч-

ному действию [158]. Своеобразным фоном для готовности выступают психофизиологические процессы (ощущение, восприятие, мышление, эмоции, внимание и др.) как элементы формирования динамического стереотипа¹, что позволяет целенаправленно отбирать специфические требования к способностям человека, в нашем случае здоровотворческих, концентрировать и оценивать их. В зависимости от особенностей здоровотворческой деятельности ключевыми могут быть функции анализаторов, аналитико-синтетические функции центральной нервной системы, а также функции, составляющие основу мотивации, внимания, памяти, двигательных действий. Поэтому *готовность к здоровотворческой деятельности* возможно определить как *субъективное состояние личности, означающее желание и способность заниматься здоровотворческой деятельностью*.

Анализ понятия «готовность» позволяет представить собственно готовность как важное качество личности. Личность в этом случае есть социальная характеристика конкретного человека как субъекта социальных отношений и сознательной деятельности, свободно и ответственно определяющего свою позицию среди других [125, с. 32]. Также личность отличается устойчивостью мотивов поведения и практических действий, интересов, склонностей, определенного мировоззрения, направляющих ее деятельность относительно независимо от текущих ситуаций.

Являясь сложным психологическим образованием, готовность включает в себя ряд взаимосвязанных личностных компонентов (Б. Г. Ананьев, Л. А. Емельянова, С. Л. Рубинштейн и др.): 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, вос-

¹ «Динамический стереотип» – понятие, отражающее интеграцию условно-рефлекторных процессов в коре больших полушарий, которая достигается при многократном предъявлении одних и тех же положительных или тормозных условных раздражителей, следующих с постоянными интервалами времени между ними. При формировании динамического стереотипа происходят существенные энергозатраты, которые в дальнейшем окупаются за счет повышения эффективности работы нервной системы, так как после каждой реакции происходит автоматическая подготовка к последующей [101].

приятия, памяти, мышления, соображения, 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, целеустремленность в деятельности; самоконтроль); оценочный, рефлексивный (самооценка своей подготовленности и соответствия процесса решения задач оптимальным образцам) [4, 131 и др.].

Психологи выделяют длительную готовность и временное состояние готовности (В. В. Краевский). Первая определяет уровень пригодности, вторая – предстартовое состояние к деятельности, в нашем случае здоровтворческой. Данное разделение показывает потенциальное различие общих и ситуационных характеристик психологических систем. Кроме того, предполагается существование некоего индивидуального, личностного барьера психологической готовности к деятельности [13, с. 121].

В различных источниках готовность трактуется как состояние, свойство или качество личности, но в любом случае готовность является предпосылкой к эффективной деятельности. Соответственно, ведя речь о сущности и содержании готовности выпускников к здоровтворческой деятельности, необходимо принимать во внимание, что они обусловлены закономерностями жизнедеятельности человека и будут определяться, прежде всего, целями и характером решаемых в течение жизни задач, связанных с охраной здоровья.

Готовность к здоровтворческой деятельности следует определить как *состояние мобилизации психофизиологических систем человека, позволяющих обеспечить эффективное выполнение определенных действий по формированию и сохранению здоровья при вооружении соответствующими знаниями, умениями, навыками, программой действий, решимостью совершать их*. Соответственно, формирование готовности должно быть связано с развитием способностей, интересов и склонностей личности, с ее непосредственными жизненными планами и ценностными ориентациями [13, с. 122].

Становление здоровтворческой личностной позиции выпускника предполагает предварительное создание некоего образа – модели, выступающей ориентиром как для самого субъекта здоровтворческой

деятельности в его развитии (саморазвитии) и анализе (самоанализе), так и для образовательного учреждения, обеспечивающего данное становление. Как система требований к выпускнику модель позволяет предвидеть цели, средства, методы, критерии становления личностно значимых качеств, необходимых для здравотворческой деятельности.

В частности, данная модель должна быть обусловлена целями, характером и закономерностями жизнедеятельности человека; должна определяться степенью сформированности совокупности специфических способностей, личностных свойств, интересов и склонностей человека; должна обеспечивать достижение требуемых результатов в сохранении и формировании собственного здоровья человека в процессе жизнедеятельности; должна являться обобщенным критерием качества здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений [13].

Модель готовности выпускника к здравотворческой деятельности опирается на положение о целостности человеческой личности и предполагает определенную структуру, соответствующую структуре личности. С учетом особенностей здравотворческой деятельности в модели выстраивается структура требований на основе структуры деятельности, развития сознания и всех личностных свойств выпускника.

Особый интерес в этой связи представляют труды В. М. Бехтерева, Л. С. Выготского, В. В. Давыдова, А. Н. Леонтьева, С. Л. Рубинштейна, И. М. Сеченова, А. А. Ухтомского, где человек рассматривался как индивид, личность и субъект деятельности.

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

Личность и как индивид, и как субъект деятельности является продуктом интеграции процессов, осуществляющих жизненные отношения субъекта. Различные формы взаимосвязи субъекта с окружающей средой обеспечивают когнитивная, регулятивная и коммуника-

тивная подсистемы. Согласно системным исследованиям Б. Ф. Ломова, любое психическое явление развертывается одновременно в нескольких планах, раскрывающих разные масштабы его организации. На первом плане фиксируются взаимосвязь и взаимодействие между субъектом и объектом. Психика здесь выступает как субъективное отражение объективного, как регулятор активности субъекта и как структура личностных образований. Второй план – совокупность относительно самостоятельных функциональных образований-подсистем. Третий план фиксирует субъекта в его отношении к системам более высокого уровня: включаясь в социальную систему, человеческий индивид становится носителем социального качества и выступает как личность, а включаясь в биологическую систему, – носителем природных качеств и выступает как организм. Каждая из этих систем, дифференцируясь, становится основанием разнообразных свойств человека: материально-структурных, функциональных, системных. Наконец, четвертый план раскрывает субъекта как движение микросистем (нейрональных интеграций), а психика в целом представляется как отражательная функция мозга. Целостное описание психики предполагает сочетание всех планов [81].

Системный подход к психике человека позволяет установить, что ее целостность и дифференцированность возникают и формируются в ходе развития индивида. Психическое развитие индивида – это движение его основания, смена детерминант, возникновение, формирование и преобразование новых свойств или качеств [13, с. 127].

Системный подход предполагает многообразие источников и движущих сил развития человека, которое всегда связано с системой противоречий (между разными свойствами, уровнями, основаниями, факторами и т. д.) и имеет в виду разные пути их разрешения.

В психологическом плане можно выделить потенциал индивидуально-психического развития (одаренность, специальные способности, работоспособность, трудоспособность) и структурные свойства личности, в том числе темперамент. При этом жизненная целенаправленность личности, мотивация поведения выступают как некая совокупность или система отношений личности к обществу, труду, материальным ценностям, самой себе, культуре, другим людям, как взаимопроникновение смысла и значения, динамика, установки, нравственные позиции и мотивы поведения личности. Все стороны личности

тесно взаимодействуют между собой, однако доминирующее влияние принадлежит социальной стороне: мировоззрению, направленности, потребностям, интересам, идеалам, стремлениям, моральным и этическим качествам.

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

При разработке модели готовности выпускника к здоровотворческой деятельности следует придерживаться той позиции, что готовность в данном случае представляет собой совокупность и структуру психологических и психофизиологических особенностей человека, а также знаний, навыков, умений, необходимых для эффективного выполнения задач сохранения и формирования здоровья.

Поскольку здоровотворческая деятельность сопряжена с самоактуализацией и формированием здоровотворческой личностной позиции человека, как компоненты процесса здоровотворчества нужно обозначить [84]:

- саморефлексию (состояния тела, духа и интеллекта);
- самоцелеполагание (обнаружение нового Я самого себя);
- самопрограммирование (разработка последовательности своих действий по осуществлению себя и поиск ресурсов в себе);
- самореализацию (осуществление процесса выхода на новый образ Я).

Соответственно, основными компонентами при характеристике готовности выпускника образовательного учреждения к здоровотворческой деятельности следует считать:

1) *мотивационно-ценностный компонент*: приоритетность ценности здоровья в системе ценностей; наличие потребности и желания в сохранении и формировании здоровья; доминирующие внутренние мотивации к здоровотворческой деятельности;

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

3) *эмоционально-волевой*: ответственное отношение к собственному здоровью и здоровью окружающих; целеустремленность в здоровотворческой деятельности; стремление к самопознанию, развитию,

самовоспитанию, отраженные в индивидуальном опыте здоровотворческой деятельности; самоконтроль, обеспечивающий систематичность ведения здоровотворческой деятельности;

4) *операционально-процессуальный*: владение способами осуществления здоровотворческой деятельности; перенос индивидуального опыта в сохранении и формировании здоровья в повседневную практику;

5) *оценочно-рефлексивный компонент*: самооценка своей подготовленности и соответствия процесса решения здоровотворческих задач оптимальным образцам.

Содержание компонентов следует рассматривать как систему здоровотворческих способностей личности выпускника учебного заведения, границы целостности которой определяются требованиями здоровотворческой деятельности человека. Все компоненты готовности выпускника к здоровотворческой деятельности взаимосвязаны и взаимообусловлены. В частности, ценностное отношение к здоровью стимулирует мотивацию, обеспечивающую здоровотворческую деятельность личности, влияет на формирование когнитивного компонента. Сформированная мотивация, в свою очередь, оказывает воздействие на развитие эмоционально-положительного отношения к самому процессу здоровотворческой деятельности, способствует проявлению волевых усилий. Положительные эмоции, сопровождающие ситуации успеха, фиксируются в сознании и стимулируют развитие когнитивного, волевого и рефлексивного компонентов. Развитые рефлексивные способности позволяют адекватно оценивать свою активность с позиций здоровьесбережения, корректировать эмоционально-волевые проявления, влияют на формирование потребности в углублении и систематизации знаний [83, 84].

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

Способности – это устойчивые индивидуальные психологические особенности, отличающие людей друг от друга и объясняющие различия в их успехах в разных видах деятельности. Имеются определенные отличия способностей человека от его знаний, умений и навыков. Эти отличия сводятся к следующему. При наличии способностей и при недостатке знаний, умений и навыков человек может приобрести эти знания, умения и навыки и успешно справиться с соответствующей деятельностью. При отсутствии способностей человек будет не в состоянии ни успешно справляться с деятельностью, ни приобретать новые, связанные с ней знания, умения и навыки. Хотя знания, умения и навыки входят в состав развитых способностей, однако сами способности к ним не сводятся. Способности объединяют скорость и качество приобретаемых человеком знаний, умений и навыков, но обязательно сочетаются с уже имеющимися у человека знаниями, умениями или навыками [101, с. 410].

Согласно психологической концепции динамической функциональной структуры личности К. К. Платонова, способности включают элементы всех подструктур личности: *направленности* (убеждения, мировоззрение, идеалы, стремления, интересы, желания, т. е. социально обусловленные содержательные черты, которые не имеют непосредственных врожденных задатков и являются проявлением личности человека); *опыта* (наряду с личным опытом, в том числе социальным, это знания, умения и навыки); *индивидуальных особенностей* (воля, чувства, восприятие, мышление, ощущения, эмоции, память); *темперамента* (типологические свойства личности) [123].

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

Способности к здравотворческой деятельности как свойства личности из всех четырех ее подструктур (по К. К. Платонову) включают в себя все требуемые для здравотворческой деятельности характеристики личности (в том числе возможность применять здравотвор-

ческие способности). При этом наличие связей между способностями как свойствами личности, а также цели и границ их совокупности позволяет признать такую совокупность целостной системой готовности к здравотворческой деятельности. Системообразующим фактором готовности к здравотворческой деятельности как системы здравотворческих способностей является ее цель, т. е. сама здравотворческая деятельность выпускников образовательных учреждений.

Итак, система здравотворческих способностей включает свойства всех четырех подструктур личности выпускника, обладает внутрисистемными связями и образует целостность под воздействием системообразующего фактора – цели готовности, задаваемой здравотворческой деятельностью.

Следует вспомнить, что развитие способностей (в том числе к здравотворческой деятельности) – это их улучшение или совершенствование. Они могут развиваться спонтанно и целенаправленно, стихийно и организованно. Организованный процесс развития способностей происходит в системе образования и связан с сознательными действиями работников образования, направленными именно на развитие способностей. Чтобы способности человека успешно развивались, необходимо создать для этого оптимальные условия, среди которых следует выделить [101, с. 411]:

1) своевременное и полное выявление имеющихся у человека задатков;

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

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

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

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

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

В отношении первого условия следует дополнительно отметить, что задатки, даже если они известны и определены, существуют на анатомо-физиологическом уровне и представляют собой лишь условие для развития способностей, но не являются гарантией их успешного развития. При наличии задатков, при правильно организованном обучении и воспитании человека имеющиеся у него хорошие задатки будут быстрее превращаться в способности; и в своем развитии его способности, связанные с соответствующими задатками, достигнут более высокого уровня, чем у человека, лишенного таких задатков. Однако если человека, имеющего задатки, специально не обучать, то задатки вряд ли превратятся у него в высокоразвитые способности [101, с. 411].

Обеспечение процесса формирования здравотворческих способностей выпускников образовательного учреждения предполагает реализацию данных условий.

В итоге, результатом формирования готовности к здравотворческой деятельности должно стать образование тех необходимых мотивов, установок и опыта, придание психическим процессам и свойствам личности таких особенностей, которые обеспечат выпускнику возможность эффективно вести здоровый образ жизни независимо от условий или динамики изменения жизненной обстановки.

Готовность выпускников к здравотворческой деятельности обеспечивается системой качества здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений, направленной на формирование здравотворческих способностей обучающихся, т. е. на формирование содержания системы готовности. Модель готовности выпускника к здравотворческой деятельности представлена на рис. 1.

Внесение представленных изменений в общую модель выпускника образовательного учреждения повлечет пересмотр образовательной деятельности учреждения. Потребуется внесение корректив в цели, содержание, формы и методы организации образовательного процесса. В этом случае направление здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения, или его стратегию, можно представить следующим образом: от овладения основными навыками образовательной деятельности, через самопознание, смыслотворчество и самосовершенствование – к самоопределению в отношении к здоровью, выработке здравотворческой личностной позиции и освоению индивидуальных технологий оздоровления.



Рис. 1. Модель готовности выпускника образовательного учреждения к здравотворческой деятельности

1.4. Качество здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений: понятийный аспект

На современном этапе проблема качества здоровьесберегающей деятельности является общей для всех видов образовательных учреждений, поскольку тенденция к снижению уровня здоровья учащихся сохраняется, но в тоже время степень ее проявления зависит от специфики деятельности каждого отдельного учреждения [152, с. 46–49]. Изучение проблемы качества здоровьесберегающей деятельности тесно связано с разработкой научно-практических основ его обеспечения, что во многом зависит от корректного определения понятия «качество здоровьесберегающей деятельности», описания которого в концентрированной логико-лингвистической форме в известной нам литературе нет.

Проведенный анализ трактовок понятия «качество здоровьесберегающей деятельности» убеждает в его недостаточной теоретико-педагогической разработанности. Так, установлено, что здоровьесберегающая деятельность образовательных учреждений отождествляется то с направленностью на решение задач сохранения, формирования и укрепления здоровья, то с определенным характером обучения, способным поддерживать наличествующий уровень здоровья субъектов образовательного процесса, то с отдельно рассматриваемыми принципами валеологизации в образовательных системах [15, 21, 83, 84, 135, 139 и др.]. Вопрос о качестве данной деятельности в изученной нами научно-исследовательской литературе практически не поднимался.

Проанализируем этимологию рассматриваемого понятия, выделив в его структуре составляющие «здоровьесберегающая деятельность» и «качество».

Здоровьесберегающая деятельность, или здоровьесбережение, большинством исследователей рассматривается как целенаправленная деятельность по сохранению и укреплению здоровья субъектов образовательного процесса, предполагающая определенные преобразования, прежде всего, интеллектуально-эмоциональных сфер личности, направленные на повышение ценностного отношения как к собственному здоровью, так и к здоровью окружающих [15, 21, 84, 119, 188 и др.]. С. Г. Сериков рассматривает данный вид деятельности как единство педагогических мер, направленных на улучшение (не ухудшение) здоровья учащихся и рост качества их образованности [135].

Разделим наше понятие на две составные части: «здоровьесберегающая» и «деятельность». Первая составляющая несет смысловую нагрузку – «сбережение здоровья», т. е. его охрана и защита. Ряд исследователей более перспективным считают использование таких понятий, как «здоровьесозидание», «здоровьеформирование» и «здоровьетворчество», предполагающих достижение человеком более высокого уровня здоровья по сравнению с предыдущим состоянием [15, 84, 85 и др.]. Учитывая имеющуюся тенденцию к ухудшению состояния здоровья детско-подросткового населения в период обучения, мы говорим о том, что важно создать условия, позволяющие остановить данный процесс, т. е. первоочередная задача заключается в сохранении имеющегося уровня здоровья и уже в дальнейшем – в оказании содействия в его повышении. Что, прежде всего, будет зависеть от степени усилий самого человека, уровня его мотивационных и целевых установок [15, 84, 85 и др.].

Вторая часть – «деятельность» – есть «структурно и операционно организованная активность любых систем для достижения определенных целей. Такая активность характерна для живых (органических) систем, но прежде всего для человека и различного рода социальных систем. Структура любой деятельности состоит из четырех основных компонентов: предмет, средства, цель и результат, которые органически взаимосвязаны между собой в рамках определенного вида деятельности» [73, с. 195]. В педагогической науке выделяют такие виды деятельности (функции образования), как нормативная, регулирующая, воспитывающая, социализирующая и др. Наряду с названными функциями образования исследователи вводят здоровьесберегающую (В. А. Вишневский, Н. А. Голиков, В. И. Загвязинский, Н. Н. Мальярчук, И. В. Манжелей, С. Г. Сериков, Н. К. Смирнов и др.).

Введение здоровьесберегающей функции позволяет углубить научные представления о сущности образования как системы, обеспечивающей охрану здоровья обучающихся и воспитанников, акцентировать внимание на ее направленности на обеспечение здоровьесберегающего поведения субъектов образовательного процесса. Реализация подобного подхода требует такого структурно-целостного осмысления образования, которое основывается на изучении специфики его компонентов (воспитания, обучения и развития), а также связей между данными компонентами, что должно обеспечить достижение

проектируемого здоровьесберегающего эффекта. Соответственно, здоровьесберегающую деятельность в рамках системы образования следует характеризовать таким способом реализации всех компонентов образования в их единстве, который обусловит деятельность учебных заведений по охране здоровья обучающихся, целенаправленно обеспечивая достижение планируемого уровня здоровья. Сущность данной деятельности должна заключаться в формировании у субъектов образовательного процесса опыта здоровьесберегающей деятельности и мотивации к активному поиску оптимальных стратегий, направленных на актуализацию своего здоровьесберегающего потенциала, а также организацию собственного здорового образа жизни, т. е. формирование здравотворческой личностной позиции. Достижение поставленных задач предусматривает обоснование и разработку основных компонентов здоровьесберегающей деятельности, решение вопросов организации и управления данной деятельностью (как системой и процессом), обеспечивающих ее результат – качество.

Рассмотрение составляющей «качество» следует начать с того, что категория качества, как и собственно качественный подход (квалитативизм), была создана и применялась для обозначения достоверных знаний о систематически организуемых процессах жизни и смысле деятельности. С этой точки зрения, работа с качеством оказывается практической эпистемологией или эпистемотехникой как практикой разработки, определения и выверения статуса управленческих знаний и решений [181, с. 52].

В системе философских категорий «качество» занимает важное место и используется в рамках научного познания и при решении большого круга практических задач. Учение о нем создавалось на философско-методологической базе со времен Аристотеля, который обозначил качество как существенную определенность объекта, в силу которого он является данным, а не другим объектом. В трудах Аристотеля, И. Канта, Гегеля проводятся анализ данного понятия, его сопоставление с категорией «количество» [162, 182 и др.]. Развитие теории структуры качества на современном этапе связано с квалитативной парадигмой А. И. Субетто [146]. Автор полагает, что качество есть сложная философская, экономическая, социальная и одновременно общественная системная категория, полностью раскрыть которую можно через обобщающую систему суждений-определителей, характеризующих

тот или иной конкретный аспект качества: kat (качество) = <А, Б, В, Г, Д, Е, Ж>. Определитель А отражает свойства (качество есть совокупность свойств); Б – структурность (качество – иерархическая система свойств или качеств частей объекта или процесса); В – динамичность (качество есть динамическая система свойств); Г – определенность (качество – это сущностная определенность объекта (процесса), внутренний момент, выражающийся в закономерной связи составляющих частей и определяющий принципы развития объекта); Д – внешне-внутреннюю обусловленность (качество – основа существования объекта; оно имеет двоякую обусловленность, раскрывающуюся через систему моментов качества – свойство, структуру, систему, границу, целостность, определенность, устойчивость, изменчивость, количество); определитель Е отражает упорядоченность (качество обуславливает единичность объекта, его специфичность, упорядоченность); Ж – ценность (качество создаваемых человеком объектов ценно, иначе нет мотивов и не будет создания) [146, 162, 165, 182 и др.].

Проводя анализ категории «качество», В. А. Федоров разделяет имеющиеся определения на две группы: отражающие структурно-содержательный аспект качества объекта и выражающие качество объекта с позиций его социальной ценности, востребованности и функциональности [162].

