

Т. Н. Ле-ван, Н. В. Третьякова, В. А. Федоров

ОСНОВЫ РЕАЛИЗАЦИИ
ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА
ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Т. Н. Ле-ван, Н. В. Третьякова,
В. А. Федоров

ОСНОВЫ РЕАЛИЗАЦИИ
ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА
ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Екатеринбург
РГПУ
2017

ISBN 978-5-8050-0614-3



9 785805 006143

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

Т. Н. Ле-ван, Н. В. Третьякова, В. А. Федоров

**ОСНОВЫ РЕАЛИЗАЦИИ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА
ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Учебное пособие

Рекомендовано федеральным государственным автономным учреждением «Федеральный институт развития образования» (ФГАУ «ФИРО») в качестве учебного пособия для использования в учебном процессе образовательных учреждений, реализующих программы высшего образования по направлению подготовки 44.03.01 Педагогическое образование, профиль подготовки «Физическая культура» (уровень бакалавриата)

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

ISBN 978-5-8050-0614-3

Екатеринбург
РГППУ
2017

УДК 355.233.22(075)

ББК Ч31.055я73-1

Л 66

Ле-ван, Татьяна Николаевна.

Л 66 Основы реализации валеологического компонента педагогической деятельности [Электронный ресурс]: учебное пособие / Т. Н. Ле-ван, Н. В. Третьякова, В. А. Федоров. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2017. 339 с. Режим доступа: <http://elar.rsvpu.ru/handle/123456789/23134>.

ISBN 978-5-8050-0614-3

Раскрываются основы формирования культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся, показано место валеологического компонента в структуре профессиональной деятельности педагога.

Предназначено обучающимся (бакалаврам, магистрам, аспирантам) по направлениям подготовки «Педагогическое образование», «Профессиональное обучение (по отраслям)», «Физическая культура» и иным гуманитарным направлениям, а также слушателям дополнительных образовательных программ и педагогам образовательных организаций различного типа.

Рецензенты: доктор педагогических наук, профессор Н. Н. Малярчук (ФГБОУ ВО «Тюменский государственный университет»); доктор педагогических наук, профессор Н. К. Чапаев (ФГАОУ ВО «Российский государственный профессионально-педагогический университет»)

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

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

Учебное издание

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

Утверждено постановлением редакционно-издательского совета университета

Подписано к использованию 04.09.17.

Текстовое (символьное) издание (1,98 Мб).

Издательство Российского государственного профессионально-педагогического университета.

Екатеринбург, ул. Машиностроителей, 11.

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

Введение

Предлагаемое учебное пособие ставит основной целью закрепление теоретических знаний и освоение практических основ деятельности по сохранению и укреплению здоровья субъектов образовательного процесса, формированию культуры здорового и безопасного образа жизни. Структура и содержание пособия рассчитаны на обучающихся организаций системы высшего образования уровней бакалавриата, магистратуры и аспирантуры направлений подготовки 44.03.01 Педагогическое образование, 44.04.04 Профессиональное обучение (по отраслям), 49.03.01 Физическая культура, 034300.62 Физическая культура и иных педагогических направлений, а также слушателей дополнительных образовательных программ и педагогов образовательных организаций различного типа.

Настоящее учебное пособие призвано помочь студентам и педагогическим работникам реализовать в образовательных организациях задачи, связанные с сохранением, формированием и обеспечением здоровья основных субъектов образовательного процесса – обучающихся и педагогов. В работе рассматриваются основные категории и компоненты культуры здорового и безопасного образа жизни в физическом, психологическом и духовно-нравственном аспектах. Раскрывается место валеологического компонента в структуре профессиональной деятельности педагога. Уделяется внимание нормативно-правовому обоснованию обеспечения здоровья обучающихся в образовательных организациях.

Раскрываются организационно-технологические основы современного научного знания по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни через формирование соответствующих здоровьесберегающих компетенций в рамках реализации образовательных программ: комплексных, профилактических, формирующих навыки безопасного поведения, а также направленных на приобщение обучающихся к физической культуре и спорту.

Рассматриваются вопросы реализации новых для образовательных организаций направлений здоровьесориентированной деятельности вне рамок образовательных программ, а именно: развитие волонтерского движения и организация пиар-кампаний с участием обучающихся по продвижению культуры здорового и безопасного образа жизни.