В первом случае качество характеризуется через его компоненты и их взаимосвязи. Так, качество объекта определяется только ему присущими внутренними и внешними свойствами, определенной организацией этих свойств. В понимании качества как совокупности свойств объекта (продукта) отражен структурно-содержательный аспект этого явления. В то же время качество объекта не является суммой его свойств, а представляет собой преобразованное целостное свойство, которое иногда обозначают термином «интегральное качество».

Вторая группа определений качества объекта базируется на социальном контексте понимания данного феномена. Согласно такому подходу, некоторый объект обладает качеством, если свойства этого объекта отвечают ожиданиям потребителя, пользователя, т. е. качество есть мера удовлетворения потребностей. Другими словами, качество есть совокупность характеристик объекта (продукции или процесса), относящихся к его способности удовлетворять установленные и предполагаемые потребности. Оценивая качество какого-либо объ-

екта, мы тем самым оцениваем степень удовлетворения этим объектом соответствующей индивидуальной или общественной потребности. Причем от значимости этой потребности будет зависеть значимость качества объекта.

Данный подход находит отражение и в определении качества в Международных стандартах ISO серии 8402:1994 как совокупности характеристик объекта, относящихся к его способности удовлетворять установленные или предполагаемые потребности. Это дает основания считать, что социальный контекст понимания категории качества связан с понятиями социальной потребности, соответствия назначению (функции объекта), а также цели и результату человеческой деятельности. Соответственно, мы не можем дать качественную характеристику какому-либо объекту, не раскрыв цели его существования и не показав итогового результата – это касается в том числе и качества здоровьесберегающей деятельности.

Для педагогической науки понятие качества является относительно новым: в 90-е гг. XX столетия с формированием иных, чем прежде отношений образовательных учреждений с государством, обществом, гражданами, обретением ими большей самостоятельности, встала проблема качества образовательных услуг. Исследователи ввели термин «качество образования». Сегодня большинство ученых, трактуя это понятие, ведут речь прежде всего об основных характеристиках обозначаемого им явления. Ряд исследователей рассматривают качество образования как соответствие ожиданиям и потребностям личности и общества, определяющееся показателями результативности и состояния процесса образования (В. А. Кальней, А. И. Моисеев, М. М. Поташник, С. Е. Шишов, Е. В. Яковлев и др.); другие – как сформированный уровень знаний, умений, навыков и социально значимых качеств личности (Е. В. Бондаревская, Л. Л. Редько, Л. А. Санкин, Е. П. Тонконогая и др.); как соответствие совокупности свойств образовательного процесса и его результатов требованиям стандарта, социальным нормам общества, личности (Н. А. Селезнева, А. И. Субетто, В. П. Панасюк и др.); как соответствие результата целям образования, спрогнозированным на зону потенциального развития личности (А. П. Крахмалев, В. М. Полонский, М. М. Поташник и др.); как способность образовательного учреждения удовлетворять установленные и прогнозируемые потребности (Г. А. Бордовский, Г. Е. Володина, П. И. Третьяков, Т. И. Шамова и др.).

Понятие «качество образования» может быть определено с позиций философии как комплексная категория, обозначающая некую образовательную систему, модель, практику, обладающую совокупностью свойств, признаков, существующих в единстве, неотделимых от них и проявляющихся во взаимодействии с другими объектами, явлениями, системами. Учитывая, что в философии эта категория не носит оценочного характера, образование, по сути, и есть создание качества, а именно совокупности характеристик – не плохих или хороших, а разных [182, с. 41–42].

А. И. Субетто под качеством образования понимает единство «качеств образования в узком смысле как передачи знаний», обучения (формирования навыков, умений, компетенций, готовности к соответствующим видам деятельности) и воспитания, при этом «качество образования в широком смысле отражается в качестве человека» [147, с. 733]. Субетто говорит о модели качества человека, состоящей из нескольких «сфер»: 1) внутренняя сфера качества человека представляет собой единство главных составляющих его качества: системно-социального, ценностно-мировоззренческого, психолого-мотивационного, эмоционально-чувственного, духовно-нравственного качеств, качеств физического, интеллектуального развития, общеобразовательной, профессиональной (специализированной) подготовки; 2) вторая сфера – сфера качества знаний; 3) третья – сфера качества деятельности (деятельность определяет формы инструментализации знаний через умения и навыки, в том числе интеллектуальные умения познания, исследования, анализа, синтеза, систематизации или классификации, постановки проблем и задач и др.); 4) четвертая сфера качества человека – сфера качества культуры. Особенность модели качества человека состоит, по мнению А. И. Субетто, в том, что все указанные сферы «пронизывают» друг друга и определяют пути воздействия образовательного и воспитательного процессов на становление и развитие качества человека в образовательном пространстве [147, с. 769]. В зависимости от того, какими конкретно содержанием и системой требований «насыщаются» компоненты «структуры качества» человека, определяется модель качества человека, системообразующее воздействующая на потенциальное качество образования, на его содержание. И наоборот, в образовательных программах, в программах

воспитания, в выбранном ряду ценностей, которые «образование» собирается воспитать в человеке, имплицитно отражена соответствующая модель качества человека [147, с. 733–734].

Следует заметить, что развитие понятия «качество образования» связано с соответствием качества требованиям заинтересованных сторон. Качество определяется мерой (степенью) соответствия комплексного результата образования условиям и требованиям стандартов, договоров, контрактов, уставов образовательных учреждений, индивидуальным требованиям обучающихся и их родителей [182, с. 41–42]. В этом случае качество образования приобретает оценочный смысл, поскольку его исследуют уже с позиций экономического понимания качества как качества продукции, качества оказываемых услуг.

В решении вопросов обеспечения качества образования Г. А. Шапоренкова предлагает ориентироваться на три подхода, один из которых как раз экономический (промышленный). Так, первый подход основывается на использовании исключительно педагогических знаний. Второй подход предполагает прямое заимствование и опору на теорию управления качеством и технические знания, сложившиеся в сфере экономики и производства. Третий подход является чем-то средним между вторым и первым, он предполагает политеоретический взгляд, адаптацию промышленного качества к специфике образовательной деятельности [181, с. 53]. В этой связи исследователями была поставлена задача теоретического осмысления опыта работы по обеспечению качества в сфере производства и услуг, изучения возможности его использования в системе образования с учетом особенностей этой сферы [50, 116, 164, 165 и др.]. Одним из результатов ее решения стало внедрение в систему образования систем управления качеством, построенных на основе теории Total Quality Management (TQM) – Всеобщего управления качеством, – систем, ориентированных на результат [60, 71, 149 и др.].

В российском образовании результатом (продукцией) образовательного процесса считается качество подготовки выпускника, связанное, главным образом, с реализацией государственных образовательных стандартов, государственным регулированием деятельности образовательных учреждений. Образовательные программы того или иного цикла учебных предметов обуславливают содержание образования со-

ответствующего уровня и направленности и призваны обеспечивать достижение такого уровня, который соответствует государственному образовательному стандарту. Однако одно только соблюдение стандартов не гарантирует высокого качества образования. На сегодняшний день установлена необходимость ориентации образования не только на усвоение обучающимися определенной суммы знаний, но и на становление их личностных характеристик, развитие познавательных и созидательных способностей, т. е. ключевых компетенций.

Результатом здоровьесберегающей деятельности учебных заведений должна стать готовность их выпускников к здравотворчеству – как компетенция, включающая соответствующий уровень знаний, умений и навыков, позволяющих обеспечить человеку не только сохранность своего здоровья и здоровья окружающих, но и его наращивание.

Качество образования в целом может быть представлено, во-первых, как комплексный результат образования, включающий знания и компетенции выпускника (результат обучения), способы поведения (результат воспитания), личностные качества (результат развития личности); во-вторых, как характеристика, определяющая соответствие знаний и компетенций выпускника требованиям государственных образовательных стандартов, соответствие его личностных качеств, ценностных установок и модели поведения принятым в данный период в обществе нормам; в-третьих, как совокупность образовательных достижений индивида, обуславливающая способность удовлетворять его личные потребности, а также потребности государства, общества.

Многие авторы выделяют триаду компонентов качества образования: 1) условия; 2) процесс; 3) результат образовательной деятельности (Э. С. Бука, В. С. Лазарев, В. В. Левшина, В. П. Панасюк, М. М. Поташник и др.). К условиям образовательного процесса исследователи относят тип и вид образовательного учреждения, профессиональный уровень педагогических кадров, учебно-методическое, нормативно-правовое, материально-техническое и финансовое обеспечение образовательного процесса. Реализация образовательного процесса осуществляется на основе образовательной программы учреждения, включающей цели образовательной деятельности, учебный план, учебные программы, используемые педагогические технологии и методы обучения, систему диагностики промежуточных и итоговых результатов, систему управления и др. В качестве результатов образовательного процесса

рассматривают итоги текущей и итоговой аттестации, творческие достижения обучающихся, состояние их здоровья, удовлетворение образовательного заказа обучающихся и родителей.

Достаточно полную классификацию компонентов качества образования предлагает В. А. Качалов [50]:

1. Качество субъекта получения образовательных услуг (обучающегося).

2. Качество объекта предоставления образовательных услуг (образовательного учреждения), в том числе качество управления (назначение, цели, принципы, методы, структуры, организация планирования); качество проекта предоставления образовательных услуг (структура и содержание программ обучения); качество ресурсного обеспечения процесса предоставления образовательных услуг: материально-технического, методического, кадрового и т. д.

3. Качество процесса предоставления образовательных услуг, в том числе качество организации и реализации применяемых технологий предоставления образовательных услуг (структура взаимодействия субъектов, форма и содержание образовательного процесса, мотивационные факторы); качество контроля над процессом предоставления образовательных услуг; качество контроля результатов предоставления образовательных услуг.

Качество здоровьесберегающей деятельности, будучи одним из элементов качества образования и, соответственно, системой более низкого порядка, вбирает в себя компоненты системы высшего порядка, отражая в себе выделенные исследователями компоненты качества образования и преломляя их применительно к своему предмету исследования.

Повышение качества в образовательной среде (качество образования) связано с развитием потенциала личности и его способностью удовлетворять имеющимся и предполагаемым требованиям потребителей, в нашем случае в отношении здоровья. Однако качество образования, как и качество здоровьесберегающей деятельности, часто наполняется формализованным содержанием (квалификация педагогического персонала в вопросах здоровьесбережения, количество проведенных мероприятий, наличие валеологических программ и т. д.), что не может дать в полной мере адекватную оценку результата. Качество здоровьесберегающей деятельности предполагает адекватность резуль-

татов целям образовательной деятельности, в нашем случае – готовность выпускника к здоровьесберегающей деятельности, обеспечивающей охрану его здоровья, или здоровьесбережение. Это значит, что наряду с уровнем знаний, умений и навыков необходимо говорить о личностном компоненте результатов образования. Соответственно, качество здоровьесберегающей деятельности можно рассматривать как интегральную характеристику деятельности образовательного учреждения в области охраны здоровья, обеспечивающую личностное развитие обучающегося в процессе образования и определяющую в результате его готовность к здоровьесберегающей деятельности.

Говоря о готовности обучающегося к здоровьесбережению как системообразующем факторе здоровьесберегающей деятельности, правомерно выдвинуть вопрос о способах оценивания данной готовности. В этом случае следует обратиться к определению качества, приведенному в Международных стандартах ISO серии 9000:2001: качество – «степень соответствия присущих характеристик требованиям» [Цит. по: 23, с. 16]. Представленное определение отличается от других известных определений: в нем отсутствует какое-бы то ни было существительное – носитель качества («объект», «продукция», «услуга»), т. е. качество и требования связаны непосредственно. Все предыдущие определения так или иначе предполагали, что совокупность характеристик (свойств) или удовлетворяет, или не удовлетворяет потребителя и другие заинтересованные стороны. Новое определение термина «качество» позволяет адекватно описать неоднозначную оценку совокупности свойств.

Большой толковый словарь русского языка приводит несколько значений слова «степень» [11, с. 1267]. Среди них – сравнительная величина, характеризующая что-либо, мера чего-либо; мера, предел, отношение; разряд, категория, класс; уровень, ступень, на которой находится, которой достигает кто- или что-либо. Кроме того, в словаре говорится о грамматической форме прилагательных, выражающих качество предмета безотносительно к его мере – степени сравнения, и приводятся примеры выражения крайних степеней: «в высшей степени» и «ни в малейшей степени». Приведенные известные значения слова «степень» как раз выражают то понимание, которое обычно вкладывается в понятие «качество». Качество, в обычном понимании, не связывается с альтернативой, поскольку уровень, на котором находится совокупность характеристик, в общем случае, с точки зрения

любого субъекта, непрерывно изменяется от «наличия в высшей степени» до «отсутствия хотя бы в малейшей степени». В рамках нашего исследования правомерно говорить о степени готовности выпускника к здоровьесберегающей деятельности, например, достаточная, недостаточная и промежуточных вариантах между ними.

А. Д. Шадрин показывает, как практически можно оценить качество, используя графики распределения вероятностей случайных величин (оценок качества), когда оценка качества даже единичного объекта производится таким же образом, каким традиционно оценивается качество массовых объектов, имеющих количественное измерение [179]. Ключевым здесь является именно слово «степень», которое означает сравнительную величину, меру, уровень – т. е. число, причем случайное. Адекватность оценки качества с помощью распределения в общем случае обеспечивается тем, что кривая распределения касается оси абсцисс в бесконечности, – т. е. отсутствует предел качества как в отрицательную, так и в положительную сторону. И если «бесконечно плохое» качество представляет, возможно, только теоретический интерес, то предел «положительного» качества, находящийся в бесконечности, вполне соответствует интуитивному представлению людей о том, что предела совершенству нет [179].

Описанный подход к оценке качества имеет, в нашем случае, несколько благоприятных следствий для теории и практики качества здоровьесберегающей деятельности. Во-первых, оценка качества здоровьесберегающей деятельности получает соответствующее международному стандарту визуальное отображение. Во-вторых, применение универсального, адекватного подхода к оценке качества любых объектов вбирает в себя многообразие потребностей и взглядов субъектов, проводящих оценку качества здоровьесберегающей деятельности. В-третьих, достаточно хорошо отработанные в теоретическом и практическом плане оценки качества с помощью статистических методов, а также методы оптимизации процессов, результат которых описывается с помощью распределений характеристик, обеспечивают возможность их эффективного практического применения в оценке и управлении качеством здоровьесберегающей деятельности.

Таким образом, раскрывая понятие «качество здоровьесберегающей деятельности», следует отметить, что обозначаемое им явление относится к категории качества образования и представляется как

адекватность образования потребностям социума и личности. Его результат в интегральной форме выражается в готовности выпускника образовательного учреждения к здоровьесберегающей деятельности.

В структурном плане качество здоровьесберегающей деятельности можно охарактеризовать как совокупность элементов, обеспечивающих успешную реализацию данной деятельности. Соответственно, здоровьесберегающая деятельность может быть представлена как единство целей и содержания образовательного процесса (валеологических программ), субъектов здоровьесбережения (обучающихся и их родителей, педагогических и социальных работников образовательного учреждения, психологов и т. п.), средств образовательного процесса (материально-технической базы, информационных ресурсов и т. п.) и способов образовательных процессов (здоровьесберегающих методов и технологий). Соответственно, качество здоровьесберегающей деятельности складывается из качества нормативно-целевых документов и образовательных программ, качественного уровня субъектов образовательного процесса, качества средств образовательного процесса, качества образовательных технологий. Все названные элементы интерпретируются как обеспечивающие качество, и вся их совокупность составляет пространство качества здоровьесберегающей деятельности. В свою очередь, каждый из элементов имеет свой состав свойств и качество этих свойств. В такой ситуации правомерно утверждать, что имеет место совокупность разнообразных подсистем качества, имеющих в своей основе разную природу.

Обобщение всего вышеизложенного позволяет уточнить определение понятия «качество здоровьесберегающей деятельности»:

а) качество здоровьесберегающей деятельности есть степень готовности выпускника образовательного учреждения к здоровьесберегающей деятельности, определяемая совокупностью его личностных свойств, соответствующих свойствам, заданным целями здоровьесбережения (аспект свойства). Совокупность личностных свойств выпускника, готового к здоровьесберегающей деятельности, предстает как единство взаимно обуславливающих, взаимовлияющих и взаимодействующих внутренних и внешних свойств личности (аспект внешне-внутренней обусловленности качества). Эти свойства определенным образом структурированы, динамичны, подвержены изменениям и развитию (аспект структурности, иерархичности и динамичности качества объекта или процесса);

б) степень готовности выпускника образовательного учреждения к здоровьесберегающей деятельности определяется качеством процессов формирования и развития личностных свойств выпускника (аспект отражения качества процессов в качестве результатов);

в) качество здоровьесберегающей деятельности (как процесс и система) определяется качеством частей, элементов его составляющих (аспект определенности).

Таким образом, можно вывести следующее определение исследуемого понятия: *качество здоровьесберегающей деятельности есть степень сформированности личностных способностей выпускника образовательного учреждения на уровне, необходимом и достаточном для реализации здоровьесберегающих целей и функций, обеспеченная качеством процессов здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения, а также качеством составляющих данную деятельность частей и элементов, их организации и управления.*

Качество здоровьесберегающей деятельности представляет собой сложную многоуровневую, динамическую систему качеств, ориентированных на обеспечение итогового качества – готовности выпускника образовательного учреждения к здоровьесберегающей деятельности.

Полученный результат имеет важное значение: определение качества здоровьесберегающей деятельности соответствует имеющейся в последнее время в педагогике тенденции к более активному применению категории качества как критерия при анализе и интерпретации различных явлений, аспектов педагогической деятельности. Полученное знание связано с исследованием проблем управления образовательными процессами, в частности, с проектированием систем организации и управления качеством здоровьесберегающей деятельности, построение которых следует осуществлять в соответствии с теорией управления качеством образования, принципами теории социального управления, системного и процессного подходов, теории всеобщего управления качеством, квалитологии. Применение теории управления качеством соответствует инновационному процессу перехода в современном образовании от знаниевого подхода к системно-деятельностному и компетентностному, в контексте которых образование должно быть ориентировано на результат. В этом случае реализуется личностно ориентированный подход, обеспечивающий процесс социализации личности (В. А. Лищук, Е. В. Мосткова, В. В. Сериков, И. С. Якиманская и др.).

Глава 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

2.1. Методологические подходы к управлению качеством здоровьесберегающей деятельности

Обеспечение качества здоровьесберегающей деятельности предполагает организацию и управление данным процессом.

Управление качеством, будучи достаточно сложным процессом, может быть представлено только как многомерная классификация управлений [143], которая и определяет управление качеством как видом управления, и сама является классификацией видов управления.

Исследователями выделяется целый ряд видов управления качеством: экономическое, социальное, техническое, организационное, программное, оперативное, терминальное, самоуправление и др. [96, 143, 170, 181 и др.].

Применение теории управления качеством в соответствии с принципом политеоретичности применительно к образовательным системам и процессам следует рассматривать в нескольких «разрезах»: а) по линии взаимодействия методологии, технологии и типологии управления качеством; б) по линии взаимодействия основных теоретических компонентов общей теории управления качеством (понятийно-категориального аппарата, принципов и законов управления качеством продукции и работ, методов и видов управления качеством, функций управления, теории механизма управления качеством, теории проектирования организационных структур систем управления качеством, квалиметрии управления) [181, с. 74–75].

Рассматривая качество здоровьесберегающей деятельности как процесс и систему, входящую в общую структуру образовательной системы учебного заведения, целесообразно для решения задач, относящихся к проблеме управления образовательными системами, использовать подходы теории социального управления, исследующей общие, обязательные для любого управленческого акта процедуры независимо от того, в какой социальной сфере он реализуется.

В рамках теории социальных систем понятие «управление» характеризует воздействие субъекта на объект управления и подразумевает оптимизацию процессов при целенаправленном переходе социальных систем из одного состояния в другое [40, 162, 164, 184 и др.].

В теории управления социальными системами исследователи обозначают следующие важнейшие подходы: выделение школ в управлении; программно-целевой подход; ситуационный подход; управление по результатам; управление по целям; процессный подход; системный подход; всеобщее управление качеством [75, 164, 165 и др.].

1. Первый подход в теории управления – *выделение школ в управлении* – представлен четырьмя концепциями.

1) *Школа научного управления* (Ф. У. Тейлор, Г. Гантт и др.) (1885–1920). Теоретические основы управления, разрабатываемые данной школой, ориентированы на создание стабильно функционирующей организации и не связаны с понятием управления ее развитием. Речь идет о механической модели организации – представлении об идеальном производстве, работающем по принципу отлаженного часового механизма. По сути, данная концепция основывается на следующих четырех положениях: а) развитие научно обоснованного знания о трудовой деятельности; б) отбор и обучение работников; в) сочетание знания о трудовой деятельности с возросшими трудовыми возможностями отобранных работников; г) специализация видов трудовой и организационной деятельности в форме распределения ответственности между руководителями и работниками. Основным недостатком этой теории – ориентированность на модель экономического человека, т. е. человека, у которого основным побуждающим к труду стимулом является денежное вознаграждение, при этом социальные и психологические факторы не учитываются.

2) *Административная школа* (А. Файоль, Л. Урвик, Дж. Муни) (1920–1950). В основе идеи – универсальные принципы управления: принципы рациональной системы управления организацией и принципы построения структуры организации и управления работниками. К последним относятся четырнадцать принципов управления, сформулированные А. Файолем и применяемые в современной практике управления: разделение труда; полномочия и ответственность; дисциплина; единоначалие; единство направления; подчиненность личных интересов общим; вознаграждение персонала; централизация; скаляр-

ная цепь; порядок; стабильность рабочего места для персонала; инициатива; корпоративный дух. Концепция ориентирована на совершенствование управления организацией в целом, что отличает ее от школы научного управления. Основные недостатки: недооценка социальных аспектов управления; недостаточное внимание к научной разработке методов управления; представление об организации как об открытой системе, не связанной с внешней средой.

3) *Школа психологии и человеческих отношений* (М. Паркер Фоллетт, Э. Мейо) (1930–1950). Подходы к управлению данной школы предназначены компенсировать недостатки подхода административной школы управления. Представители школы психологии и человеческих отношений в теории управления говорили о том, что повышение эффективности организации достигается посредством повышения эффективности ее человеческих ресурсов. Главная идея управления, построенного на концепциях поведенческих наук, заключается в признании необходимости использования приемов управления человеческими отношениями и налаживания межличностных отношений. При этом постулируется положение о том, что правильное применение науки о поведении всегда будет способствовать повышению эффективности как отдельного работника, так и организации в целом. В современных условиях актуальными остаются использование в управлении факторов коммуникации, групповой динамики, мотивации, лидерства и необходимость исследования и учета поведения работающих в организации людей. Научной базой для школы человеческих отношений служили психология, социология и так называемые поведенческие науки.

4) *Школа науки управления* (Р. Акофф, Л. Берталани, С. Бир, А. Гольдбер, Л. В. Канторович, В. В. Новожилов и др.) (с 1950-х гг. по настоящее время). Сущность теории школы науки управления, или количественного подхода, заключается в переходе от словесных рассуждений и описательного анализа управленческих ситуаций к моделям, символам и количественным значениям. Что существенно упрощает рассмотрение сложных управленческих задач, позволяет сократить число переменных, подлежащих учету, до управляемого количества. Реализация преимуществ количественных измерений (количественного подхода) обеспечивает возможность сравнения, анализа и прогнозирования поведения модели. Отличительные особенности науки

управления как подхода в управлении социальными системами – использование научного метода; системная ориентация; моделирование. Научный метод предполагает использование наблюдения, формулирование гипотезы и верификацию (подтверждение гипотезы). Системная ориентация обеспечивает возможность рассмотрения организации как открытой системы. Моделирование позволяет принимать объективные управленческие решения при использовании созданных для этих целей моделей. Управление социальными системами, реализующее данный подход, ориентируется на применение теории игр, представляющей собой моделирование оценки воздействия принятого управленческого решения, теории очередей (модель оптимального обслуживания), модели управления ресурсами, имитационного моделирования, экономического анализа. Для решения задач управления образовательными объектами возможно использование идеи применения в управлении современных информационных средств и технологий и идеи принятия управленческих решений только на основании результатов количественных измерений.

2. Программно-целевой подход в теории управления предусматривает выполнение трех следующих основных процедур:

- определение целей и их упорядочение в соответствующей иерархической системе («дерево целей»);
- выработка комплексных программ развития организационно-обособленных комплексов социальной деятельности;
- формирование специфических организационных структур.

Многосторонний анализ управляемых систем и связей между их компонентами – главное условие правильного определения цели и подцелей, а также выработки комплексной программы их реализации.

Основным положением программно-целевого подхода является корректное определение цели. Целеполагание предполагает сопоставление и корректирование предварительно определяемой цели с целями других вертикально и (или) горизонтально расположенных систем. Здесь важна оценка возможностей реализации цели. Для целеполагания в управлении узловое значение имеет также этап формулирования стратегических целей организации, что необходимо для определения направлений ее развития, ориентации главных задач и промежуточных (частных, рабочих) целей. Полученная таким образом совокупность целей в обязательном порядке квантифицируется (расчленяется), обра-

зую «дерево целей», представляющее их детальную (подробную) иерархию, соподчиненность и взаимную связанность. На последующем этапе цели сводятся к комплексу иерархически упорядоченных задач, решение которых происходит по определенному графику.

Значимым для систем управления качеством образования является положение данного подхода о том, что эффективность реализации программ обеспечивается мобилизацией всего необходимого для этого потенциала, включая кадры, информационные массивы, технологии, материально-техническую базу, финансовые средства, организационные структуры и другие ресурсы.

3. **Ситуационный** подход в теории управления предполагает использование возможностей прямого приложения науки к конкретным ситуациям и условиям. Центральным звеном, рассматриваемым в рамках данного подхода, является ситуация – набор обстоятельств, существенно влияющих на деятельность организации в данное конкретное время. Признаваемое в этом случае ведущее положение ситуации подчеркивает значимость ситуационного мышления субъектов управления.

При общности процессов управления ситуационный подход допускает значительное варьирование специфических приемов, используемых руководителями, для эффективного достижения организацией планируемых результатов. В свою очередь, эффективность этих конкретных приемов и концепций управления определяется их адекватностью сложившимся на данный момент конкретным ситуациям.

Данный подход концентрируется на ситуационных различиях между организациями и внутри самих организаций. При этом важно определить значимые переменные, обуславливающие ситуацию, и их влияние на эффективность учреждения.

4. **Управление по результатам.** Управленческий процесс здесь состоит из следующих этапов: планирование результатов, ситуационное управление ради достижения этих результатов, контроль (наблюдение) за результатами. Такое управление по своей сути представляет систему управления, мышления и поведения всех членов организации. В отличие от целевого управления, где основной упор делается на планирование деятельности согласно поставленной цели, при управлении по результатам внимание акцентируется на состоянии реального процесса управления, мотивации и квалификации руководителей.

Процесс прогнозирования результатов начинается с глубокого анализа устремлений организации. Одновременно с этим принимают во внимание и анализируют существенные внешние и внутренние ситуационные факторы. Полученные сведения служат основой определения желаемых результатов для разных уровней управления. Этот процесс заканчивается на стадии обозначения направления деятельности субъектов управления и идей для его успешной реализации. Результаты, соответствующие устремлению организации, выражаются в виде определенных конечных целей, стратегий, ключевых результатов и промежуточных целей.

В процессе контроля выясняется степень достижения планируемого результата и, в случае отклонения от ожидаемого, определяются необходимые оперативные корректирующие воздействия.

Отмечаемая в содержании управления по результатам главенствующая роль ожидаемого от осуществляемой деятельности итогового достижения имеет как принципиальное, так и функциональное значение. В частности, это обуславливает приоритетность оперативного управления и контроля за промежуточными результатами.

5. Управление по целям. Данный подход предполагает сосредоточение внимания руководителей на разработке согласованных на различных уровнях образовательной системы целей и выработке совместно с подчиненными решений о средствах их достижения и оценки. В управлении образованием данный подход реализуется в различных модификациях: как целевой, системно-целевой или программно-целевой. Однако независимо от модификации всегда сохраняется суть целевого управления: развертывание деятельности во имя достижения четко сформулированных целей.

При решении задач управления образовательной системой особое значение придается процессам целеполагания и последующего планирования всей деятельности в соответствии с поставленными целями. Цель, выполняя мотивационную, управляющую и системообразующую функции, становится главным критерием отбора содержания, методов, форм и средств осуществления образовательного процесса.

6. Процессный подход. Определенное преимущество перед управлением по целям имеет управление, в основе которого лежит процессный подход, рекомендованный к применению государственным стандартом Российской Федерации при введении в организации

системы менеджмента качества [24, 70, 75, 103, 149 и др.]. В данном случае предполагается, что для успешного функционирования организация должна осуществлять менеджмент многочисленных взаимосвязанных видов деятельности.

Управление рассматривается как процесс, как последовательность непрерывных взаимосвязанных действий, направленных на обеспечение успеха организации. Такие действия определены как управленческие функции. Поэтому процесс управления представляется как совокупность соответствующих функций.

Исследователи выделяют различные функции управления: планирование, организация, распорядительство (или командование), мотивация, руководство, координация, контроль, коммуникация, исследование, оценка, принятие решений, подбор персонала, представительство и ведение переговоров или заключение сделок. Причем функции планирования, организации, мотивации и контроля являются основными [92, 109, 159, 160 и др.]. Их объединение для реализации управления обеспечивается связующими процессами коммуникации и принятия решения.

Планирование предполагает принятие решений о цели организации и действиях ее членов, совершение которых необходимо для достижения этих целей. Для руководства, по сути, это один из способов обеспечения единого направления приложения усилий всех членов учреждения на достижение общих целей функционирования и развития.

Функция организации позволяет определить и структурировать работу, выполнение которой необходимо для достижения установленной на стадии планирования цели.

Мотивация заключается в побуждении сотрудников учреждения к добросовестному выполнению работы в соответствии с делегированными им обязанностями и сообразно с планом.

Контроль – это процесс обеспечения действительного достижения целей. Он реализуется в три этапа: 1) установление стандартов, необходимых для точного определения целей, достижение которых запланировано за обозначенный период времени; 2) измерение действительно достигнутого за определенный период результата и сравнение его с ожидаемым; 3) определение мер по коррекции отклонений фактического достижения от заданного при планировании [162, 165].

Преимущество процессного подхода состоит в непрерывности управления, которое он обеспечивает на стыке отдельных процессов в рамках их системы, а также при их комбинации и взаимодействии.

Такой подход подчеркивает важность понимания и выполнения требований; необходимости рассмотрения процессов с точки зрения добавленной ценности; достижения результатов выполнения процессов и их результативности; постоянного улучшения процессов, основанного на объективном измерении. В основе управления процессами лежит цикл Э. Деминга [28, 29, 103].

Процессный подход в управлении позволит руководителям использовать потенциал своих работников в полной мере. Образовательное учреждение сможет отвечать развивающимся потребностям потребителей своих услуг и не потерять их. Основная же задача руководства организации в этом случае будет состоять в том, чтобы все процессы находились под контролем, своевременно выявлялись и устранялись все несоответствия.

7. Системный подход в теории управления, в отличие от процессного, опирается на идею взаимозависимости отдельных частей организации, а также взаимозависимости организации и окружающей среды [145, 147 и др.]. Применение теории систем к социальному управлению позволяет рассмотреть организацию в единстве составляющих ее частей, которые также неразрывно переплетаются с внешним миром, и содействует интеграции идей всех подходов к организации управления, доминировавших в разные периоды времени в теории и практике управления.

Системный подход – это способ мышления по отношению к организации и управлению, придающий наибольшее значение целому и ориентирующий субъекта управления на оптимизацию управляемой системы, ее общих характеристик. Систему при этом представляют как некоторую целостность, состоящую из взаимозависимых частей, каждая из которых вносит вклад в характеристики целого. При этом улучшение, совершенствование целого рассматривается как предпосылка и условие улучшения и совершенствования его частей (подсистем и элементов).

Таким образом, в рамках системного подхода к управлению организацией (учреждением) ее необходимо рассматривать как открытую систему, как совокупность связанных и взаимодействующих

частей (подсистем), обеспечивающих возникновение целого, обладающего собственными качествами, отличными от качеств составляющих его частей. На входе организация получает от окружающей среды информацию, капитал, человеческие ресурсы и материалы (эти компоненты и называются *входами*). В процессе преобразования учреждение перерабатывает входы, преобразуя их в продукцию или услуги, являющиеся *выходами* организации, – тем, что она выносит в окружающую среду.

В целом в качестве компонентов системы чаще всего выделяют цели, задачи, стратегию, структуру, ресурсы, технологию, людей. Центральным компонентом и интегрирующим (системообразующим) фактором системы обычно признаются цели.

Приложение системного подхода к управлению образовательными объектами заключается, прежде всего, в рассмотрении таких объектов как систем, состоящих из взаимосвязанных элементов, и учете влияния окружающей среды и обратной связи на эффективность их деятельности.

8. ***Теория всеобщего управления качеством*** раскрывает подход к руководству организацией, нацеленный на качество. Всеобщий менеджмент качества (Total Quality Management – TQM) – интегрированный метод менеджмента, целиком ориентирующий деятельность организации на полную удовлетворенность потребителей (внешних и внутренних), сотрудников и общества в целом, охватывающий все процессы организации, вовлекающий в деятельность по непрерывному улучшению качества всех ее сотрудников и направленный на достижение долговременного успеха и стабильности функционирования организации. Философия всеобщего управления качеством базируется на принципе «улучшению нет предела». Управление качеством, согласно данной концепции, осуществляется с учетом ряда принципов и использования адекватных целям методов управления качеством [60, 107 и др.].

Основные положения концепции всеобщего менеджмента качества могут служить базой и для управления качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательном учреждении. В данном подходе к достижению качества результата также подчеркивается необходимость использования внутренних резервов системы. Акцент делается на ценности человеческих отношений и человеческого потенциала.

Управление качеством, согласно данной концепции, осуществляется с учетом следующих принципов [60, 107 и др.]:

- ориентация всей деятельности организации на удовлетворение требований потребителей;
- непрерывное совершенствование производства и деятельности в области качества, реализация стратегии непрерывного совершенствования отношений и практики управления;
- участие всего персонала в решении проблем качества;
- смещение центра тяжести усилий в сфере качества в сторону человеческих ресурсов;
- упор на предупреждение несоответствий;
- обеспечение качества как непрерывного процесса, когда качество конечного объекта является следствием достижения качества на всех предшествующих этапах процесса;
- ценность фактов, принятие решений на основе объективной, точно известной информации;
- самооценка, ответственность за оценку своей деятельности;
- выбор индивидуальных методов работы.

К наиболее характерным подходам и методам всеобщего менеджмента качества, привлекательным с позиций управления качеством образования, можно отнести следующие:

- ответственность руководства за разработку и реализацию философии качества, содержание которой обозначается в определенных подходах и принципах;
- взаимосвязь деятельности по качеству на всех этапах жизненного цикла продукции с другими видами деятельности, регулярный анализ и оценивание работ в области качества, непрерывное улучшение качества и самооценка предприятия по более высоким его критериям;
- экономичность – дорого стоит не качество, а его отсутствие;
- постоянное изучение потребностей с помощью маркетинга;
- обеспечение качества на стадиях проектирования и разработки продукции (70 % успеха связано с проектированием);
- обеспечение качества процессов и управления ими, включающее планирование, оценку их способности к формированию качества продукции, статистическое регулирование процессов, использование круга Деминга (реализация четырех последовательно осуществляе-

мых функций, «Plan – Do – Check – Act» (PDCA): планирование (plan) – осуществление (do) – проверка (check) – действие (act)), а также обучение персонала;

- проверка качества продукции – экспертиза выполнения установленных требований, соблюдения стандартов качества продукции;
- управление контрольно-измерительными средствами, включающее в себя управление измерениями на этапах разработки, создания и использования диагностического инструментария. Особое внимание обращается на процедуры управления измерениями и повышение диагностической надежности контрольно-оценочных средств;
- управление несоответствующими установленным нормам результатами, состоящее в оперативном выявлении такого результата и устранении причин его появления;
- обучение персонала, стимулирование и мотивация.

Проведенный анализ подходов к управлению качеством образования показал следующее:

- подходы управления качеством формируются на основе идей концепций управления социальными системами вообще и управления образовательными объектами в частности;
- в современных подходах к созданию систем управления качеством образования проявляется тенденция комплексной реализации идей программно-целевого управления и концепций, ориентированных на управление процессуальной стороной образовательного процесса;
- значительное влияние в управлении образовательными объектами приобретает философия тотального (всеобщего) управления качеством, позволяющая системно и целостно охватывать управление качеством всех сторон деятельности таких объектов.

Все это необходимо учитывать при построении системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательном учреждении и ориентироваться на реализацию системного и процессного подходов, учитывая идеи теории всеобщего управления качеством. Построение системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности также требует максимального учета внутренних резервов образовательной системы, что позволяет выстраивать оптимизированную организационную структуру.

2.2. Системные основания реализации инновационных факторов управления качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях

Современное управление качеством исходит из идеи о том, что деятельность в этом направлении не может быть эффективной после того, как продукция произведена (или оказана образовательная услуга, как в нашем случае), и должна осуществляться в процессе производства продукции (оказания образовательной услуги). Важна также деятельность по обеспечению качества, предшествующая процессу производства. Качество определяется действием многих случайных, местных и субъективных факторов, для предупреждения влияния которых необходима соответствующая система управления. При этом нужны не отдельные эпизодические усилия, а совокупность мер постоянного воздействия на процесс создания качественного продукта или оказания услуги [28, 29, 52, 92, 103 и др.].

Различают управляющую и управляемую системы качества. Первая создает и обеспечивает менеджмент качества. Вторая представлена различными уровнями управления организацией. Исследования в области управления качеством показывают, что внедрение систем управления качеством в образовательных учреждениях позволяет [13, 60, 75, 162, 164 и др.]:

- подойти к решению проблем качества с позиций системного подхода;
- повысить влияние проектирования на функционирование системы;
- перейти от одностороннего контроля уровня знаний обучающихся к непрерывному получению объективной, основанной на фактах информации о качестве всего образовательного процесса, что необходимо для его оперативной корректировки;
- переориентировать деятельность образовательного учреждения на запросы и требования потребителей образовательных услуг в условиях существующей конкуренции;
- конкретизировать потенциальный и реальный вклад каждого исполнителя в корпоративное качество;
- скоординировать деятельность отдельных структурных подразделений и конкретных исполнителей на основе единой концептуальной базы, подходов и критериев;

- сделать сферу управления качеством более прозрачной, более эффективно внедрять в нее инновации;
- выявлять, анализировать и улучшать процессы своевременно;
- сделать систему выявления, признания и стимулирования достижений структурных подразделений и конкретных исполнителей более прозрачной и эффективной;
- объективно сравнивать результаты как внутри учреждения, так и вне его.

Создание систем качества, как правило, происходит в соответствии с требованиями российского стандарта по менеджменту качества (ГОСТ Р ИСО 9001–2001) и принципами всеобщего менеджмента качества. Внедрение системы качества предполагает соблюдение следующих принципов [23, с. 6–7]:

1) ориентация на потребителя – организации зависят от своих потребителей, и поэтому должны понимать их текущие и будущие потребности, выполнять их требования и стремиться превзойти их ожидания;

2) лидерство руководителя – руководители обеспечивают единство цели и направления деятельности организации. Им следует создавать и поддерживать такую внутреннюю среду, в которой работники могут быть полностью вовлечены в решение задач организации;

3) вовлечение работников – работники всех уровней составляют основу организации, и их полное вовлечение в процесс дает возможность организации с выгодой использовать их способности;

4) процессный подход – желаемый результат достигается эффективнее, когда деятельностью и соответствующими ресурсами управляют как процессом;

5) системный подход к менеджменту – выявление, понимание и менеджмент взаимосвязанных процессов как системы способствуют результативности и эффективности деятельности организации по достижению ее целей;

6) постоянное улучшение – постоянное совершенствование деятельности организации в целом следует рассматривать как ее неизменную цель;

7) принятие решений, основанное на фактах – эффективные решения основываются на анализе данных и информации;

8) взаимовыгодные отношения с поставщиками – организация и ее поставщики взаимозависимы, и отношения взаимной выгоды повышают способность обеих сторон создавать ценности.

Система требований к качеству образования формулируется на уровне национальной системы качества образования и регламентируется требованиями государственных образовательных стандартов, а также требованиями по лицензированию, аттестации и аккредитации образовательных учреждений. Формальное представление требований национальной системы качества образования выражается в виде показателей государственной аккредитации. Вступление России в Болонский процесс налагает определенные требования как на национальную систему гарантии качества образования, так и на механизмы внутренних гарантий качества образовательных учреждений, реализуемых посредством систем качества образовательных учреждений. Эти требования в настоящий момент определяются документом «Стандарты и директивы ENQA» [194] и могут рассматриваться как базовые требования к системе качества образовательных учреждений [93, с. 15].

Основная цель системы управления качеством в образовательном учреждении заключается в постоянном системном учете интересов потребителей, улучшении работы учреждения при лидирующей роли менеджмента и вовлечении в сферу качества всех участников основных процессов [75, 140, 145, 149 и др.]. Внося уточнение в цель – системообразующий фактор системы качества, возможно избежать расплывчатости. В частности, заявляя целью системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности (как подсистемы качества образования в учебном заведении) создание необходимых условий для формирования готовности выпускников к здоровьесберегающей деятельности, мы направляем систему управления качеством на превращение образования в процесс развития личности и определяем конкретные формы его организации, условия и средства, которые обеспечивают это развитие в рамках здоровьесберегающей деятельности. Соответственно, нами были пересмотрены принципы стандартов ИСО серии 9000 с позиции формирования готовности выпускника образовательного учреждения к здоровьесберегающей деятельности как системообразующего фактора, цели и результата системы качества образования, точнее, ее элемента – качества здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении.

Ориентация на потребителя. Потребителями здоровьесберегающей и, в целом, образовательной деятельности учреждения являются обучающиеся, воспитанники и их родители, а также система обра-

зования и все общество в лице государства. Система качества здоровьесберегающей деятельности должна предоставить потребителю исчерпывающую информацию с тем, чтобы потребитель был уверен, что образовательное учреждение может обеспечить требуемое качество и постоянно поддерживать его уровень. Это является одной из важнейших составляющих конкурентоспособности учреждения.