Значительное внимание уделяется роли педагога и основным направлениям его работы в здоровьесформирующей деятельности через выстраивание индивидуальных образовательных маршрутов, психолого-педагогическое сопровождение обучающихся в развитии их здоровьесориентированной личностной позиции. Раскрывается инновационная составляющая здоровьесформирующей деятельности педагога через тьюторское сопровождение процесса формирования культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся.

Предлагаются современные методы контроля и объективной оценки работы педагога и в целом образовательной организации с позиций здоровьесбережения и здоровьесформирования, методы индивидуально-типологической диагностики педагогов и обучающихся, а также методы валеологического анализа образовательного процесса.

Вся информация структурирована по главам в соответствии с основными аспектами деятельности педагога по сохранению, укреплению и обеспечению здоровья обучающихся в образовательном процессе.

Пособие содержит список рекомендуемой учебно-методической и специальной литературы, которая может помочь в самообразовании и повышении квалификации педагога в вопросах здоровьесформирования и здоровьесбережения.

Глава 1. КУЛЬТУРА ЗДОРОВОГО И БЕЗОПАСНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ: ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ, ОСНОВАНИЯ И ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ

1.1. Здоровье как педагогическая категория

Как сложное, многомерное явление современного мира здоровье исследуется с позиций разных наук (философии, медицины, психологии, социологии, педагогики и т. д.). Предлагается множество формулировок, определяющих его, что, бесспорно, позволяет представить здоровье как явление комплексное, разноуровневое и многоаспектное [91, с. 16–27]. Выделяют его четыре концептуальных модели: медицинскую, биомедицинскую, биосоциальную, ценностно-социальную [35].

В рамках *медицинской модели* здоровье противопоставляется состоянию болезни и описывается через понятие «норма». Внимание акцентируется на измеримых соматических показателях в определенный момент времени (здоровье как зафиксированная норма).

В рамках *биомедицинской модели* здоровья предлагается рассматривать этот феномен с точки зрения процесса адаптации человека как биологического вида к условиям обитания. В этом случае объективные показатели здоровья отражают морфофункциональные особенности организма, реакции органов и систем человека на воздействия окружающей среды и степень приспособления организма к ним.

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

Ценностно-социальная модель здоровья вбирает в себя концепции здоровья, опирающиеся на субъективное восприятие человеком своего состояния («благополучие»), на принятые в обществе стандарты качества жизни, а также связанные с ними системообразующие ценности. Акцент переносится с внешних факторов, влияющих на изменение уровня здоровья, на внутренние, «подвластные» воле человека.

Исследователи вкладывают в понятие «здоровье» множество самых разных смыслов и смысловых оттенков, которые, по-видимому, не могут быть охвачены никакой из существующих областей знания, хотя данное

понятие отражает одну из фундаментальнейших характеристик человеческого существования, связанных с ценностью и включенных в понятие «жизнь». Ценность жизни человека как творчески действующего субъекта, обеспечивающего создание социума, в наши дни полагается как нечто само собой разумеющееся, не требующее осмысления и теоретического исследования, хотя так было не всегда. История знала периоды и обесценивания человеческой жизни, и возрождения антропоцентризма.

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

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

Как мы уже сказали, понятие «здоровье» многомерно. Выделяют следующие его компоненты [5, 41 и др.]: соматический (телесный) компо-

нент – текущее состояние органов и систем органов человека; физический компонент – уровень развития и функциональных возможностей органов и систем организма; психический (психологический) компонент – состояние психической сферы человека; нравственный (духовно-нравственный) компонент – комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информационной основ жизнедеятельности человека [94, с. 15].

Основу *соматического компонента здоровья* составляет биологическая программа индивидуального развития человека, опосредованная базовыми потребностями, доминирующими у него на различных этапах онтогенеза. Основу *физического компонента здоровья* создают морфологические и функциональные резервы клеток, тканей, органов и систем органов, которые обеспечивают приспособление организма к воздействию факторов окружающей среды.

Основу здоровья на физическом (соматическом) уровне составляет *гомеостаз* – способность организма обеспечивать постоянство своей внутренней среды вопреки внешним воздействиям. То есть 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 изменение окружающих условий. Отсюда появляется важный принцип – принцип сохранения здоровья, основу которого составляет гомеостаз. Но организм человека не находится в состоянии равновесия с окружающей средой, он постоянно к ней приспособляется. 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. соблюдения принципа увеличения или укрепления резервов здоровья.