Лидерство руководителя. Процесс обеспечения качества всякой деятельности, в том числе здоровьесберегающей, начинается с высшего руководства, развивается по мере проявляемой руководством заинтересованности и прекращается при потере к нему интереса со стороны руководителей. В соответствии с идеями педагогики сотрудничества, творчество и самореализация обуславливают преобразование руководителя-начальника в лидера. Руководитель, который не становится лидером, вынужден постоянно применять власть, подразумевающую силу. Прямое применение силы не может привести к достижению той цели, ради которой она применяется. Сила вызывает сопротивление, на преодоление которого расходуются энергия, время и иные ресурсы, необходимые для удовлетворения потребителей, укрепления конкурентоспособности и создания нового [13, с. 167]. Предлагаемый подход позволяет высвободить энергию и ресурсы за счет не востребовавшихся многих привычных функций начальника. На смену администрированию и контролю придут функции лидера – учителя, советчика, помощника, приветствующего и поощряющего инициативу.

Вовлечение работников. Результативность системы управления качеством во многом определяется уровнем корпоративной культуры учреждения и напрямую зависит от вовлеченности всего коллектива образовательного учреждения в данную деятельность. Поэтому каждый участник здоровьесберегающей деятельности должен стать членом единого коллектива, где будет определен его конкретный вклад, при этом личные цели не противоречили бы целям здоровьесберегающей деятельности.

Процессный подход. Поддерживая идею процессного мышления в обеспечении качества здоровьесберегающей деятельности, следует, в соответствии с понятием о мегапроцессе, обеспечить реализацию следующих шагов [2, 13, 75 и др.]:

1) выявить полную систему процессов, требуемых для управления качеством здоровьесберегающей деятельности;

2) определить последовательность, взаимосвязь и взаимодействия процессов в этой системе;

3) определить ключевые процессы (с позиций целей здоровьесберегающей деятельности);

4) наделить соответствующими полномочиями сотрудника, ответственного за процесс здоровьесберегающей деятельности;

5) определить заказчика процесса здоровьесберегающей деятельности и описать выход, т. е. требования к качеству результатов здоровьесберегающей деятельности;

6) определить поставщиков процесса и требования к элементам входа процесса;

7) обозначить критерии эффективного управления данным процессом и выбрать для них метрологически обеспеченные измерители;

8) спланировать процессы изменения показателей качества процесса;

9) описать сам процесс здоровьесберегающей деятельности в виде блок-схемы;

10) определить входные и выходные документы по стадиям процесса;

11) обеспечить информационные потоки, требуемые для эффективного управления процессом;

12) ввести регулярный мониторинг данных, относящихся к процессу;

13) систематически осуществлять корректирующие и предупреждающие действия, направленные на достижение целей процесса;

14) определить порядок внесения в процесс изменений.

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

Системный подход к менеджменту. Применение системного подхода к здоровьесберегающей деятельности в ее менеджменте предполагает координацию всех аспектов данной деятельности, соотнесение частных задач с общей целью. Управление качеством здоровьесберегающей деятельности при целевой установке на формирование готовности выпускника образовательного учреждения к здоровьесберегающей деятельности очевидно приведет к соответствующим изменениям целей, содержания, форм и методов всего образователь-

ного процесса. Данные преобразования предполагают не частные технико-тактические решения, а преобразование всего образовательного процесса в аспекте здоровьесбережения. Акцент следует перенести с решения технологических вопросов на проблемы систематизации управления здоровьесберегающей деятельностью. Поэтому важнейшим звеном процесса разработки системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности является систематизация ее компонентов на основе целей качества здоровьесберегающей деятельности, позволяющая объединить усилия всего коллектива образовательного учреждения для формирования готовности выпускников к здоровьесберегающей деятельности.

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

Принятие решений, основанное на фактах. Образовательная деятельность сопряжена с производством огромных массивов данных, а значит, существует проблема синтеза этих данных для получения информации, позволяющей осознать факты, важные для принятия разнообразных решений [13]. Поэтому важное значение будет иметь степень проработанности документов, регламентирующих функционирование системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности. На основе задокументированных фактов можно создать базу системы мониторинга, которая будет способствовать превращению информации в знания и позволит снизить потери от неэффективных управленческих решений.

Взаимовыгодные отношения с поставщиками. Поставщиками образовательных учреждений являются абитуриенты и их родители. Сегодня они вправе самостоятельно выбирать заведение, где им будут оказаны образовательные услуги. Образовательные же учреждения не всегда могут отбирать наиболее достойных из числа желающих учиться, что противоречит мировой практике менеджмента, где давно уже доказано: невыгодно покупать по дешевке. При переработке низкокачественного сырья обычно ухудшаются расходные коэффициенты; увеличивается доля несоответствий и затрудняется реализация технологического регламента. На производстве это ведет к остано-

кам, задержкам, и в конечном счете – к росту себестоимости продукции и услуг. Данный принцип предопределяет стремление к постоянным отношениям: «вместе сделаем, вместе выиграем» [13, с. 172]. Соответственно следует максимально привлекать поставщиков к реализации процесса здоровьесберегающей деятельности.

Таким образом, разработка и внедрение системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности является важным условием и основным технологическим звеном в достижении цели здоровьесберегающей деятельности – обеспечении готовности выпускника образовательного учреждения к здоровотворческой деятельности. При этом речь идет не о частных технико-тактических решениях, а о перестройке всего процесса здоровьесбережения, предполагающего реализацию системного подхода. Реализация данного подхода будет связана с перестройкой старых внутрисистемных связей в совокупности с построением новых связей с (и между) новыми подсистемами. Так, например, при создании новой системы здоровьесберегающей деятельности потребуются систематизация уже используемых критериев оценки качества; используемых критериев оценки и новых характеристик качества; новых характеристик качества.

Подобные задачи стоят и при систематизации целей образовательного учреждения, его сотрудников и обучающихся; методов и структуры управления; функций структурных подразделений, задействованных в здоровьесберегающей деятельности; прав и обязанностей руководства, должностных лиц, педагогического состава, обучающихся; методов педагогического руководства формированием здоровотворческой деятельности обучающихся и других важнейших компонентов.

Обеспечение качества здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения предполагает разработку концепции управления качеством здоровьесберегающей деятельности на основе модели готовности выпускника образовательного учреждения к здоровотворческой деятельности. Системообразующим фактором концепции является научно обоснованная идея преобразования существующей системы управления здоровьесберегающей деятельностью, предопределяющая системные изменения во всех подсистемах качества (организационной, педагогической, технологической и др.), нацеленных на формирование готовности выпускника образовательного учреждения к здоровотворческой деятельности.

Целью концепции является обоснование решения проблем управления качеством здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения за счет внутреннего потенциала учреждения – решения, ориентированного на две доминанты государственной образовательной политики: курс на создание государственной системы оценки качества образования и приоритет развития личности. Данное решение возможно на основе реализации системного подхода в управлении качеством здоровьесберегающей деятельности, нацеленном на формирование готовности выпускника образовательного учреждения к здоровьесберегающей деятельности. В этой связи *задачами концепции* являются:

1) корректировка целей здоровьесберегающей деятельности: перенос акцента с приобретения выпускником багажа знаний, умений и навыков в решении задач охраны здоровья на формирование личности, способной к решению здоровьесберегающих задач на основе полученных знаний и приобретенных умений;

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

3) обоснование преимуществ субъектно-субъектной системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности, направленной на выявление в вопросах качества оптимального соотношения «руководитель – подчиненный», на создание атмосферы творческой активности, стремления к самосовершенствованию и саморазвитию, росту уровня корпоративной культуры качества, вовлечения коллектива образовательного учреждения в решение задач в области обеспечения качества здоровьесберегающей деятельности;

4) разработка принципов систематизации управления качеством здоровьесберегающей деятельности на основе формирования готовности как целевой установки для обоснования системных изменений во всех подсистемах (организационной, педагогической, технологической и др.) системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности.

Исходя из переосмысления цели и задач сформулированы *принципы* систематизации компонентов управления качеством здоровьесберегающей деятельности¹, которые составили содержание концепции, отражающие сущность основных принципов стандартов и директив ENQA и российского стандарта по менеджменту качества (ГОСТ Р ИСО 9001–2001), близкие к идеологии всеобщего менеджмента качества (TQM) [23, 194]:

1. *Соотнесение интересов образовательного учреждения и заказчиков его услуг в вопросах здоровьесберегающей деятельности.* К основным потребителям образовательных услуг следует относить государство, представляемое Министерством образования и науки, а также обучающихся и их родителей.

Потребители заявляют о востребованности у выпускников способностей к применению знаний в вопросах охраны и формирования здоровья или совокупной характеристики выпускников – их готовности к решению задач здоровьесберегающей деятельности, которая обеспечивается глубиной образования, личностными свойствами. Образовательное учреждение должно понимать текущие и будущие нужды заказчиков, выполнять их требования и стремиться превзойти их ожидания. Уровень удовлетворенности потребителей необходимо измерять и оценивать, а система управления качеством должна обладать механизмом выработки корректирующих действий. Поэтому анализ и синтез требований потребителей должны стать выделенным направлением в здоровьесберегающей деятельности учреждения.

2. *Соотнесение принципа единоначалия и творческих инициатив.* Руководителю образовательного учреждения принадлежат основная роль и ответственность в создании обстановки, в которой сотрудники целиком и полностью могут быть вовлечены в достижение целей здоровьесберегающей деятельности. Необходимо, чтобы руководство своим личным примером демонстрировало приверженность качеству. Задачей руководства является обеспечение атмосферы доверия, инициирование, признание и поощрение вклада людей, поддержка открытых и честных взаимоотношений. Такая атмосфера максимально способствует раскрытию творческих возможностей сотрудников.

¹ См.: Булат Р. Е. Управление качеством профессиональной подготовки в военно-технических вузах: дис. ... д-ра пед. наук. СПб., 2010. 354 с.

3. *Соотнесение цели образовательного учреждения и целей сотрудников.* Успех системы качества напрямую зависит от вовлеченности всего коллектива учреждения в ее реализацию. Соответственно, управление образовательным учреждением должно решать задачи, связанные с формированием готовности сотрудников к преобразованиям. Каждый участник процесса должен стать членом единой команды, где будет определен его конкретный вклад, поскольку результативность внедрения инноваций во многом определяется уровнем корпоративной культуры. Система качества и ее механизмы должны побуждать сотрудников проявлять инициативу в постоянном стремлении к улучшению качества, брать на себя ответственность за решение проблем качества, активно повышать свои знания и навыки, передавать свой опыт коллегам.

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

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

6. *Систематизация подходов к управлению качеством.* В управлении качеством здоровьесберегающей деятельности тесно связаны процессный и системный подходы. Поэтому каждый процесс здоровьесберегающей деятельности должен рассматриваться как система взаимо-

связанных процессов, в которой входы и выходы (результаты) процесса четко определяются и измеряются; определяются поставщики и потребители каждого процесса, идентифицируются их требования, изучается их удовлетворенность результатами процесса; устанавливается взаимодействие данного процесса с остальными процессами здоровьесберегающей деятельности; устанавливаются полномочия, права и ответственность за управление процессом; при проектировании процесса определяется его ресурсное обеспечение.

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

7. Систематизация подходов к мониторингу качества здоровьесберегающей деятельности, основанному на измерении степени готовности выпускника к здоровьесберегающей деятельности. Мониторинг качества здоровьесберегающей деятельности на основе анализа готовности выпускника к здоровьесберегающей деятельности должен включать элементы основных подходов к оценке качества: репутационного (экспертного), связанного с оценкой внутренних характеристик здоровьесберегающей деятельности; результативного (внешнего), ориентированного на измерение конечных результатов здоровьесберегающей деятельности; общего, ориентированного на непрерывное совершенствование качества здоровьесберегающей деятельности. Соответственно, необходимо систематизировать элементы внешней и внутренней оценки, составляющие подготовки, утилитарное измерение и личностные характеристики и т. д.

8. Систематизация документационного обеспечения. Результативность во многом определяется степенью проработки документов,

регламентирующих как само внедрение, так и функционирование системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности. Документирование всех функциональных процессов и деятельности исполнителей – исключительно ответственная, крайне трудоемкая, одновременно и творческая, и рутинная работа, требующая интеграции осознанности исполнителей с разумной формализацией их деятельности.

Создание системы документооборота позволяет отслеживать основные условия реализации системного подхода в системе управления качеством здоровьесберегающей деятельности, в том числе – обратную связь по внедряемым инновациям. При документировании процессов необходимо их ранжирование в соответствии с конкретными функциями, по степени влияния на достижение целей здоровьесберегающей деятельности. Особое внимание уделяется входам и выходам, требованиям и результатам каждого процесса для минимизации несоответствия между ними.

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

Сформулированные цель и основные принципы концепции управления качеством здоровьесберегающей деятельности детерминируют модернизацию системы здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения – выделение за счет внутренних резервов структурных подразделений, обеспечивающих реализацию здоровьесберегающей деятельности.

Опыт показывает, что перспективным является внедрение валеологических служб (центров или служб здоровья, служб медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса) [20, 45, 56, 142 и др.]. Однако данные структуры в учебных заведениях «приживаются» достаточно сложно, их деятельность отличается в различных учреждениях по своим целям, задачам, направлени-

ям, составу участников [152]. Следует отметить неразработанность организационно-педагогических условий, обеспечивающих деятельность данных служб. Так, рассмотрена организация данных структур в условиях города, в районных образовательных комплексах (Л. А. Башарина, Е. А. Демин, В. Н. Ирхин, Э. М. Казин и др.). Однако решению вопросов организации таких служб непосредственно в образовательных учреждениях уделено поверхностное внимание, не существует ее достаточного научного обоснования (Э. М. Казин, С. В. Ким, В. В. Колбанов, Н. П. Недоспасова, Е. О. Школа и др.). Также неполно раскрыта тема обеспечения организационной деятельности, заключающейся в распределении действий, предпринимаемых для достижения целей службы, между отдельными специалистами с одновременной фиксацией связей между ними. Способом же фиксации такого распределения служит организационная структура. Необходимость в ее создании возникает везде, где для достижения желаемых результатов требуется использовать согласованную работу множества людей. Основными элементами структуры являются отдельные лица, подразделения, коллегиальные органы; их функции, права и ответственность, уровни управления, управленческие связи (внутренние, внешние, горизонтальные, вертикальные); управленческие отношения (подчинение, координация и др.), что также не находит должного отражения в научно-исследовательских трудах.

2.3. Структурно-функциональные преобразования в системе управления качеством здоровьесберегающей деятельности

Обеспечение эффективности системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений предполагает выполнение системной специфической работы, которая, безусловно, должна быть определенным образом организована и управляема [152]. Необходимость же в управлении возникает всегда, когда требуется обеспечить согласованность работы группы людей и рациональное упорядочение их деятельности, направленной на достижение цели.

Попытаемся определить и обосновать организационно-педагогические условия обеспечения процесса управления качеством здоровьесберегающей деятельности в условиях учебного заведения посредством создания структурно-функциональной модели службы здоровья.

В научно-педагогической литературе модель рассматривается как искусственно созданный в виде схемы, таблицы, чертежа и т. п. объект, который, будучи аналогичен исследуемому объекту, отображает и воспроизводит в более простом, уменьшенном виде структуру, свойства, взаимосвязи и отношения между его элементами [55, с. 193]. В процессе научного познания модель заменяет оригинал: изучение модели дает информацию об оригинале [125, с. 158]. С точки зрения характера исследуемых и воспроизводимых связей выделяют различные виды моделей: структурная, функциональная, смешанная модели. Так, структурная модель является результатом использования системного подхода в моделировании объектов и явлений. Особенностью структурных моделей является то, что они меньше привязаны к самому объекту, чем модели других видов. Функциональная модель имитирует поведение (функции) оригинала. При этом функции являются одной из существенных характеристик системы, которую представляет данная модель. Смешанная модель сочетает в себе признаки моделей двух других видов.

В исследовании мы использовали структурно-функциональную модель, основанную на блочно-целевых структурах, формируемых по матричному типу управления [102]. Данная модель позволяет детально рассмотреть составляющие и функции системы, показать взаимосвязи ее структур.

Но для начала обратимся к основным понятиям и положениям управленческой концепции. Так, понятие «организация» имеет несколько значений: 1) внутренняя упорядоченность, согласованность взаимодействия более или менее дифференцированных и автономных частей целого, обусловленных его строением; 2) совокупность процессов или действий, ведущих к образованию и совершенствованию взаимосвязей между частями целого; 3) объединение людей, совместно реализующих программу или цель и действующих на основе определенных процедур и правил [169].

В литературе по общим аспектам управления термин «организация» употребляется, как правило, в двух смыслах. Во-первых, как некое свойство, состоящее в рациональном сочетании и упорядочении всех элементов определенного объекта [94]. В этом смысле организация может рассматриваться как процесс взаимодействия людей для

достижения цели [160]. Во-вторых, организация истолковывается как сам объект, обладающий определенным образом упорядоченной структурой [94]. В данном случае это не что иное, как некое сообщество (объединение) людей, которым необходимо объединить усилия для достижения того, чего ни один из них не может достичь в одиночку [94]. Таким образом, организация как свойство, процесс является содержанием, а организация как объект, сообщество есть не что иное, как форма данного содержания.

Для решения непростых задач, связанных со здоровьесбережением, в соответствии с принципом стандартов ИСО серии 9000 «вовлечение работников»¹ необходимы привлечение к этой деятельности всего педагогического коллектива и рациональное упорядочение работы сотрудников. Понятно, что при оптимальном варианте эта «упорядоченная деятельность» станет значительно эффективнее, если будет осуществляться в рамках определенного сообщества. Мы рассматривали данное сообщество (службу здоровья) именно как организацию, со всеми присущими ей чертами.

Для всех форм организации характерно следующее: 1) наличие не менее двух человек, считающих себя частью этой группы; 2) наличие хотя бы одной цели, направленной на удовлетворение потребностей или интересов человека или общества, которую принимают как общую члены данной группы; 3) наличие членов группы, которые намеренно работают вместе, чтобы достичь значимой для всех цели; 4) наличие совокупности функциональных положений и ролей; 5) формализация значительной части целей и отношений; 6) получение прибавочного продукта в различных формах [70, 102 и др.].

Тесно связано с организацией понятие «управление»: управление является условием существования и системообразующим признаком организации. Методологическая база для исследования проблем управления была заложена в начале XX в. М. Вебером, Н. Винером, Ф. Тейлором, А. Файолем, Г. Эмерсоном и др. Исследователями выделено три вида управления: социальное, биологическое и техническое. Управление образовательными системами относится к социальному виду: воздействие на общество с целью его упорядочения и сохранения качественной специфики.

¹ См. п. 2.2 данной работы.

Вопросами управления и развития образовательных систем занимаются такие отечественные ученые, как Ю. А. Конаржевский, В. С. Лазарев, М. М. Поташник и др. Управление образовательной системой рассматривается ими как интегрированный процесс, стержнем которого является разработка научных основ управления учебным процессом.

В педагогических словарях управление трактуется как функция организационных систем различной природы (биологической, социальной, технической), обеспечивающая сохранение их определенной структуры, поддержание режима деятельности, реализацию программ и целей [55, с. 360].

Относительно обособленным направлением управленческой деятельности является реализация собственно управленческих функций. Выстраивая «здание управления», А. Файоль расчленил административную функцию на первичные элементы, назвав их основными функциями управления: планирование – взаимосвязанная, объединенная общими целями система практических мероприятий; организация – продуманное устройство, структура учреждения и его функция; контроль – проверка, процесс получения информации о ходе и результатах деятельности.

Говоря о функциях управления в образовательном учреждении, Ю. К. Бабанский к функциям, выделенным А. Файодем, добавляет стимулирование и анализ; М. М. Поташник рассматривает такие функции, как первичный анализ, прогнозирование, программирование, планирование, организация, регулирование, контроль, анализ, коррекция, стимулирование; Т. И. Шамова выделяет информационно-аналитическую, мотивационно-целевую, планово-прогностическую, организационно-исследовательскую, регулятивно-коррекционную функции. В педагогических словарях в качестве функций управления, рассматриваемого как системный процесс, называют планирование, организацию, мотивирование и контроль, позволяющий сформировать и достичь целей функционирования организации [55, с. 360].

Применительно к службе здоровья достаточно выделить функции планирования, организации, контроля, нововведения, целеполагания, которые необходимо реализовывать в соответствии с основными принципами управления в образовании: оптимальное соотношение

централизации и децентрализации в управлении; единство единоначалия и коллегиальности; рациональное сочетание прав, обязанностей и ответственности.

С позиции системного подхода всякая организация – это открытая система. Сущность данного подхода заключается в исследовании наиболее общих форм организации, предполагающем изучение частей системы, взаимодействий между ними, а также процессов, связывающих части системы с целями [70]. Основные части системы связаны друг с другом определенным образом: формальными и неформальными структурами, каналами коммуникации и процессами принятия решений. В соответствии с системным подходом система не только не определяется однозначно свойствами ее элементов или их групп и не сводится к ним, но и сами элементы детерминируются целым и в его рамках получают свое функциональное объяснение и оправдание. Теория систем стала методическим основанием большинства исследований внутришкольного управления. Специалисты по теории управления образованием (Ю. А. Конаржевский, П. И. Третьяков, Т. И. Шамова и др.) показали перспективность рассмотрения учебного заведения как системы, поскольку данный подход позволяет яснее и четче увидеть взаимосвязи элементов, выявить общую структуру, определить иерархию, составляющие.