В основе *психического (психологического) компонента здоровья* – состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения. Это состояние обуславливается потребностями и биологического, и социального характера, а также возможностями их удовлетворения. Правильное формирование и удовлетворение потребностей (в первую очередь базовых) во многом определяет психическое благополучие человека.

Психический компонент здоровья характеризуется следующими признаками: 1) отсутствие выраженных нервно-психических расстройств и от-

клонений, основной причиной которых являются психологические стрессы; 2) наличие резерва психических возможностей (резерва психической адаптации), позволяющих преодолеть стрессы. То есть в рамках психологического обеспечения здоровья принципы сохранения здоровья и увеличения его резервов тоже важны.

Основу *нравственного (духовно-нравственного) компонента здоровья* человека составляет система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в социальной среде. Духовно-нравственный компонент часто рассматривают как социальный, поскольку ценностные ориентиры не существуют вне культуры, вне социума. *Социальный компонент здоровья* также принято рассматривать в аспекте адаптации – как приспособление к условиям общественной жизни, где вышеуказанные принципы отражаются в соответствующих социальных механизмах. Однако предпочтительней все же использовать термин «духовно-нравственный компонент»: здесь система ценностей рассматривается шире – как общегуманистический, общечеловеческий, непреходящий феномен, в определенные вехи «безвременья» вступающий порой в противоречие с социальными нормами.

Следовательно, духовно-нравственный компонент здоровья – это мировоззренческий стержень человека, определяющий его мысли и поступки на основе общечеловеческих ценностных категорий.

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

Соблюдение принципа формирования здоровья должно обеспечить формирование основных компонентов здоровья детей и подростков на протяжении всего периода получения образования. Следовательно, данный принцип имеет общепедагогическое значение, его соблюдение должно обеспечить человеку совершенствование механизмов сохранения и увеличения адаптационных резервов организма путем целенаправленного оздоровления, изменения собственного образа жизни [94, с. 15–17].

Здоровье человека обусловлено действием множества факторов внешней и внутренней среды.

Факторы риска принято делить на биологические и социальные [94, с. 23–27]. К числу социальных факторов медицина относит жилищные условия, уровень материального обеспечения, образованности, состав семьи и т. д. В числе биологических факторов риска выделяют возраст родителей, особенности протекания беременности и родов, физические характеристики ребенка при рождении и др. Кроме того, рассматривают психологические факторы риска – психологические загрязнения (эмоциональные переживания) как результат действия биологических и социальных факторов.

По мере накопления данных о факторах риска медициной предлагались разные подходы к распределению их по группам. Исследователями учитывались особенности самого фактора риска, длительность, тяжесть его воздействия и т. п. Исследования, основанные на отборе наиболее значимых для оценки показателей здоровья факторов, привели к выводу, что образ жизни может являться ведущим фактором, обуславливающим состояние здоровья человека в современных условиях. К образу жизни относятся более 50–55 % всех факторов риска, а главное, в отличие от социальных и природных условий, образ жизни действует на здоровье непосредственно (социальные и природные условия и факторы – опосредованно). На втором месте по силе (статистическому весу) находится воздействие многообразных природных, социальных, техногенных и прочих факторов окружающей среды, оценка влияния которых на здоровье составляет 20–25 %; затем следуют генетические и наследственные факторы, удельный вес которых колеблется в пределах 15–20 %; на долю здравоохранения (систем, служб, учреждений) приходится 8–10 %.

Одним из весомых социальных факторов, оказывающих влияние на показатели здоровья детей, является система образования. Неслучайно Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ (в ред. от 29.12.2014 г.) относит образовательную деятельность к потенциально опасной для здоровья и требует выдачи санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии утверждаемых федеральных государственных образовательных стандартов и требований санитарным правилам, о безопасности оборудования и помещений, используемых в образовательном процессе. Согласно этому документу, все образовательные организации должны осуществлять гигиеничес-

кое воспитание и обучение, направленное на повышение санитарной культуры, профилактику заболеваний и распространение знаний о здоровом образе жизни среди населения.

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

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

Наравне с обширным спектром факторов риска социально-гигиенического характера существенное влияние на состояние здоровья обучающихся оказывают факторы риска, связанные с поведением ребенка. Данные факторы сегодня довольно надежно идентифицируются в процессе проведения специальных исследований. В частности, одиннадцатилетние российские дети являются лидерами по числу курящих: не менее одного раза в неделю курят 5 % мальчиков и 4 % девочек, что крайне негативно сказывается на их здоровье в дальнейшем. Так, отмечаются сильные корреляционные связи между курением и функциональными нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения и дыхания.