Каждый элемент системы может выполнять свое функциональное назначение, если будет взаимодействовать с другими ее элементами. В нашем понимании служба здоровья как система (организация) представляет собой совокупность связанных между собой взаимодействующих элементов; их способ связи определяет особенности ее структуры. Уровень целостности системы зависит от ее целеустремленности, полноты набора компонентов, качества каждого компонента и достаточности взаимосвязей между ними. Интеграция является общим признаком всех систем и выступает как результат, получаемый от взаимодействия компонентов, входящих в систему, и зависящий от уровня целостности системы.

Как и при построении любой организации, при создании службы здоровья (как относительно самостоятельной структурной единицы в образовательном учреждении) следует придерживаться ряда взаимосвязанных принципов: 1) разделение труда, или специализация; 2) структурирование; 3) учет функциональных операций (процессов) [160].

Так, эффективной работы организации нельзя достичь, если все ее сотрудники (подразделения) будут делать одно и то же, т. е. дублировать работу друг друга, или если один работник (подразделение) будет выполнять все, чем занимается организация. Поэтому в любой социальной организации существует разделение труда между ее членами и подсистемами – специализация.

Разделение труда происходит по двум направлениям: горизонтальному – постадийное распределение работ и вертикальному – разделение работ по уровням иерархии (исполнительский и управленческий труд). Внутри этих способов существует специализация по функциям. Необходимость в специализации обусловлена, с одной стороны, наличием у людей определенной квалификации, а с другой – сложностью трудовых процессов. Чем сложнее решаемые задачи, тем более высокие требования выполняемая деятельность предъявляет к работникам, а значит, и более актуальной становится необходимость специализации труда.

В соответствии с принципом разделения труда и с учетом специфики здоровьесбережения *для службы здоровья*, на наш взгляд, необходимо выделить пять основных направлений деятельности (специализаций):

1. *Физическое воспитание* – обусловлено особой значимостью занятий физической культурой, развития кондиционных физических качеств, создающих потенциал физического здоровья.

2. *Медицинское сопровождение* – связано с необходимостью медицинского сопровождения учащихся, проведения работы по диагностике состояния здоровья с последующим анализом и разработкой соответствующих рекомендаций, принятием профилактических и лечебных мер.

3. *Образовательно-валеологическое сопровождение* – определяется необходимостью повышения валеологической грамотности субъектов образовательного процесса, формирования готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности.

4. *Психологическое сопровождение* – обусловлено необходимостью психолого-педагогического сопровождения процесса формирования готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности посредством проведения развивающих и коррекционных системно и индивидуально ориентированных программ и обеспечения

здоровьесберегающего режима работы и отдыха в учреждении; обеспечения диагностики уровня сформированности здравотворческих способностей обучающихся на протяжении всего периода обучения в учебном заведении.

5. *Научно-информационное сопровождение* – детерминировано необходимостью оперативной обработки, систематизации и хранения информации о состоянии здоровья обучающихся образовательного учреждения, уровне их готовности к здравотворческой деятельности и степени сформированности здравотворческих способностей; научного сопровождения здоровьесберегающей деятельности.

Выделенные направления следует рассматривать как ключевые процессы в системе управления качеством здоровьесберегающей деятельности, что обеспечивает реализацию принципа стандартов ИСО серии 9000 «процессный подход»¹.

Специализированный труд в сравнении с неспециализированным имеет ряд преимуществ: позволяет детально разобраться в сущности дела, быстрее и качественнее определить проблемы, что способствует поиску путей совершенствования работы исполнителя; упрощается система коммуникаций: узкоспециализированный работник не нуждается в частых контактах с коллегами и руководством; специализация позволяет повысить качество выполнения профессиональных задач, сделать труд более экономичным. В то же время специализация труда ведет к усложнению задачи координации работы отдельных специалистов и создает проблемы в управлении учреждением в целом. Для их решения, а также повышения степени управляемости производят департаментализацию – группировку работ и образование структурных подразделений [94].

Поскольку структуризация направлена на уменьшение нормы управляемости и на усиление согласованности и скоординированности выполняемых работ, то при создании структурных подразделений руководствуются принципами группировки работ по сходству и взаимозависимости. Основаниями для структурирования организации, т. е. группировки работ, являются количественный, функциональный, «продуктовый» принципы; также структуризация может производиться по времени и по территории [94, 102 и др.]. Выбор принципа

¹ См. п. 2.2 данной работы.

зависит от значимости для результатов работы объединения людей по первому или по второму принципам, что обусловлено, в данном случае, тем, какие образовательные технологии использует учреждение, каковы его размеры, квалификация сотрудников, а также режимом их жизнедеятельности.

Если в подразделение объединяются люди, выполняющие различные независимые друг от друга задачи, то такое подразделение нежизнеспособно, в нем не возникает условий для кооперации труда. Наиболее жизнеспособными являются подразделения, имеющие общие стратегические цели, но объединяющие людей разной специализации. При образовании структурных подразделений важно определить задачи, для реализации которых требуется выполнить специализированные работы или совместно использовать ресурсы, а также обмениваться ими при выполнении сходных работ. Людей, выполняющих данные работы, целесообразно объединить в одно подразделение. Объединение по сходству позволяет уменьшить размеры подразделений и сократить таким образом объем работы руководителя. Объединение по взаимозависимости позволяет сократить число взаимных согласований и за счет лучшей интеграции труда достичь более высоких результатов.

Таким образом, структурным подразделением учебного заведения является относительно самостоятельная структурная единица, объединяющая специалистов, которые выполняют взаимозависимые или сходные по характеру профессиональные задачи, значимые для получения конечного результата, имеющая свой порядок работы и обладающая для выполнения поставленных задач собственными ресурсами [102].

В организации основой вертикального структурирования является количественный принцип, который опирается на структуризацию по сходству (структурирование по численности осуществляется, когда выполняемые работы однотипны, специализация незначительна, а качество решения профессиональных задач зависит от количества подчиненных у руководителя). Сотрудники, выполняющие сходные функции, группируются в примерно равные по численности подразделения, и весь объем работы распределяется между несколькими ответственными лицами и исполнителями.

Увеличение количества руководителей среднего звена уменьшает объем управления на нижнем уровне, но в то же время увеличивает

его на более высоком уровне. Однако ввести в штат дополнительную должность заместителя не всегда позволяет штатное расписание. В этом случае при использовании количественного принципа структурирования следует учитывать характер выполняемых подразделением задач и личные качества руководителя. Если квалификация у руководителя и подчиненных высокая, то норма числа подчиненных может быть большей, и наоборот, при недостаточной квалификации лучше сократить число подчиненных у одного руководителя, но увеличить количество подразделений.

Квалификация определяется по сложности задач. Если задачи слишком сложные, творческие, связанные с неопределенностью деятельности, то требуется сокращение количества подчиненных в подразделении. Если же работа носит рутинный характер, то размеры подразделения могут быть увеличены, а их количество соответственно уменьшено. Необходимость уменьшения размера структурных подразделений также зависит от сходства выполняемых подчиненными задач. Если все они выполняют практически одинаковые функции, то подразделение может быть большим, если специализация труда различная, то целесообразнее образовать несколько средних или мелких структурных подразделений.

Количественный принцип подходит для систем массового, недифференцированного образования, в которых результаты не зависят от разделения (специализации) педагогического труда. Сложнее управлять, когда педагоги имеют разную предметную специализацию.

В зависимости от уровня развития в образовательных учреждениях специализации возникает необходимость в группировке людей по функциям или результатам, за достижение которых они несут непосредственную ответственность, в соответствии с чем обусловлено появление функционального и «продуктового» (терминология Н. В. Немовой) принципов структурирования работ и образования подразделений.

Выполнение важной для реализации стратегических целей основной или вспомогательной функции является задачей функционального подразделения. Структуризация организации по функциям позволяет значительно повысить ее потенциал, так как выполнение отдельных видов работ переходит в ведение квалифицированных специалистов. Подразделение может объединять специалистов, выполняющих как сходные, так и взаимозависимые виды работ.

Задачей «продуктового» подразделения является достижение одного общего результата. Такие подразделения обеспечивают лучшую управляемость основного образовательного процесса через дифференциацию и создание вариативных систем образования. Чем глубже дифференциация системы, тем выше необходимость в образовании специальных «продуктовых» подразделений, так как нецелесообразно объединять в одном подразделении людей, реализующих разные образовательные программы. Такие подразделения часто объединяют педагогов, выполняющих сходные параллельные функции (складывающийся тип взаимозависимости), например, преподавателей одной дисциплины или педагогов, работающих по одной программе. Если перед ними не будет стоять единая задача, для решения которой нужна их совместная деятельность, то такое подразделение окажется нежизнеспособным и, по сути, ненужным.

Необходимость создания и формализации нового подразделения в действующей структуре возникает тогда, когда прежние подразделения не могут совмещать выполнение разных по характеру функций, часто новых со старыми, что отрицательно сказывается на результате.

Принципы структуризации работ по времени и по территории обусловлены наличием двухсменной работы учреждений и тем, что одна социальная организация может располагаться в разных местах. Данные принципы означают, что люди, входящие в одно структурное подразделение, должны работать в одно и то же время и в одном месте, чтобы избежать возникновения затруднений при осуществлении совместной деятельности и общении.

Таким образом, для успешной работы социальной организации, как правило, важно, чтобы все люди, выполняющие взаимозависимые работы, входили в одно структурное подразделение, трудились в одно и то же время и располагались на одной территории. Это значительно уменьшает объем различных согласований, позволяет установить рациональные графики занятости сотрудников и упрощает деятельность руководителя.

В соответствии с направлениями деятельности в службе здоровья как относительно самостоятельной организации целесообразно выделить структурные подразделения (принцип структурирования), за которыми были бы закреплены определенные полномочия и ответственность: подразделение физической культуры, образовательно-ва-

леологическое, психологическое, медицинское, научно-информационное подразделения (рис. 2).

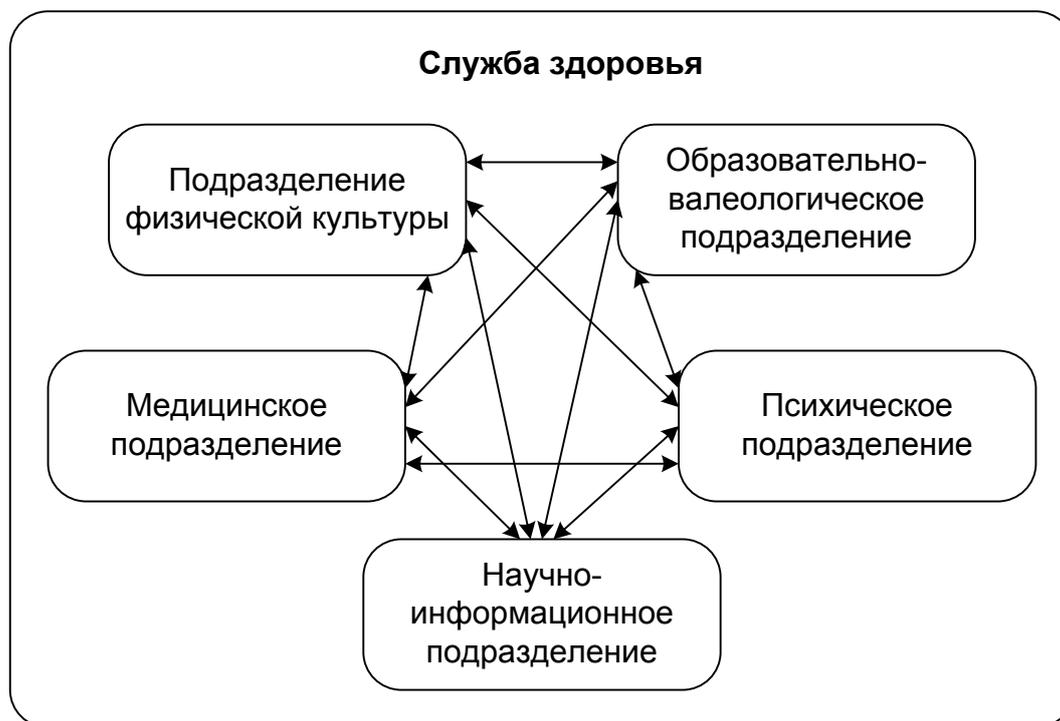


Рис. 2. Организационная структура службы здоровья

В реальных условиях формирование одних структурных единиц службы не вызовет каких-либо затруднений, других – наоборот. Так, например, в школе наибольшие сложности могут возникнуть при создании медицинского подразделения, поскольку в настоящее время в учреждении, как правило, работает один медицинский работник, который находится вне подчинения директору. Поэтому возможно путем договоренности с руководством детской поликлиники, к которой относится медицинский работник школы, несколько расширить круг его функциональных обязанностей в контексте здоровьесбережения.

Научно-информационное подразделение может быть организовано из педагогов информатики и лаборантов кабинета информатики, к работе можно привлечь учащихся. Образовательно-валеологическое подразделение может быть образовано из числа сотрудников учреждения, деятельность которых так или иначе связана с какими-либо аспектами здоровьесбережения: преподаватели ОБЖ, физической культуры, биологии и др. Кроме того, для участия в деятельности этого подразделения следует привлекать медицинских работников из детских поликлиник и врачебно-физкультурных диспансеров.

Соответственно, в подразделение физического воспитания войдут преподаватели физической культуры, тренеры-педагоги дополнительного образования, ведущие в учебных заведениях спортивные секции, а в психологическое – психологи и социальные работники.

В структуре управляющей системы организации должно быть отражено, кто кому подчинен, кто с кем связан прямо или косвенно. Отсюда – увеличение значимости функций отдельных субъектов и их обязанностей, прав [152].

Под организационной структурой М. М. Поташник понимает совокупность индивидуальных и коллективных субъектов, между которыми разделены полномочия и ответственность за выполнение управленческих функций и существуют регулярно воспроизводимые связи и отношения [155]. Организационная структура обычно изображается в виде схемы, называемой органограммой, на которой указаны субъекты и связи между ними: кто кому подчиняется (отношения координации). Это своего рода скелет управляющей системы.

Существует несколько типов организационных структур управляющих систем: линейная, функциональная, линейно-функциональная, проектная (или матричная).

Традиционные структуры внутришкольного управления относятся к структурам линейно-функционального типа. Для них характерно наличие двух или более иерархических уровней управления, на каждом из которых руководителю подчиняется группа сотрудников, отношения между руководителем и подчиненными строятся по принципу единоначалия. Организует работу руководитель учебного заведения, который делегирует заместителям права руководства работой подчиненных им педагогов. Команды передаются по цепочке от руководителя учреждения его заместителям, а от них – педагогам (скалярная цепь). В структурах этого типа, наряду с иерархией линейного руководства, существуют функциональные подразделения (педагогический совет, методические объединения и др., обладающие функциональными полномочиями), специализирующиеся на выполнении определенных видов управленческих действий и принимающие решения относительно ограниченного круга специальных вопросов.

За счет специализации линейно-функциональные структуры позволяют более качественно решать определенные задачи и предъявляют меньшие требования к разносторонности подготовки руководите-

лей и исполнителей, что является несомненным их достоинством. Однако в нестабильных внешних условиях или когда приходится решать много нестандартных задач, требующих совместной работы разных подразделений, эти структуры оказываются неэффективными, им не хватает гибкости. К тому же функциональная дифференциация приводит к утере общих целей деятельности всей системы, которые оказываются вне поля зрения ее структурных подразделений. Каждое подразделение видит лишь свою часть работы, и только руководитель учреждения является носителем общих целей.

В данной ситуации более гибкими являются структуры проектного и матричного типа. Проектная структура – это временная структура, создаваемая для решения какой-то крупной задачи, для чего в одну команду собираются группа сотрудников, способных справиться с поставленной задачей, а также специалисты «со стороны». При одновременной реализации многих проектов возникают структуры матричного типа, когда один и тот же сотрудник одновременно входит в разные проектные группы и подчиняется нескольким руководителям проектов. Но эти руководители не имеют административных полномочий – они остаются за руководителями подразделений. Руководители проектов определяют только «что» и «когда» должно быть сделано. «Кто» и «как» это будет делать определяют руководители подразделений. Матричные структуры позволяют существенно повысить гибкость управления, но в то же время предъявляют высокие требования к компетенции руководителей и зрелости коллектива.

В теории управления линейно-функциональные структуры относятся к классу механических, а структуры проектного и матричного типа – к классу органических (или адаптивных). Для структур механического типа характерно жесткое разделение полномочий и ответственности. В них существует глубокое деление управленческой деятельности по функциям, подразделениям и должностям; проблемы и задачи, с которыми сталкивается организация в целом, разбиваются на множество мелких составляющих по отдельным специальностям. Для данных структур характерно строгое следование иерархической субординации в отношениях «начальник – подчиненный», при этом преимущественное значение отводится полномочиям и должностям, а не квалификации и опыту. Каждый специалист решает свою задачу как нечто обособленное от реальных задач, стоящих перед организацией в целом [70].

Структуры органического типа обладают способностью гибко изменять состав своих органов и связи между ними при решении новых задач. В этих структурах регулярно создаются временные структурные единицы, ориентированные на решение какой-то проблемы, реализацию какого-то проекта. В них действует приоритет опыта и квалификации над организационным статусом. Доминирует горизонтальная, а не вертикальная координация совместных действий.

При построении организационной структуры управления здоровьесберегающей деятельностью прежде всего следует решить, будет ли ответственность за выполнение работ распределена между существующими подразделениями, а координация осуществляться по вертикали или же будут создаваться целевые группы, несущие ответственность за реализацию целостных проектов. В первом случае речь идет о распределении новых полномочий и ответственности в рамках линейно-функциональной структуры и, значит, сохранении структуры механического типа, а во втором – о создании структуры проектного или матричного типа, т. е. органической структуры.

Первый вариант привычен, но имеет недостатки, присущие линейно-функциональным структурам. Второй вариант требует хорошо отлаженных горизонтальных коммуникаций в коллективе и достаточно высокого уровня его развития – он вряд ли будет эффективным, если прогнозируется активное или пассивное сопротивление изменениям значительной части педагогов. В нашем случае организационную структуру службы здоровья следует строить по типу смешанного варианта, например, линейно-функциональная с элементами матричной.

Отметим, что если в образовательном учреждении происходят системные управленческие преобразования, то появляются индивидуальные и коллективные субъекты, разрабатывающие и осуществляющие эти нововведения. Поскольку при этом очень сильно возрастает роль координации взаимодействия всех субъектов структуры, наиболее перегруженными оказываются субъекты верхних уровней, особенно руководитель учреждения. В этом случае важным шагом является передача полномочий в принятии решений субъектам низших уровней организационной структуры. Следовательно, во главе службы здоровья или службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса должен находиться человек, имеющий соответствующие права и обязанности. Это может быть ли-

бо организатор здоровьесберегающей деятельности, либо, что предпочтительнее, заместитель руководителя учебного заведения по здоровьесберегающей деятельности (рис. 3). На сегодняшний день, по нашему мнению, одной из основных причин того, что, несмотря на имеющиеся директивные документы по сохранению и укреплению здоровья в образовательных учреждениях состояние здоровья учащихся не улучшается, является отсутствие штатной единицы, отвечающей за реализацию здоровьесберегающих мер. Кроме того, каждое подразделение должен возглавить наиболее ответственный, грамотный и активный специалист – руководитель подразделения, являющийся одновременно владельцем процесса, в соответствии с принципом стандартов ИСО серии 9000 «процессный подход»¹.

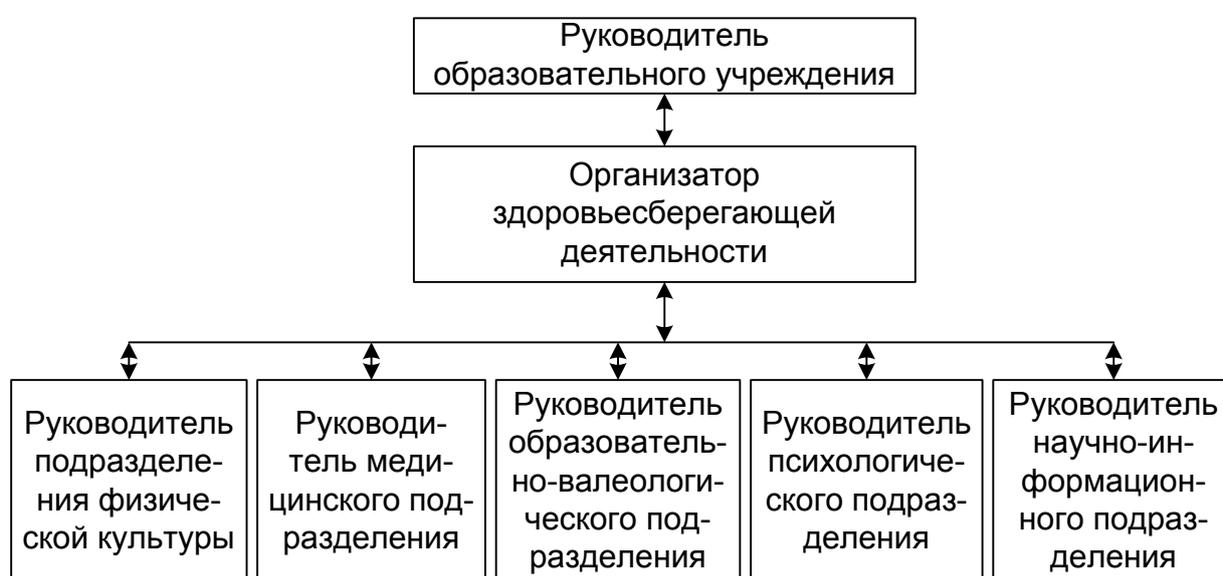


Рис. 3. Иерархия управления службой здоровья

Организационная структура – это лишь статичная модель, которая отражает, по образному выражению Б. З. Мильнера, «анатомию» организации. Действия же подразделений и людей, непосредственно производящих эти действия, – это уже «физиология», обуславливающая направленную деятельность по решению стоящих перед организацией задач [94]. В этой связи возникает необходимость реализации следующего классического принципа построения организации – принципа учета функциональных операций, т. е. того, чем должны заниматься подразделения службы и люди, задействованные в них (каковы их функции) [160].

¹ См. п. 2.2 данной работы.

Опыт деятельности валеологических служб показывает, что целесообразно выделять следующие основные функции деятельности как службы здоровья в целом, так и ее подразделений и конкретных исполнителей:

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

2. *Коррекционная*: исправление выявленных в ходе диагностики отклонений в состоянии здоровья обучающихся, уровня их готовности к здоровотворческой деятельности и степени сформированности здоровотворческих способностей, а также несоответствий образовательной среды установленным правилам и нормам.

3. *Профилактическая*: обеспечение условий для сохранения здоровья учащихся исходя из современных научных валеопедагогических и медицинских представлений.

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

5. *Научное и информационное обеспечение*: обоснование инновационных подходов к здоровьесбережению, опытно-поисковая проверка и интерпретация полученных результатов; информирование субъектов образовательного процесса о результатах проводимой деятельности. На основе задокументированных фактов создается база системы мониторинга, которая должна способствовать превращению информации в знания и снижению потерь от неэффективных управленческих

решений, что обеспечивает реализацию принципа стандартов ИСО серии 9000 «принятие решений, основанных на фактах»¹.

Каждое из подразделений службы с учетом своей специфики в той или иной мере должно реализовать данные функции.

В целях обеспечения организованной работы необходимо наличие нормативной документации, регламентирующей деятельность и взаимодействие всех структурных подразделений организации. В этой связи для службы здоровья или службы медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса необходимо разработать пакет нормативной документации, состоящий из примерных типовых положений о деятельности службы и ее подразделений, а также функциональных обязанностей организатора оздоровительной работы, руководителей подразделений службы и отдельных специалистов.

2.4. Модель управления качеством здоровьесберегающей деятельности на основе готовности выпускника к здоровотворческой деятельности

Необходимость разработки модели управления качеством здоровьесберегающей деятельностью определяется наличием потребности в централизации сбора, обобщения и оценки информации о качестве здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях, а также необходимостью наиболее полной систематизации компонентов управления данной деятельностью.

Основным назначением разрабатываемой нами модели является реализация принципа системного подхода в управлении качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях, нацеленного на формирование готовности выпускников к здоровотворческой деятельности.

Внедрение модели управления качеством здоровьесберегающей деятельностью позволяет решить ряд задач:

1) обеспечить интеграцию целей здоровьесберегающей деятельности с целями образовательной деятельности учреждения;

¹ См. п. 2.2 данной работы.

2) систематизировать усилия органов управления, всего коллектива образовательного учреждения в решении вопросов качества здоровьесберегающей деятельности;

3) получить необходимую и достоверную информацию за счет адекватной оценки качества здоровьесберегающей деятельности;

4) раскрыть потенциал управления в повышении качества здоровьесберегающей деятельности посредством переноса акцента с борьбы с недостатками на использование инновационных возможностей;

5) повысить квалификацию педагогических кадров в решении проблем качества здоровьесберегающей деятельности.

При обосновании модели управления качеством здоровьесберегающей деятельности за исходную позицию была принята идея, что управление качеством подразумевает наличие входа системы и ее выхода, а также управляющее воздействие на объект управления на основе обратной связи. Важным моментом в управлении качеством является то, что управленческие решения должны приниматься на основе объективной и достоверной информации, а это предполагает обязательный мониторинг состояния здоровьесберегающей деятельности и элементов системы качества данной деятельности.

Мониторинг в образовании – это отслеживание результатов; постоянное наблюдение за каким-либо процессом в образовании с целью выявления его соответствия желаемому результату или первоначальным предположениям; диагностически обоснованная система непрерывного отслеживания эффективности обучения и воспитания и принятия управленческих решений, регулирующих и корректирующих деятельность учреждения [55, с. 193].

Применительно к нашему исследованию мониторинг представляется как система сбора и анализа информации с целью изучения и оценки состояния качества здоровьесберегающей деятельности и всей системы его обеспечивающей с позиции соответствия уровня готовности выпускников к здоровьесберегающей деятельности требованиям потребителей данного процесса. Имея характер системного исследования, а не эмпирического сбора материала, мониторинг призван создать условия для планирования – текущего, годового, перспективного, стратегического.

Важным условием эффективности мониторинга является соответствие его процедур требованиям культуры оценки, что подразумевает [13, с. 187]:

- наличие четких критериев оценки;
- разработку процедур оценки;
- наличие квалифицированных экспертов;
- разработку форм фиксации информации в ходе мониторинга;
- разработку временных характеристик оценки;
- связь оценки с системой принятия управленческих решений.

При оценке системы качества, в соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО 9000–2001, следует задаться четырьмя основными вопросами в отношении каждого оцениваемого процесса в здоровьесберегающей деятельности:

- 1) выявлен и определен ли соответствующим образом процесс;
- 2) распределена ли ответственность;
- 3) внедрены и поддерживаются ли в рабочем состоянии процедуры;
- 4) эффективен ли процесс в достижении требуемых результатов.

Совокупность ответов на эти вопросы поможет интерпретировать результаты оценивания. Стандарт рекомендует использовать статистические методы оценивания, что может помочь понять изменчивость здоровьесберегающей деятельности и, следовательно, будет способствовать повышению ее эффективности. Статистические методы также помогают принять решение с учетом имеющихся в наличии данных. Изменчивость можно наблюдать в ходе и результатах многих видов здоровьесберегающей деятельности даже в условиях очевидной стабильности, отследив ее по измеряемым характеристикам процессов. Статистические методы могут помочь при измерении, описании, анализе, интерпретации и моделировании изменчивости даже при относительно ограниченном количестве данных. Статистический анализ может помочь лучше понять природу, масштаб и причины изменчивости, способствуя, таким образом, решению и даже предупреждению проблем, которые могут быть результатом такой изменчивости [23].

Являясь важной составляющей управления качеством здоровьесберегающей деятельности, мониторинг оказывает опосредованное и непосредственное влияние на качество здоровьесберегающей деятельности. Опосредованное влияние связано с обеспечением инфор-

мацией, необходимой для принятия решений, а непосредственное – с осуществлением этих решений. Непосредственное влияние обеспечивают сами процедуры мониторинга. Например, систематическая оценка организации здоровьесберегающего образовательного процесса сама по себе уже обеспечивает управленческое влияние: преподаватели начинают корректировать свою деятельность соответственно критериям, по которым проводится мониторинг.

В качестве основных направлений мониторинга можно выделить следующие:

- мониторинг внешней среды (анализ законодательной базы РФ, нормативных актов Министерства образования и науки РФ, изучение запросов и отзывов потребителей здоровьесберегающей деятельности и т. д.);
- ресурсов здоровьесберегающей деятельности (материально-технического, кадрового, учебно-методического, научного обеспечения);
- здоровьесберегающего образовательного процесса (качества здоровьесберегающей деятельности преподавателей, качества управления здоровьесберегающей деятельностью и т. д.);
- состояния образовательной среды учебного заведения с выявлением факторов риска для здоровья;
- мониторинг результатов здоровьесберегающей деятельности (определение уровня готовности выпускников к здоровьесберегающей деятельности и степени сформированности у них здоровьесберегающих способностей).

Выделенные направления соответствуют структуре компонентов качества образования В. А. Качалова [50]. Применительно к здоровьесберегающей деятельности ее можно представить следующим образом:

- 1) качество субъекта получения услуг по здоровьесберегающей деятельности (прежде всего, обучающегося);
- 2) качество объекта предоставления услуг по здоровьесберегающей деятельности (качество управления, качество проекта предоставления услуг, качество ресурсного обеспечения процесса предоставления услуг);
- 3) качество процесса предоставления услуг по здоровьесберегающей деятельности, в том числе качество организации и реализации применяемых технологий предоставления услуг (структура взаи-

модействия субъектов здоровьесберегающей деятельности, форма и содержание процесса здоровьесберегающей деятельности, мотивационные факторы); качество контроля над процессом предоставления услуг по здоровьесберегающей деятельности; качество контроля результатов предоставления данных услуг.

На основании полученных в ходе мониторинга результатов вырабатываются и внедряются управленческие решения. В дальнейшем проводится оценка результатов данных внедрений путем проведения последующего контроля, анализа сопоставимости достигнутых результатов с запланированными, разработка новых управленческих решений и т. д. Поэтому состояние каждого элемента системы зависит от организации обратной связи. При этом управленческие решения (обратная связь по контуру «управляющие воздействия – информация» в системе управления качеством здоровьесберегающей деятельности) необходимо принимать только на основе интеграции и анализа всей информации, которая должна постоянно и систематически расширяться и дополняться.

На рис. 4 представлена модель системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности, построенная на основе модели готовности выпускника образовательного учреждения к здоровьесберегающей деятельности¹.

Разработка и внедрение системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности должны происходить в определенной последовательности и с соблюдением некоторых правил:

1. На первом этапе необходимо провести анализ и самооценку здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения, определить стратегическое направление развития здоровьесберегающей деятельности, выявить необходимые ресурсы, обеспечить нормативной документацией все области данной деятельности. Общая самооценка позволяет:

- получить всестороннюю картину своей деятельности;
- оценить, насколько деятельностью удовлетворены потребители;
- осознать цели системы качества здоровьесберегающей деятельности и на этой основе определить приоритетные направления совершенствования.

¹ См. п. 1.3 данной работы.

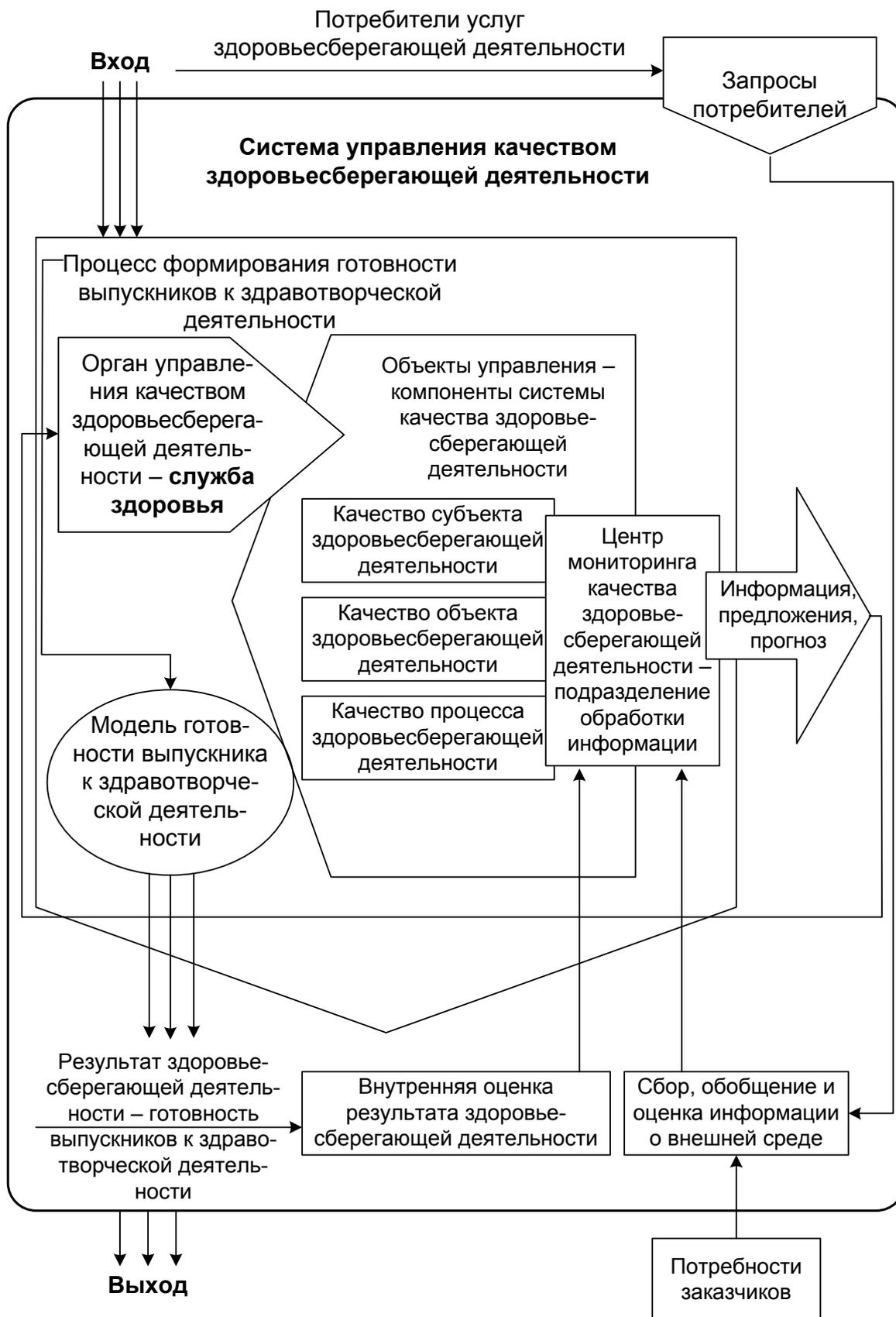


Рис. 4. Модель системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности на основе модели готовности выпускника образовательного учреждения к здоровьесберегающей деятельности

2. Цель системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности должна быть осознана на всех уровнях управления. Необходимо распределить ответственность за создание элементов системы качества – подразделений службы здоровья. Ответственность за внедрение и функционирование системы управления качеством должна быть отражена в должностных инструкциях организатора здоровьесберегающей деятельности и руководителей структурных подразделений службы здоровья. Руководители подразделений службы здоровья координируют деятельность по внедрению элементов системы качества здоровьесберегающей деятельности, определяют методы по ее совершенствованию.

Функции управленца в инновационном процессе существенно меняются, руководители всех рангов, традиционно отвечающие за результат, исполняют не привычные им роли, так как не всегда знают ответы на все вопросы [13, с. 193]. В действительности руководители прежде всего должны отвечать за грамотное владение способами получения обратной связи, коррекции и координации усилий различных специалистов. В инновационных процессах большинство управленческих функций – целеполагание, планирование, коррекция, получение результата и контроль – являются коллективными. Последние две функции более автономны, так как каждый руководитель структурного подразделения самостоятельно или с чьей-то помощью обеспечивает в процессе реализации инновационной деятельности получение специфической обратной связи. Одновременно с этим, а не последовательно, может (и должна) происходить коррекция различных сторон инновационного процесса. В этой связи руководители подразделений службы здоровья должны являться не столько контролерами, сколько координаторами, обеспечивающими коллективное получение результата.

3. Любые инновационные процессы не являются линейными. В сложной системе большинство связей представляют собой петли причинности, являясь циклическими. Обратная связь с точки зрения системных принципов обозначает все виды взаимного влияния. При этом всякое влияние может быть и причиной, и результатом. Для оценки эффективности функционирования системы необходимо проводить регулярный контроль ключевых процессов и своевременно производить устранение несоответствий, связанных с конфликтными ситуациями при взаимодействии различных элементов системы.

В соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО 9000–2001 принцип «постоянного улучшения» является одним из основных моментов деятельности системы¹. Ориентированные на цель – формирование готовности выпускника – все связи взаимодействия должны быстро приводиться в соответствие с изменением ситуации и полученной информацией о состоянии готовности обучающегося. Постоянное улучшение качества должно пониматься всеми сотрудниками как неизменно актуальная цель. Согласно этой основной идее, деятельность по улучшению качества включает четыре взаимозависимых этапа:

- наблюдение, сбор информации;
- разработка мероприятий по улучшению качества;
- внедрение;
- анализ.

4. Выявление роли подразделений службы здоровья в рамках системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности, оценка процессов и порядок определения требующих улучшения областей должны быть отражены в документах. Эффективно организованное делопроизводство способствует повышению скорости и качества принятия управленческих решений, снижению степени их риска, экономии времени руководителей.

Внедрение системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности заключается в переходе образовательного учреждения на работу в соответствии с подготовленными, утвержденными и введенными в действие документами, регламентирующими здоровьесберегающую деятельность. В учреждении разрабатывается нормативный документ, описывающий ключевые процессы здоровьесберегающей деятельности, нормативные, организационные и методические предписания. Разрабатываются должностные инструкции, на основании которых действуют руководители подразделений службы здоровья. На рабочих местах определяются обязанности, полномочия и ответственность каждого сотрудника в рамках здоровьесберегающей деятельности. Эффективная система документооборота позволит оперативно отслеживать соблюдение основных условий реализации системного подхода к управлению формированием готовности выпуск-

¹ См. п. 2.2 данной работы.

ников к здоровьесберегающей деятельности в системе качества здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения, в том числе – обратную связь внедряемых инноваций.

5. Информационное обеспечение руководства образовательного учреждения о соответствии реальных результатов формирования готовности выпускников к здоровьесберегающей деятельности как основной цели здоровьесберегающей деятельности планируемыми позволяет осуществлять постоянный анализ эффективности системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности, принимать решения по корректировке ее процессов.

Мониторинг качества здоровьесберегающей деятельности позволяет оценить эффективность всех видов здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения, обеспечивающих качество: вскрыть слабые места, принять корректирующие меры, проконтролировать эффективность принятых ранее корректирующих мер.

Мониторинг системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности обязателен для всех подразделений службы здоровья. Централизацию сбора, обобщения и оценки информации обеспечивает научно-информационное подразделение, к основным задачам которого относятся:

- проверка и анализ результатов качества здоровьесберегающей деятельности;
- системное совершенствование и разработка методов оценки качества здоровьесберегающей деятельности в образовательном учреждении;
- формирование базы данных здоровьесберегающей деятельности и ее научное сопровождение.

6. Если система оказывает сопротивление даже самому лучшему новшеству, то, скорее всего, в ней действует уравновешивающая обратная связь. Необходимо выявить факторы стабилизации и пути циркуляции обратной связи, а затем постепенными шагами начать изменения. Чтобы изменить ситуацию, необходимо как можно полнее рассмотреть составляющие проблем и выявить их причины в данной системе. Затем к каждому элементу цикла необходимо грамотно сформулировать вопросы, определяющие возможные пути изменения, и перейти к выработке стратегии воздействия на систему [13, с. 197].

Одним из важнейших факторов возможного сопротивления внедрению инноваций является отсутствие мотивации у персонала. Необходимо своевременно информировать сотрудников о намерениях в области управления качеством здоровьесберегающей деятельности. Документы, разработанные руководством, должны доводиться до всех сотрудников образовательного учреждения. Обсуждение в коллективе основных и дополнительных процессов здоровьесберегающей деятельности позволит выявить области эффективно функционирующих элементов системы и области, где возможны улучшения. Для адаптации инноваций целесообразно организовать обучение сотрудников и проверить эффективность обучения.

7. Система управления качеством здоровьесберегающей деятельности должна формировать в образовательном учреждении атмосферу, направленную на достижение требуемого результата – готовности выпускников к здоровьесберегающей деятельности. Для этого необходимо:

- непрерывно изучать и прогнозировать требования заинтересованных сторон к качеству здоровьесберегающей деятельности;
- постоянно совершенствовать процессы здоровьесберегающей деятельности, обеспечения ресурсами и измерений;
- постоянно оценивать собственные возможности и достигнутые результаты по удовлетворению требований лиц, заинтересованных в здоровьесберегающей деятельности;
- развивать и повышать профессионализм сотрудников и их компетентность в области здоровьесберегающей деятельности и в вопросах обеспечения его качества;
- создавать условия для продуктивной творческой работы таким образом, чтобы ответственность за качество здоровьесберегающей деятельности и совершенствование собственных методов работы нес каждый сотрудник образовательного учреждения.

Таким образом, внедрение в образовательном учреждении системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности, построенной на основе модели готовности выпускников к здоровьесбережению, будет способствовать повышению адаптивности учреждения к корректировке целей и планируемых результатов здоровьесбережения, обуславливаемой динамикой внешней и внутренней

среды, благодаря объективной оценке качества, позволяющей выявить слабые места в данной деятельности. Это, в свою очередь, предотвратит нежелательные разрушительные воздействия инноваций в области здоровьесбережения за счет прогнозирования изменений во внешней и внутренней среде. Кроме того, будут созданы предпосылки для перехода к сотрудничеству и сотворчеству во взаимоотношениях между руководством и педагогами в совместной деятельности, что обеспечит конструктивное разрешение противоречий в рамках саморазвивающейся системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности.