7 % российских учениц и 10 % учеников одиннадцати лет употребляют алкоголь по меньшей мере один раз в неделю (по данному показателю Россия уступает только Украине). Результаты специально проведенных исследований Научного центра здоровья детей Российской академии медицинских наук (НЦЗР РАМН) позволяют обозначить сильную корреляционную связь между употреблением алкоголя и ростом функциональных

нарушений со стороны сердечно-сосудистой и эндокринной систем, органов пищеварения, обменных нарушений, что является крайне негативным фактором в период морфофункционального развития организма.

В целом, факторы риска, связанные с поведением, оказывают значительное разрушающее воздействие на здоровье растущего организма, его формирование и уровень здоровья в будущем. Исключение влияния данных факторов возможно только усилиями самого человека, его волеизъявлением, что имеет прямую связь с уровнем его ответственности в своих поступках и осознанности своих действий.

В связи с необходимостью минимизации факторов риска ухудшения здоровья педагогическое сообщество ставит перед собой задачу формирования у обучающихся ряда социальных компетенций, связанных с сохранением и укреплением здоровья. *Задача образования – перевести заботу о человеке в заботу человека о самом себе.* Это возможно в контексте развития личностных качеств обучающихся, направленных на актуализацию потенциала ребенка в отношении сохранения и укрепления здоровья, на организацию собственного здорового стиля жизни. Такие качества интегрируются в педагогический концепт «здоровьесберегающая/здоровьесоздающая компетенция». Этот вид компетенции включает когнитивную (знаниевую), ценностно-мотивационную (эмоционально-волевою) и деятельностную (поведенческую) компоненты. То есть наличие у обучающихся знаний, умений и навыков в области заботы о здоровье подкрепляется пониманием необходимости прилагать усилия и личной ответственностью за свое здоровье, что приводит к реальной деятельности обучающегося по сохранению и улучшению своего здоровья (как в моделируемых учебных ситуациях, так и в реальной жизни).

Ряд ученых предлагают формулировать результат образовательной деятельности, связанной с формированием здорового и безопасного образа жизни обучающихся, используя понятие «готовность». По мнению Н. В. Третьяковой, готовность обучающихся к здоровьесориентированной деятельности (осознанной познавательной, деятельностной, поведенческой и другой активности человека, направленной на сохранение и укрепление здоровья) – это субъективное состояние, означающее желание и способность сохранять и укреплять здоровье [91, с. 52].

Таким образом, здоровье следует рассматривать как ресурс социализации человека. *Ключевой идеей деятельности образовательных органи-*

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

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

1. Какие существуют концептуальные модели здоровья? Обозначьте их суть.
2. На какую концептуальную модель должна опираться педагогическая деятельность в области сохранения и укрепления здоровья?
3. Какие компоненты входят в понятие «здоровье»? Сформулируйте суть каждого из них.
4. Каковы факторы, оказывающие влияние на уровень здоровья человека? Назовите специфические для образовательной среды факторы, связанные с риском ухудшения здоровья обучающихся.
5. В чем суть образовательной деятельности по сохранению и укреплению здоровья обучающихся?

Задание 1. Составьте интеллект-карту понятий, описывающих педагогическую деятельность по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни детей.

Примечание. Интеллект-карта представляет собой совокупность ключевых слов и словосочетаний по теме (основных понятий) без расшифровки, в которой обозначены их «взаимоотношения» и иерархия, знаками показаны их связи.

Задание 2. Проанализируйте высказывание М. М. Пришвина о здоровье. Определите, в рамках какой концептуальной модели и подхода размышляет об этом феномене писатель.

«Мне хочется вам сказать, что здоровье человека не в сердце, не в почках, не в корнях, не в листве или спине. Конечно, слов нет, хорошо человеку, если у него все это тоже здорово... Но самая суть чисто человеческого здоровья – это когда его неудержимо тянет сказать что-то хорошее другому человеку, как будто это даже закон: раз мне хорошо, то должно быть и всем хорошо. Если поблизости нет человека, чтобы вме-

сте порадоваться, то один пишет другому письмо или поет ему песенку. Так здоровый человек встречает весну, хотя пусть он на костылях или ему много лет и за молодым бежать он не может...»

Задание 3. Составить перечень причин, по которым обучающиеся Вашего класса/группы (или Ваши коллеги, если Вы не занимаетесь преподавательской деятельностью) теряют здоровье. Сгруппируйте эти причины, используя одну из предложенных в параграфе систем (классификаций) или привлекая свои основания для систематизации. Обозначьте те причины, которые человек (индивидуум) может контролировать (непосредственно или опосредованно), на которые может влиять; приведите примеры такого влияния (устранения причин) по каждой из контролируемых причин. Вычислите долю контролируемых (в совокупности – непосредственно и опосредованно контролируемых) причин среди всех указанных.

1.2. Понятие культуры здорового и безопасного образа жизни

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

Н. Н. Малярчук определяет *культуру здоровья* как систему знаний, ценностно-смысловых установок, эмоционально-волевого опыта и практической деятельности личности, направленной на самопознание, саморазвитие и самосовершенствование индивидуального здоровья [62, с. 76–77]. Автор выделяет следующие компоненты культуры здоровья [62, с. 70–76]:

- *когнитивный*: знания человека о здоровье, понимание его роли в жизнедеятельности и продуктивном долголетии, осведомленность об основных факторах, разрушающих и восстанавливающих здоровье, и др.;

- *ценностно-смысловой*: осознание здоровья как общечеловеческой ценности (аксиологическая функция); нахождение личностного смысла здоровьесозидающей деятельности (смысловая функция); побуждение к деятельности, связанной с удовлетворением потребности человека быть здоровым (мотивационная функция);

- *эмоционально-волевой*: переживания и чувства человека, связанные с состоянием здоровья (особенности эмоционального состояния, обуслов-

ленные ухудшением или улучшением духовной, душевной и телесной составляющих индивидуального здоровья), а также волевые усилия личности, направленные на его восстановление, развитие и созидание; способность личности к волевым усилиям в сохранении, развитии, совершенствовании здоровья проявляется в готовности вести здоровый образ жизни, регулярности и последовательности оздоровительной деятельности, готовности к принятию самостоятельных решений в отношении поддержания и укрепления здоровья, а также его формирования; удовлетворенности процессом и результатами здоровой жизнедеятельности, т. е. положительных эмоциональных реакциях;

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

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

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

Традиционно под *здоровым образом жизни* понимаются типичные формы и способы жизнедеятельности, которые укрепляют и совершенствуют резервные возможности организма, обеспечивая тем самым успешное выполнение человеком своих социальных и профессиональных функций независимо от политических, экономических и социально-психологических ситуаций [62, с. 73].

Исследователи в понятие «образ жизни» включают три компонента (три категории) [15, 41, 63 и др.]:

- *уровень жизни* – степень удовлетворения материальных, культурных и духовных потребностей человека (как правило, эта категория рассматривается в ракурсе общественного или группового здоровья);

- *качество жизни* – социологическая категория, характеризующая комфортность уровня удовлетворения человеческих потребностей (эта категория также чаще рассматривается как показатель общественного здоровья);

- *стиль жизни* – поведенческие особенности человека, некий стандарт, типичные модели поведения, результатом которых является сохранение или изменение (в ту или иную сторону) уровня здоровья индивида или социальной группы.

Если первые две категории имеют социально-экономический характер, то последняя – социально-психологический. Именно в последней категории проявляются в большей степени валеологические мировоззренческие установки, отношение к здоровью. Стиль жизни – это персонифицированное проявление культуры здоровья, в основу которого положены психологические и психофизиологические особенности поведения личности. Также стиль жизни определяется историческими, национальными традициями (менталитетом). То есть образ жизни человека – это его способ организации собственной жизнедеятельности в социокультурной среде.

Структура здорового образа жизни включает в себя следующие факторы: оптимальный двигательный режим, рациональное питание, рациональный режим жизни, психофизиологическая регуляция, психосексуальная и половая культура, тренировка иммунитета и закаливание, отсутствие вредных привычек и валеологическое образование [15]. Совокупность данных факторов определяет стиль жизни человека.

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

Для понимания многоуровневости понятия «здоровый стиль жизни» обратимся к иерархии потребностей А. Маслоу [64]. Удовлетворение потребностей человека происходит, по мнению А. Маслоу и других представителей гуманистической психологии, когда человек руководствуется сво-

бодным выбором. Потребность в сохранении жизни, подкрепленная ценностными смыслами своего существования, в идеализированном виде мотивирует человека придерживаться здорового стиля жизни и на физическом уровне (удовлетворение органических потребностей, потребности в безопасности), и на социально-психологическом (удовлетворение потребностей в принадлежности и любви, признании и уважении), и на духовно-нравственном (познание своего «Я», своего предназначения в жизни, приобщение к общечеловеческим ценностям).