Заключение

Содействие физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей и подростков является одной из главных целей государственной политики РФ, что находит свое отражение в соответствующих законодательных актах, возлагающих на образовательные учреждения ответственность за формирование и сохранение здоровья учащихся. Решаются данные задачи на основе имеющегося теоретического и практического опыта валеологии. Исследователи выделяют два основных организационных направления здоровьесберегающей деятельности: валеологические центры и валеологические службы. Реализация второго направления является более перспективной, поскольку предполагает осуществление системы взаимодействия педагогов, психологов, медицинских и социальных работников учреждения в совместной здоровьесберегающей деятельности и, соответственно, обеспечение ее упорядоченности и систематичности.

Исследователями определены основные факторы риска для здоровья обучающихся, что позволяет воздействовать на структуру здоровья детей и подростков путем борьбы с соответствующими факторами, вызывающими те или иные функциональные состояния организма.

Применение только медицинского подхода к сохранению и критериям оценки здоровья затрудняет использование стратегии направленного воздействия на формирование духовно-нравственной позиции личности растущего и развивающегося человека, ориентированного на здоровый образ жизни, обеспечение которой возможно в условиях образовательной среды. Рассмотрение здоровья с позиций педагогики и применение наравне с медицинским педагогического подхода как к его трактовке, так и к деятельности по его охране в условиях образовательного процесса позволило представить здоровье как многомерное интегральное личностное образование, отражающее физическое и духовное состояние человека, осознаваемое им как ценность, выступающая определяющим условием его развития и саморазвития, детерминированное степенью собственных усилий в наращивании жизненных сил и обеспечивающее формирование устойчивых моделей здраво-

творческого поведения. Что, в свою очередь, потребовало пересмотра основных характеристик выпускника образовательного учреждения, внесения поправок в модель выпускника: разработки модели готовности выпускника к здоровотворческой деятельности.

При разработке структуры модели готовности выпускника к здоровотворческой деятельности следует придерживаться той позиции, что готовность представляет собой совокупность и структуру психологических и психофизиологических особенностей человека, а также знаний, навыков, умений, необходимых для эффективного выполнения задач сохранения и формирования здоровья. Исходя из чего основными компонентами в характеристике готовности выпускника образовательного учреждения к здоровотворческой деятельности определены мотивационно-ценностный, когнитивный, эмоционально-волевой, операционально-процессуальный и оценочно-рефлексивный компоненты. Содержание компонентов следует рассматривать как систему здоровотворческих способностей личности выпускника учебного заведения, границы целостности которой определяются требованиями здоровотворческой деятельности человека.

Система здоровотворческих способностей включает свойства четырех подструктур личности выпускника (направленности, опыта, индивидуальных особенностей, темперамента), обладает внутрисистемными связями и образует целостность под воздействием системообразующего фактора – цели готовности, задаваемой здоровотворческой деятельностью. Результатом формирования готовности к здоровотворческой деятельности является возможность эффективно вести здоровый образ жизни независимо от условий или динамики изменения жизненной обстановки.

Внесение представленных изменений в общую модель выпускника образовательного учреждения потребует внесения корректив в деятельность учреждения, при этом направление здоровьесберегающей деятельности можно представить следующим образом: от овладения основными навыками образовательной деятельности, через самопознание, смысловтворчество и самосовершенствование – к самоопределению в отношении к здоровью, выработке здоровотворческой личностной позиции и освоению индивидуальных технологий оздоровления.

Готовность выпускников к здравотворческой деятельности обеспечивается системой качества здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений, в задачи которой входит формирование здравотворческих способностей, т. е. формирование содержания системы готовности.

Как для дальнейших теоретических исследований, так и для практики организации и управления качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях проведен анализ подходов к определению понятия «качество здоровьесберегающей деятельности» как степени сформированности личностных способностей выпускника образовательного учреждения на уровне, необходимом и достаточном для реализации здравотворческих целей и функций, обеспеченной качеством процессов здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения, а также качеством составляющих данную деятельность частей и элементов, их организации и управления. Полученное знание связано с проектированием систем организации и управления качеством здоровьесберегающей деятельности, построение которых предполагается осуществлять в соответствии с теорией управления качеством образования, принципами теории социального управления, системного и процессного подходов, теории всеобщего управления качеством, квалитологии.

Обеспечение качества здоровьесберегающей деятельности предполагает организацию и управление данным процессом. Проведенный анализ подходов к управлению качеством образования показывает, что подходы формируются на основе идей концепций управления социальными системами вообще и управления образовательными объектами в частности; в современных подходах к созданию систем управления качеством образования проявляется тенденция комплексной реализации идей программно-целевого управления и концепций, ориентированных на управление процессуальной стороной образовательного процесса; значительное влияние на управление образовательными объектами оказывает философия тотального (всеобщего) управления качеством, позволяющая системно и целостно охватывать управление качеством всех сторон деятельности таких объектов. Соответственно, при построении систем управления качеством здоровьесберегающей деятельности необходимо ориентироваться на реализацию системного

и процессного подходов с учетом теории всеобщего управления качеством; максимально учитывать внутренние резервы образовательной системы; строить оптимизированную организационную структуру управления качеством здоровьесберегающей деятельности.

Сформулированные цель и основные принципы концепции управления качеством здоровьесберегающей деятельности обусловили модернизацию в системе здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения – выделение, за счет внутренних резервов, структурного подразделения, обеспечивающего реализацию здоровьесберегающей деятельности, – службы здоровья.

С учетом специфики здоровьесбережения выделены пять основных направлений деятельности службы здоровья: физическое воспитание, медицинское, образовательно-валеологическое, психологическое и научно-информационное сопровождение. Выделенные направления следует рассматривать как ключевые процессы в системе управления качеством здоровьесберегающей деятельности.

В соответствии с направлениями деятельности в службе здоровья как относительно самостоятельной организации выделены структурные подразделения, за которыми закреплены определенные полномочия и ответственность: подразделение физической культуры, образовательно-валеологическое, психологическое, медицинское, научно-информационное подразделения. Возглавляют работу подразделений их руководители; всю деятельность службы здоровья координирует организатор здоровьесберегающей деятельности, наделенный (как и руководители структурных подразделений) необходимыми полномочиями.

В соответствии с имеющимся опытом здоровьесберегающей деятельности определены основные функции как службы здоровья в целом, так и ее подразделений и конкретных исполнителей: диагностико-прогностическая, коррекционная, профилактическая, образовательно-просветительская и функция научного и информационного обеспечения.

Потребности в централизации сбора, обобщения и оценки информации о качестве здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях, а также необходимость наиболее полной систематизации компонентов управления данной деятельностью стали

предпосылкой к разработке модели системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности, построенной на основе модели готовности выпускников к здравотворческой деятельности, и описанию основных шагов по ее внедрению.

Таким образом, разработка модели системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности обеспечила реализацию принципа системного подхода в управлении качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях, нацеленного на формирование готовности выпускников к здравотворческой деятельности.

Практическая апробация теоретико-методологических положений настоящего исследования проводится на базе образовательных учреждений Уральского региона, в рамках сетевого взаимодействия инновационно-активных образовательных учреждений Федеральной экспериментальной площадки Академии повышения квалификации и переподготовки работников образования Министерства образования и науки РФ.

Библиографический список

1. *Абросимова И. Ю.* Здоровьесберегающие технологии для эффективного формирования ценностных ориентаций на здоровый образ жизни / И. Ю. Абросимова // Здоровье человека: материалы 6-го Международного научного конгресса валеологов / под ред. В. В. Колбанова. Санкт-Петербург: Изд-во СПбГМУ, 2011. С. 9–10.
2. *Адлер Ю. П.* Восемь принципов, которые меняют мир / Ю. П. Адлер // Стандарты и качество. 2001. № 5. С. 49–61.
3. *Ананьев Б. Г.* О проблемах современного человекознания / Б. Г. Ананьев. Санкт-Петербург: Питер, 2001. 272 с.
4. *Ананьев Б. Г.* Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. Санкт-Петербург: Питер, 2001. 288 с.
5. *Антропова М. В.* Факторы риска и состояния здоровья учащихся / М. В. Антропова, Г. Г. Манке, Т. В. Бородкина // Здравоохранение РФ. 1997. № 4. С. 29–33.
6. *Апанасенко Г. Л.* Медицинская валеология / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова. Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. 248 с.
7. *Баевский Р. М.* Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р. М. Баевский. Москва: Медицина, 1979. 295 с.
8. *Белов В.* Понятие нормы как центральной парадигмы здоровья / В. Белов, В. Гриценко, А. Котова // Здоровье: сущность, диагностика и оздоровительные стратегии: материалы 1-й Международной научной конференции. Радом, 2001. С. 78–81.
9. *Большой психологический словарь* / под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. Москва: АСТ, 2009. 816 с.
10. *Большой толковый словарь русского языка* / под ред. Д. Н. Ушакова. Москва: Астрель, 2009. 1280 с.
11. *Большой толковый словарь русского языка* / сост. и гл. ред. С. А. Кузнецов. Санкт-Петербург: Норинт, 2000. 1536 с.
12. *Брехман И. И.* Введение в валеологию – науку о здоровье / И. И. Брехман. Ленинград: Наука, 1987. 125 с.
13. *Булат Р. Е.* Управление качеством профессиональной подготовки в военно-технических вузах: диссертация ... доктора педагогических наук / Р. Е. Булат. Санкт-Петербург, 2010. 354 с.

14. Булич Э. Г. Здоровье человека: биологическая основа жизнедеятельности и двигательная активность в ее стимуляции / Э. Г. Булич, И. В. Муравов. Киев: Олимпийская литература, 2003. 424 с.
15. Бутакова О. А. Теория и дидактика непрерывного здоровьесформирующего образования в системе повышения квалификации: автореферат диссертации ... доктора педагогических наук / О. А. Бутакова. Оренбург, 2010. 48 с.
16. Вазина К. Я. Модель саморазвития человека: монография / К. Я. Вазина. Нижний Новгород: Изд-во ВИПИ, 1999. 256 с.
17. Варшава Б. Е. Психологический словарь / Б. Е. Варшава, Л. С. Выготский. Москва: Тропа Троянова, 2008. 264 с.
18. Васильева Н. В. Организационно-педагогические условия сохранения здоровья учащихся при обучении в средней общеобразовательной школе: автореферат диссертации ... кандидата педагогических наук / Н. В. Васильева. Санкт-Петербург, 2004. 22 с.
19. Глушко Д. Е. Формирование у учащихся-подростков установочной системы на здоровотворчество: диссертация ... кандидата педагогических наук / Д. Е. Глушко. Якутск, 2003. 180 с.
20. Голиков Н. А. Педагогика оздоровления в условиях полифункционального образовательного учреждения: монография / Н. А. Голиков. Тюмень: Из-во Тюм. гос. ун-та, 2006. 232 с.
21. Голиков Н. А. Школа здоровья / Н. А. Голиков. Тюмень: Вектор Бук, 2000. 248 с.
22. Головин С. Ю. Словарь практического психолога / С. Ю. Головин. Минск: Харвест, 1998. 300 с.
23. ГОСТ Р ИСО 9000–2001. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь. Москва: Изд-во стандартов, 2001. 26 с.
24. ГОСТ Р ИСО 9001–2001. Системы менеджмента качества. Требования. Москва: Изд-во стандартов, 2001. 21 с.
25. ГОСТ Р ИСО 9004–2001. Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению деятельности. Москва: Изд-во стандартов, 2001. 45 с.
26. Граничина О. А. Контроль качества образовательного процесса в контексте управления вузом: автореферат диссертации ... доктора педагогических наук / О. А. Граничина. Санкт-Петербург, 2009. 41 с.

27. *Гришина Е. П.* Содержание понятия «готовность будущего учителя к разработке и внедрению здоровьесберегающих технологий» / Е. П. Гришина // Психолого-педагогические проблемы современного профессионального образования: сборник научных статей. Самара: Универс-групп, 2005. С. 24–35.

28. *Деминг Э.* Выход из кризиса: новая парадигма управления людьми, системами и процессами: перевод с английского / Э. Деминг. Москва: Альпина Бизнес Букс, 2007. 328 с.

29. *Деминг Э.* Новая экономика: перевод с английского / Э. Деминг. Москва: Эксмо, 2006. 208 с.

30. *Друкер П. Ф.* Энциклопедия менеджмента: перевод с английского / П. Ф. Друкер. Москва: Вильямс, 2004. 421 с.

31. *Ерохина П. Ю.* О готовности подростков к целеполаганию в учебной деятельности / П. Ю. Ерохина // Образование и наука. 2011. № 3 (82). С. 116–124.

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

33. *Журавлева Н. А.* Динамика ценностных ориентаций личности в российском обществе: монография / Н. А. Журавлева; Ин-т психологии РАН. Москва, 2006. 335 с.

34. *Зазнобова Т. В.* Роль факторов образовательной среды в формировании здоровья старшеклассников, обучающихся в школах разного типа: автореферат диссертации ... кандидата медицинских наук / Т. В. Зазнобова. Иркутск, 2010. 24 с.

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

36. *Зарипова А. И.* Комплексное организационно-педагогическое сопровождение формирования здоровьесберегающей среды школы: автореферат диссертации ... кандидата педагогических наук / А. И. Зарипова. Уфа, 2011. 28 с.

37. *Захаревич Н. Б.* Валеологические основы стратегии педагогической деятельности: диссертация ... кандидата педагогических наук / Н. Б. Захаревич. Санкт-Петербург, 1998. 125 с.

38. *Зимняя И. А.* Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентностного подхода в образовании. Авторская версия / И. А. Зимняя; Исслед. центр пробл. качества подгот. специалистов. Москва, 2004. 40 с.

39. *Зимняя И. А.* Педагогическая психология / И. А. Зимняя. Москва: Логос, 2001. 384 с.

40. *Злобин Э. В.* Управление качеством в образовательной организации / Э. В. Злобин, С. В. Мищенко, Б. И. Герасимов. Тамбов: Изд-во Тамб. гос. техн. ун-та, 2004. 88 с.

41. *Игнатов С. Б.* Экологическая компетентность в контексте образования для устойчивого развития / С. Б. Игнатов // Образование и наука. 2011. № 1 (80). С. 22–32.

42. *Ильина И. В.* Становление валеологической культуры личности в процессе высшего профессионального образования: автореферат диссертации ... кандидата педагогических наук / И. В. Ильина. Липецк, 2000. 22 с.

43. *Казанович В. Г.* Методические рекомендации по созданию, организации и проведению мониторинга качества образования в вузе / В. Г. Казанович; под науч. ред. Н. А. Селезневой, А. И. Субетто; Исслед. центр пробл. качества подгот. специалистов. Москва, 2001. 15 с.

44. *Казин Э. М.* Влияние уровня культуры здоровья и образа жизни студентов на показатели здоровья и адаптации / Э. М. Казин [и др.] // Здоровье человека: материалы 6-го Международного научного конгресса валеологов / под ред. В. В. Колбанова. Санкт-Петербург: Изд-во СПбГМУ, 2011. С. 46–47.

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

46. *Казин Э. М.* Центры научных основ здоровья и развития / Э. М. Казин, Т. С. Панина, Г. А. Кураев. Кемерово: Изд-во ОблИУУ, 1993. 128 с.

47. *Казначеев В. П.* Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения / В. П. Казначеев, Р. М. Баевский, А. П. Берсенева. Ленинград: Медицина, 1980. 208 с.

48. *Карибьянц Л. В.* Педагогические условия управления персоналом в современных организациях: диссертация ... кандидата педагогических наук / Л. В. Карибьянц. Санкт-Петербург, 2003. 191 с.

49. *Кац Е. Л.* Современные подходы к комплексной оценке состояния здоровья школьников: автореферат диссертации ... кандидата медицинских наук / Е. Л. Кац. Москва, 2007. 23 с.

50. Качалов В. А. Проблемы управления качеством в вузах: заметки менеджера по качеству / В. А. Качалов // Стандарты и качество. 2000. № 12. Ч. 7: Вузы России и современные методы менеджмента качества, простое признание или активное внедрение. С. 82–87.

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

52. Качество в XXI в. Роль качества в обеспечении конкурентоспособности и устойчивого развития / ред.-сост. К. Тито, К. Есио, В. Грегари. Москва: Стандарты и качество, 2005. 280 с.

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

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

55. Коджаспирова Г. М. Словарь по педагогике / Г. М. Коджаспирова, А. Ю. Коджаспиров. Москва: МарТ, 2005. 448 с.

56. Колбанов В. В. Валеологическая служба образовательной системы Санкт-Петербурга / В. В. Колбанов // Состояние и перспективы валеологической службы образовательной системы Санкт-Петербурга: материалы научно-практического семинара. Санкт-Петербург, 2000. С. 3–9.

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

58. Колбанов В. В. Петербургская школа здоровья / В. В. Колбанов // Пути становления петербургской школы здоровья: из опыта организации валеологической службы в образовательных учреждениях Петербурга. Санкт-Петербург, 1996. С. 6–8.

59. Колбанов В. В. Социальные детерминанты здоровья и образа жизни / В. В. Колбанов // Здоровье: сущность, диагностика и оздоровительные стратегии: материалы 1-й Международной научной конференции. Радом, 2001. С. 25–30.

60. Колесников А. А. Всеобщий менеджмент качества / А. А. Колесников [и др.]; под общ. ред. С. А. Степанова. Санкт-Петербург: Изд-во СПбГЭТУ– ЛЭТИ, 2001. 200 с.

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

62. Колесникова М. Г. Удовлетворенность педагогов и родителей здоровьесберегающей деятельностью петербургской школы / М. Г. Колесникова, С. А. Котова // Здоровье человека: материалы 6-го Международного научного конгресса валеологов / под ред. В. В. Колбанова. Санкт-Петербург: Изд-во СПбГМУ, 2011. С. 47–49.

63. Конаржевский Ю. А. Менеджмент и внутришкольное управление / Ю. А. Конаржевский; Центр «Пед. поиск». Москва, 2000. 224 с.

64. Концептуальные и нормативные основания обеспечения здоровья детей и подростков в образовательных учреждениях / авт.-сост. В. В. Колбанов. Санкт-Петербург: Изд-во СПбАПДО, 2003. 124 с.

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

66. Косьяненко И. М. Комплексный подход в работе школьного оздоровительного центра / И. М. Косьяненко // Здоровье человека: материалы 6-го Международного научного конгресса валеологов / под ред. В. В. Колбанова. Санкт-Петербург: Изд-во СПбГМУ, 2011. С. 51–53.

67. Кремкова Е. В. Организация валеологической службы / Е. В. Кремкова // Здоровье и образование: материалы 2-го Международного конгресса валеологов и 4-й Всероссийской научно-практической конференции «Педагогические проблемы валеологии». Санкт-Петербург, 2000. С. 148–150.

68. Куйдина Т. М. Аксиологический аспект изучения здоровья в процессе подготовки педагогов-валеологов / Т. М. Куйдина // Здоровье человека: материалы 6-го Международного научного конгресса валеологов / под ред. В. В. Колбанова. Санкт-Петербург: Изд-во СПбГМУ, 2011. С. 53–54.

69. *Курсеева О. А.* Гигиеническое обоснование организации здоровьесберегающей деятельности в школе: диссертация ... кандидата медицинских наук / О. А. Курсеева. Нижний Новгород, 2007. 184 с.

70. *Лазарев В. С.* Системное развитие школы / В. С. Лазарев. Москва: Педагогическое общество России, 2002. 304 с.

71. *Лапидус В. А.* Всеобщее качество (TQM) в российских компаниях / В. А. Лапидус. Москва: Новости, 2000. 432 с.

72. *Ласкене С.* Факторы, влияющие на образ жизни детей младшего школьного возраста / С. Ласкене, А. Ласките // Здоровье человека: материалы 6-го Международного научного конгресса валеологов / под ред. В. В. Колбанова. Санкт-Петербург: Изд-во СПбГМУ, 2011. С. 54–59.

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

74. *Лебедченко С. Ю.* Формирование культуры здоровья будущего учителя в процессе профессиональной подготовки: автореферат диссертации ... кандидата педагогических наук / С. Ю. Лебедченко. Волгоград, 2000. 22 с.

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

76. *Леонтьев Д. А.* Очерк психологии личности / Д. А. Леонтьев. Москва: Смысл, 1997. 64 с.

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

78. *Лисицын Ю. П.* Концепция факторов риска и образа жизни / Ю. П. Лисицын // Здоровоохранение РФ. 1998. № 3. С. 49–52.

79. *Лисицын Ю. П.* Социальная гигиена и организация здравоохранения: проблемные лекции / Ю. П. Лисицын. Москва: Медицина, 1992. 512 с.

80. *Ломов Б. Ф.* Методологические и теоретические проблемы психологии / Б. Ф. Ломов. Москва: Наука, 1984. 444 с.

81. *Ломов Б. Ф.* Системность в психологии / Б. Ф. Ломов; Ин-т практ. психологии. Москва, 1996. 384 с.

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

83. *Маджуга А. Г.* Здоровьесоздающее образование / А. Г. Маджуга. Уфа: РИО РУМНЦ, 2008. 389 с.

84. *Маджуга А. Г.* Педагогическая концепция здоровьесозидающей функции образования: автореферат диссертации ... доктора педагогических наук / А. Г. Маджуга. Владимир, 2001. 49 с.