Гуманистический акмеологический подход обосновывает педагогическую деятельность, направленную на формирование осознанной потребности придерживаться здорового стиля жизни, связанной с развитием личности. А отсутствие или нарушение этой потребности (столь естественной для человека, с позиций концепции удовлетворения потребностей) указывает на деформации личности, нарушение гармоничности ее развития.

Таким образом, естественный процесс развития личности, лишенный деформаций, неизбежно приводит к формированию здорового стиля жизни индивида и отражается в творческом преобразовании им своей человеческой сущности. Следовательно, можно говорить о таком феномене, как *готовность индивида к здоровьесориентированной деятельности* (Н. В. Третьякова), которая определяется как субъективное состояние личности, означающее желание и способность сохранять и укреплять здоровье [91, с. 52]. Такая готовность рассматривается как перспективный результат образования и включает ряд взаимосвязанных личностных компонентов:

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

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

В качестве основных этапов формирования здорового образа жизни можно выделить следующие.

Оценочно-ориентировочный этап включает выявление интересов, ценностных ориентаций, потребностей, мотивов человека, степени их сформированности в конкретный период жизнедеятельности личности.

Изучение факторов, определяющих потребности, интересы и мотивы человека, производится при помощи бесед, опросов, анкетирования и других методов научного исследования. На данном этапе внимание должно быть сосредоточено на формировании осознанной потребности в здоровом образе жизни.

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

Программно-целевой этап предполагает активные (деятельностные) усилия личности по специально разработанной (совместно с педагогом) программе, углубляющей знания, основанные на культурологических ценностях здоровья.

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

Этап индивидуализации и самосовершенствования отражает зрелость реализации жизненной программы с использованием здорового образа жизни, процесс ее формирования и коррекции самим индивидом, передачу приобретенного опыта в сфере педагогической деятельности и ближайшего социального окружения.

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

Здоровый стиль жизни выполняет ряд важных функций в контексте развития личности. Так, для подростков (по А. В. Моложавенко) это 1) половозрастная идентификация (соответствие физического созревания возрасту и полу); 2) самопонимание (выраженный интерес к познанию своего внутреннего мира, обеспечивающий формирование и становление зрелых морально-ценностных установок); 3) коммуникативная функция (направленность и ориентация на построение партнерских отношений с другими людьми, адекватное понимание важности диалогического взаимодействия со сверстниками и взрослыми); 4) самоопределение (самостоятельность в решении собственных проблем и выборе будущей профессии, путей социального самоопределения) [69].

В отношении детей младшего возраста можно выделить следующие функции здорового образа жизни: 1) социальная самоидентификация (принятие норм поведения и стиля жизни семьи и/или коллектива); 2) самопознание (исследование себя во взаимодействии с окружающим миром); 3) коммуникативная функция (формирование навыков конструктивного взаимодействия с окружающими людьми); 4) гармонизирующая функция (препятствие утере ребенком природной целостности и «свежего», непредвзятого, чуткого мировосприятия максимально долгое время) [45, с. 23].

С учетом положения, что любая педагогическая деятельность должна подчиняться общим законам дидактики как теории образования, но вместе с тем может иметь особенности, связанные с ее характером, местом и формой организации, участниками и т. д., выделяются *общедидактические* и *специфические принципы формирования культуры здорового и безопасного образа жизни*.

Общедидактические принципы (по И. П. Подласому) восходят к пониманию формирования здоровья как обучения здоровью и воспитания определенного отношения к здоровью. Это принципы обучения (научно-

сти, доступности, систематичности и последовательности, сознательности и активности, связи теории с практикой, наглядности, прочности) и воспитания (личностный подход, гуманизация, опора на положительное, связь воспитания с жизнью и трудом, общественная направленность воспитания, единство воспитательных воздействий) [77].