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

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

87. *Мансуров А. Н.* Примерная методика организации структурно-функционального анализа деятельности вуза / А. Н. Мансуров, Г. М. Мансурова, Г. П. Савельева; под науч. ред. Н. А. Селезневой, А. И. Субетто; Исслед. центр пробл. качества подгот. специалистов. Москва, 2001. 34 с.

88. *Марьина Г. С.* Результативность валеологической службы образовательного учреждения / Г. С. Марьина, Г. Г. Нестеренко // Здоровье и образование: материалы 2-го Международного конгресса валеологов и 4-й Всероссийской научно-практической конференции «Педагогические проблемы валеологии». Санкт-Петербург, 2000. С. 159–160.

89. *Масленникова С. Ф.* Ценности и ценностные отношения студентов технического вуза / С. Ф. Масленникова // Образование и наука. 2010. № 9 (71). С. 33–39.

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

91. *Менеджмент* в управлении школой / науч. ред. Т. И. Шамова. Москва: Магистр, 1992. 89 с.

92. *Мескон М. Х.* Основы менеджмента: перевод с английского / М. Х. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедуори. Москва: Дело ЛТД, 1994. 702 с.

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

94. *Мильнер Б. З.* Методы анализа и формирования организационных структур управления: опыт системного исследования / Б. З. Мильнер // Систематические исследования методологических проблем. Москва: Наука, 1981. 228 с.

95. *Минина Е. М.* Организация валеолого-педагогической деятельности в гимназии: автореферат диссертации ... кандидата педагогических наук / Е. М. Минина. Курган, 2000. 22 с.

96. *Мишин В. Д.* Управление качеством / В. Д. Мишин. Москва: Юнити-Дана, 2005. 463 с.

97. *Моисеев А. М.* Качество управления школой: каким оно должно быть / А. М. Моисеев. Москва: Сентябрь, 2001. 160 с.

98. *Муртазин И. Г.* Основные закономерности влияния интенсивной учебной нагрузки на состояние здоровья учащихся в возрасте 11–14 лет в современных условиях: диссертация ... кандидата медицинских наук / И. Г. Муртазин. Казань, 2003. 144 с.

99. *Мясищев В. Н.* Структура личности и отношения человека к действительности / В. Н. Мясищев // Психология личности: в 2 томах / под ред. Ю. Б. Гиппенрейтера. Самара: Бахрах-М, 2004. Т. 2. 223 с.

100. *Недоспасова Н. П.* Валеологизация образовательной среды в воспитательно-образовательных учреждениях района: автореферат диссертации ... кандидата педагогических наук / Н. П. Недоспасова. Кемерово, 1999. 22 с.

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

102. *Немова Н. В.* Организация функционирования и развития школы: методические рекомендации для руководителей школ / Н. В. Немова. Москва: АПК и ПРО, 2001. 80 с.

103. *Нив Г. Р.* Пространство доктора Деминга. Принципы построения устойчивого бизнеса / Г. Р. Нив. Москва: Альпина Бизнес Букс, 2005. 376 с.

104. *Новиков А. М.* Структура управленческой деятельности в системе образования / А. М. Новиков, Д. А. Новиков // Образование и наука. 2010. № 8 (76). С. 20–32.

105. *Носиров М. П.* Физическое развитие и состояние здоровья учащихся специализированных школ: автореферат диссертации ... кандидата медицинских наук / М. П. Носиров. Душанбе, 2009. 26 с.

106. *Общая* валеология: конспект лекций / В. А. Ананьев [и др.]; науч. ред. В. П. Петленко. Санкт-Петербург: БПА, 2000. 163 с.

107. *Окрепилов В. В.* Всеобщее управление качеством / В. В. Окрепилов. Санкт-Петербург: Изд-во СПб УЭФ, 1996. 454 с.

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

109. *Организационные* структуры управления производством / под ред. Б. З. Мильнера. Москва: Экономика, 1975. 319 с.

110. *Орехова Т. Ф.* Педагогический подход к здоровью человека как феномену культуры / Т. Ф. Орехова // Оздоровление средствами образования: региональные аспекты: материалы региональной научно-практической конференции / ЧГПУ. Челябинск, 2003. С. 18–21.

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

112. *Официальный* сайт Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru>.

113. *Официальный* сайт Министерства образования и науки Российской Федерации [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.minobraz.ru>.

114. *Официальный* сайт Научного центра здоровья детей Российской академии медицинских наук [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.nczd.ru>.

115. *Официальный* сайт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://rosпотребнадзор.ru>.

116. *Панасюк В. П.* Школа и качество: выбор будущего / В. П. Панасюк. Санкт-Петербург: Каро, 2003. 384 с.

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

118. *Патрушева И. В.* Формирование компетентности здоровьесбережения будущих специалистов по социальной работе в процессе

обучения в вузе: автореферат диссертации ... кандидата педагогических наук / И. В. Патрушева. Москва, 2010. 26 с.

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

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

121. *Перевезенцев Е. А.* Состояние здоровья и пути оптимизации медицинского обеспечения подростков – учащихся профессиональных училищ и техникумов агропромышленного района: диссертация ... кандидата медицинских наук / Е. А. Перевезенцев. Рязань, 2009. 151 с.

122. *Петровский А. В.* Основы теоретической психологии / А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский. Москва: Инфра-М, 1998. 528 с.

123. *Платонов К. К.* Структура и развитие личности / К. К. Платонов. Москва: Наука, 1986. 255 с.

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

125. *Полонский В. М.* Словарь по образованию и педагогике / В. М. Полонский. Москва: Высшая школа, 2004. 512 с.

126. *Примерная* методика обобщения и анализа информации о качестве образования в вузе и системе его обеспечения / под ред. Н. А. Селезневой, А. И. Субетто; Исслед. центр пробл. качества подгот. специалистов. Москва, 2001. 23 с. (Серия «Нормативно-методическое обеспечение мониторинга качества образования в России».)

127. *Резер Т. М.* Здоровьесбережение в профессиональной подготовке специалиста: учебное пособие для вузов / Т. М. Резер. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2005. 119 с.

128. *Резер Т. М.* Здоровьесохраняющая технология в образовательном учреждении: учебно-методическое пособие / Т. М. Резер. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2002. 100 с.

129. *Резер Т. М.* Учебный процесс и здоровье учащихся: методические рекомендации / Т. М. Резер. Москва: АПО, 2002. 51 с.

130. *Ростовцев В. Н.* Основания теории нормы и здоровья / В. Н. Ростовцев // Здоровье и образование: материалы Международного конгресса валеологов и 3-й Всероссийской научно-практической конфе-

ренции «Педагогические проблемы валеологии». Санкт-Петербург, 1999. С. 154–155.

131. *Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. Санкт-Петербург: Питер, 1999. 720 с.

132. *Сафронова А. И.* Гигиеническая характеристика факторов школьной и окружающей среды и их роль в развитии дисрегуляций вегетативной нервной системы у школьников и гимназистов: автореферат диссертации ... кандидата медицинских наук / А. И. Сафронова. Оренбург, 2009. 23 с.

133. *Семенов Л. А.* Организационные аспекты управления здоровьесформированием в образовательных учреждениях / Л. А. Семенов, Н. В. Третьякова // Образование и наука: Известия Уральского отделения РАО. 2004. № 4 (28). С. 116–126.

134. *Семенова И. И.* Организационно-педагогические условия сохранения здоровья учащейся молодежи в общеобразовательном учреждении: автореферат диссертации ... кандидата педагогических наук / И. И. Семенова. Москва, 2007. 25 с.

135. *Сериков С. Г.* Здоровьесберегающее образование: паритет здоровья и образованности учащихся: монография / С. Г. Сериков. Челябинск: Изд-во ЧелГНОЦ УРО РАО, 2002. 226 с.

136. *Сластенин В. А.* Введение в педагогическую аксиологию / В. А. Сластенин, Г. И. Чижакова. Москва: Академия, 2003. 192 с.

137. *Сластенин В. А.* Педагогика профессионального образования / В. А. Сластенин. Москва: Академия, 2008. 368 с.

138. *Смирнов Н. К.* Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе / Н. К. Смирнов. Москва: АПКИПРО, 2002. 121 с.

139. *Смирнов Н. К.* Руководство по здоровьесберегающей педагогике. Технологии здоровьесберегающего образования / Н. К. Смирнов. Москва: АРКТИ, 2008. 288 с.

140. *Соболев В. С.* Концепция, модель и критерии эффективности внутривузовской системы управления качеством высшего профессионального образования / В. С. Соболев, С. А. Степанов // Университетское управление: практика и анализ. Екатеринбург. 2004. № 2 (30). С. 102–110.

141. *Соловьев В. П.* Основные подходы к формированию модели системы качества в вузе: к обсуждению на 13-м Всероссийском сове-

щании «Проблемы качества образования» / В. П. Соловьев [и др.]; Исслед. центр пробл. качества подгот. специалистов. Уфа, 2003. 25 с.

142. *Состояние* и перспективы валеологической службы образовательной системы Санкт-Петербурга: материалы научно-практического семинара / под ред. В. В. Колбанова. Санкт-Петербург, 2000. 60 с.

143. *Субетто А. И.* Исследование проблемы качества сложной продукции: диссертация ... доктора экономических наук / А. И. Субетто. Ленинград, 1987. 722 с.

144. *Субетто А. И.* Оценочные средства и технологии аттестации качества подготовки специалистов в вузах: методология, методика, практика: монография / А. И. Субетто; Исслед. центр пробл. качества подгот. специалистов. Москва, 2004. 280 с.

145. *Субетто А. И.* Система управления качеством в вузе (модель) / А. И. Субетто; под ред. Н. А. Селезневой; Исслед. центр пробл. качества подгот. специалистов. 2-е изд. Москва, 2003. 25 с.

146. *Субетто А. И.* Системологические основы образовательных систем: в 2 частях / А. И. Субетто; Исслед. центр пробл. качества подгот. специалистов. Москва, 1994. Ч. 2. 321 с.

147. *Субетто А. И.* Сочинения. Ноосферизм: в 13 томах / А. И. Субетто. Кострома: Изд-во КГУ им. Н. А. Некрасова, 2007. Т. 5: Ноосферное или Неклассическое обществоведение: поиск оснований / под ред. Л. А. Зеленова. 1136 с.

148. *Татарникова Л. Г.* Идеи педагогической валеологии в концепции Федерального государственного образовательного стандарта второго поколения / Л. Г. Татарникова, И. В. Андреева; под ред. В. В. Колбанова // Здоровье человека: материалы 6-го Международного научного конгресса валеологов. Санкт-Петербург: Изд-во СПбГМУ, 2011. С. 92–96.

149. *Типовая* модель системы качества образовательного учреждения. Руководство по качеству / В. В. Азарьева [и др.]. Санкт-Петербург: Изд-во СПбГЭТУ – ЛЭТИ, 2009. 39 с.

150. *Третьяков П. И.* Управление школой по результатам: практика педагогического менеджмента / П. И. Третьяков. Москва: Новая школа, 1998. 288 с.

151. *Третьякова Н. В.* Нормативно-правовые основания обеспечения здоровья детей и подростков в учебном заведении / Н. В. Третьякова // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. 2011. № 1 (71). С. 124–127.

152. *Третьякова Н. В.* Основы организации здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении: монография / Н. В. Третьякова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2009. 176 с.

153. *Туаева И. Ш.* Гигиеническая оценка режима дня и его влияние на здоровье школьников старших классов в современных условиях: диссертация ... кандидата медицинских наук / И. Ш. Туаева. Санкт-Петербург, 2005. 167 с.

154. *Тутатчиков А. Т.* Педагогическое управление здоровьесберегающим образованием в средней школе: диссертация ... кандидата педагогических наук / А. Т. Тутатчиков. Челябинск, 2004. 179 с.

155. *Управление качеством образования: практико-ориентированная монография и методическое пособие* / под ред. М. М. Поташника. Москва: Педагогическое общество России, 2000. 448 с.

156. *Управление развитием школы* / под ред. М. М. Поташника, В. С. Лазарева. Москва: Новая школа, 1995. 336 с.

157. *Усанова Е. П.* Состояние здоровья школьников, новые формы организации медицинской помощи, профилактической и оздоровительной работы в школе: автореферат диссертации ... доктора медицинских наук / Е. П. Усанова. Нижний Новгород, 1997. 45 с.

158. *Ухтомский А. А.* Физиологический покой и лабильность как биологические факторы: лекции по физиологии нервной системы / А. А. Ухтомский. Ленинград: Наука, 1966. 273 с.

159. *Файоль А.* Управление – это наука и искусство / А. Файоль, Г. Эмерсон, Ф. Тейлор. Москва: Республика, 1992. 167 с.

160. *Фалмер Р. М.* Энциклопедия современного управления: в 5 томах / Р. М. Фалмер. Москва: Финансы и статистика, 2005. Т. 2: Организация как функция управления. 142 с.

161. *Федоров В. А.* Инновационные технологии в управлении качеством образования: учебное пособие для вузов / В. А. Федоров, Е. Д. Колегова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2002. 176 с.

162. *Федоров В. А.* Качество профессионально-педагогического образования / В. А. Федоров // Образование и наука. 1999. № 2 (2). С. 189–198.

163. *Федоров В. А.* Оценка качества педагогической деятельности в вузе: проблемы измерения / В. А. Федоров, Е. Д. Колегова, Л. Н. Мазаева // Квалиметрия в образовании: методология, методика,

практика: материалы 11-го симпозиума / Исслед. центр пробл. качества подгот. специалистов. Москва, 2006. С. 22–23.

164. *Федоров В. А.* Педагогические технологии управления качеством профессионального образования / В. А. Федоров, Е. Д. Колегова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2007. 226 с.

165. *Федоров В. А.* Профессионально-педагогическое образование: теория, эмпирика, практика / В. А. Федоров. Екатеринбург: Изд-во УГППУ, 2001. 330 с.

166. *Федоров В. А.* Развитие самоорганизации вуза как принцип совершенствования высшего профессионального образования / В. А. Федоров // Новые образовательные технологии подготовки специалистов сельскохозяйственного производства: сборник научных трудов. Москва, 2000. С. 12–18.

167. *Федоров В. А.* Разработка критериев и показателей эффективности педагогической деятельности / В. А. Федоров, Е. Д. Колегова, Л. Н. Мазаева // Инновации в профессиональном и профессионально-педагогическом образовании: тезисы докладов 13-й Всероссийской научно-практической конференции, 11–13 апреля 2006 г. Санкт-Петербург, 2006. С. 171–172.

168. *Философия* здоровья / отв. ред. А. Т. Шаталов. Москва: ИФ РАН, 2001. 352 с.

169. *Философский* словарь / под ред. И. Г. Фролова. 7-е изд. Москва: Республика, 2001. 710 с.

170. *Фомичев С. К.* Основы управления качеством / С. К. Фомичев, А. А. Старостина, Н. И. Скрыбина. Киев: МАУП, 2002. 192 с.

171. *Франц А. С.* Специфика приобщения студентов к социальным ценностям / А. С. Франц // Акмеология профессионального образования: материалы 5-й Всероссийской научно-практической конференции, 11–12 марта 2008 г., Екатеринбург / Рос. гос. проф.-пед. ун-т; Урал. отд-ние Рос. акад. образования; под ред. О. Б. Акимовой, Г. П. Сикорской, Н. К. Чапаева. Екатеринбург, 2008. С. 192–198.

172. *Франц А. С.* Установка на укрепление здоровья как важнейшее направление корпоративной культуры образовательных учреждений / А. С. Франц // Корпоративная культура образовательного учреждения: материалы научно-практического семинара, 23–24 октября 2007 г. / Рос. гос. проф.-пед. ун-т; науч. ред. А. С. Франц. Екатеринбург, 2007. С. 78–82.

173. *Хабин В. В.* Управление здоровьесберегающим образовательным процессом в условиях лицея: диссертация ... кандидата педагогических наук / В. В. Хабин. Челябинск, 2004. 216 с.

174. *Харрингтон Дж.* Управление качеством в американских корпорациях: перевод с английского / Дж. Харрингтон. Москва: Экономика, 1990. 272 с.

175. *Хруцкий К. С.* Аксиологический подход в современной валеологии: диссертация ... кандидата философских наук / К. С. Хруцкий. Новгород, 2000. 183 с.

176. *Чапаев Н. К.* Функции образования как отражение фундаментальных потребностей общества / Н. К. Чапаев // Профессиональная педагогика: становление и пути развития: в 3 ч. Екатеринбург, 2006. Ч. 1: Материалы научно-практической конференции, 11–12 апреля 2006 г. / Рос. гос. проф.-пед. ун-т; отв. ред. Г. Д. Бухарова. С. 148–152.

177. *Чернышев А. В.* Образ жизни и здоровье школьников и пути их совершенствования: автореферат диссертации ... кандидата медицинских наук / А. В. Чернышев. Москва, 2008. 17 с.

178. *Чимаров В. Н.* 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.

179. *Шадрин А. Д.* Качество как степень / А. Д. Шадрин // Методы менеджмента качества. 2002. № 8. С. 47–48.

180. *Шамова Т. И.* Менеджмент в управлении школой / Т. И. Шамова. Москва: АСТ-Пресс, 1992. 218 с.

181. *Шапоренкова Г. А.* Интегративно-целевое управление качеством образования: диссертация ... доктора педагогических наук / Г. А. Шапоренкова. Челябинск, 2010. 410 с.

182. *Шишов С. Е.* Качество образования как объект мониторинга в информационном обществе / С. Е. Шишов // Образование и наука. 2008. № 5 (53). С. 33–44.

183. *Школа Е. О.* Валеологическое сопровождение образовательного процесса как условие реализации разноуровневых программ в современной школе: диссертация ... кандидата педагогических наук / Е. О. Школа. Санкт-Петербург, 1997. 175 с.

184. *Щекин Г. В.* Теория социального управления: монография / Г. В. Щекин. Киев: МАУП, 1996. 408 с.

185. *Щеплягина Л. А.* Факторы риска и формирование здоровья детей / Л. А. Щеплягина // Российский педиатрический журнал. 2002. № 2. С. 4–6.
186. *Эванс Дж. Р.* Управление качеством: перевод с английского / Дж. Р. Эванс. Москва: Юнити-Дана, 2007. 637 с.
187. *Экономика качества. Основные принципы и их применение:* перевод с английского / под ред. Д. Кампанеллы. Москва: Стандарты и качество, 2005. 232 с.
188. *Югова Е. А.* Анализ структуры и содержания здоровьесберегающей компетенции студентов педагогического вуза / Е. А. Югова // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. 2011. № 3. С. 213–218.
189. *Юдин Б. Г.* Здоровье человека как проблема гуманитарного знания / Б. Г. Юдин // Философия здоровья / отв. ред. А. Т. Шаталов; ИФ РАН. Москва, 2001. С. 61–85.
190. *Якиманская И. С.* Личностно ориентированное обучение в современной школе / И. С. Якиманская. Москва: Сентябрь, 2002. 96 с.
191. *Яковлев С. В.* Ценностная детерминация жизненного и познавательного опыта личности / С. В. Яковлев // Образование и наука. 2011. № 4 (83). С. 28–36.
192. *Ярулов А. А.* Интегративное управление формированием среды образования в школе: автореферат диссертации ... доктора педагогических наук / А. А. Ярулов. Москва, 2008. 47 с.
193. *Children today: couch potatoes, fast-food junkies, freaks? Lifestyles and health behavior – first result international comparison* / Н. Р. Brandl-Bredenbeck [et al.] // International Journal of Physical Education: A Review Publication. Oxford: Meyer & Meyer Sport. No. 1. P. 31–39.
194. *European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA): Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area*, 2005. 41 p.
195. *European report on the quality of school education. Sixteen quality indicators.* Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2001. 82 p.
196. *Laskiene S.* Peculiarities of young people's lifestyle in the Baltic States [Electronic resource] / S. Laskiene. Access mode: <http://www.peterlang.net>.
197. *Stamatis D. H.* TQM Engineering Handbook / D. H. Stamatis. New York: Marcel Dekker Inc., 1997. 637 p.

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1. Качество здоровьесберегающей деятельности как предмет педагогического исследования.....	7
1.1. Здоровьесберегающая деятельность образовательных учреждений: современное состояние и проблемы	7
1.2. Современные подходы к определению понятия «здоровье».....	18
1.3. Готовность выпускника к здоровьесберегающей деятельности как системообразующий фактор здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений.....	28
1.4. Качество здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений: понятийный аспект	42
Глава 2. Теоретико-методологические аспекты управления качеством здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений	55
2.1. Методологические подходы к управлению качеством здоровьесберегающей деятельности	55
2.2. Системные основания реализации инновационных факторов управления качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях	66
2.3. Структурно-функциональные преобразования в системе управления качеством здоровьесберегающей деятельности.....	78
2.4. Модель управления качеством здоровьесберегающей деятельности на основе готовности выпускника к здоровьесберегающей деятельности.....	94
Заключение	105
Библиографический список.....	110

Научное издание

Третьякова Наталья Владимировна

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Монография

Редактор О. Е. Мелкозерова
Компьютерная верстка А. В. Кебель

Печатается по постановлению
редакционно-издательского совета университета

Подписано в печать 03.07.13. Формат 60×84/16. Бумага для множ. аппаратов.
Печать плоская. Усл. печ. л. 7,6. Уч.-изд. л. 8,0. Тираж 1000 экз. Заказ № ____.
Издательство Российского государственного профессионально-педагогического университета. Екатеринбург, ул. Машиностроителей, 11.