К числу специфических принципов относятся следующие:

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

2) принцип природосообразности (любое педагогическое воздействие будет здоровьесформирующим, если будет отвечать естественной природе человека как саморегулирующейся биосоциальной системы, в которой заложены любознательность, самобытность и уникальность, самостоятельность, подвижность, стремление рассуждать и делать выводы, любить и ценить свое существо, восприятие себя как части целого мира и т. д.; учет индивидуальных и возрастных особенностей при организации образовательного процесса тоже обладает здоровьесформирующим потенциалом, так как воспитывает у его участников внимательное отношение к биологическим и социальным потребностям человека);

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

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

5) принцип партнерства (субъект-субъектных взаимодействий) подразумевает равноправные и даже в определенной степени доверительные

отношения всех участников образовательного процесса при осуществлении здоровьесформирующей деятельности, взаимное интеллектуальное и духовное обогащение и развитие, совместный поиск истины и т. д.; также этот принцип можно понимать и как социальное партнерство педагога со специалистами других профилей (медиками, психологами, дефектологами, социальными работниками и т. д.), разделение обязанностей и солидарность ответственности;

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

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

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

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

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

1. Как соотносятся понятия «культура здоровья» и «здоровый образ жизни»? Рассмотрите их в аспекте процесса формирования культуры здорового и безопасного образа жизни. Какое/какие из понятий будет/будут выступать как процесс, а какое/какие – как его результат? Сформулируйте связь выявленных процесса и результата с понятием «социализация».

2. В чем сущность проявления здорового образа и стиля жизни человека?

3. Каковы функции и этапы становления здорового образа (стиля) жизни?

4. Что такое «принцип»? Выберите из представленных те принципы, которые, по Вашему мнению, свойственны Вашей профессиональной деятельности. Подберите определение этой деятельности (здоровьесберегающая, здоровьеразвивающая, здоровьесозидающая...), прокомментируйте.

Задание 1. Обозначьте черты своего стиля жизни (типичные проявления, выраженные в действиях, мыслях, высказываниях).

Задание 2. Исследуйте мотивы выбора индивидуального стиля жизни (личного / стиля жизни нескольких обучающихся Вашего класса / педагогов, с которыми Вы работаете), руководствуясь фрагментом опросника Л. В. Баль и А. Н. Михайлова:

Инструкция. Допишите предложения.

1. Мое здоровье (какое?) _____
 2. Для чего нужно здоровье? Для того, чтобы _____
 3. Я выбираю здоровье, потому что _____
 4. Я знаю, что здоровье зависит от самого человека. Если хочешь быть здоровым, то нужно следить за своим здоровьем. А для этого нужно _____
 5. Здоровье помогает _____
 6. Людям нужно здоровье, потому что _____
- Сделайте выводы.

1.3. Место валеологического компонента в структуре профессиональной деятельности педагога

В настоящее время можно с уверенностью утверждать, что педагог в состоянии сделать для здоровья ученика больше, чем врач. Это не значит, что педагог должен выполнять обязанности медицинского работника. Он лишь должен работать так, чтобы обучение детей в образовательной организации не наносило ущерба их здоровью. Важно говорить о необходимости формирования у педагога компетентности в сфере охраны здоровья, а именно – сознательного, самодетерминирующего поведения по отношению к своему здоровью и здоровью своих воспитанников, т. е. валеологической (от лат. *valeo* – здоровье) компетентности [94, с. 57].

К *валеологической компетентности* педагога следует отнести знания о здоровье человека, способах его обеспечения, формирования и сохранения в конкретных условиях жизнедеятельности; практическое умение

использовать технологии «первичного конструирования», формирования здоровья и расширения резервных возможностей организма (увеличение количества и качества здоровья). Важно, чтобы педагог обладал определенными профессиональными качествами, позволяющими генерировать плодотворные педагогические идеи и обеспечивающими положительные педагогические результаты, имел высокий уровень профессионально-этической, коммуникативной, рефлексивной культуры, был способен к формированию и развитию личностных креативных качеств, к выработке индивидуального стиля педагогической деятельности. Он должен знать принципы формирования и функционирования психических процессов, состояний и свойств личности, процессов обучения и воспитания, познания других людей и самопознания, творческого совершенствования человека; хорошо понимать, что такое здоровье и здоровый образ жизни; владеть знаниями основ проектирования и моделирования здоровьесберегающих технологий в учебных программах и мероприятиях. Кроме того, педагог должен уметь прогнозировать результаты собственной деятельности, анализировать педагогическую ситуацию с валеологических позиций, устанавливать контакт с коллективом учащихся, наблюдать и интерпретировать вербальное и невербальное поведение детей, прогнозировать развитие учащихся, моделировать систему взаимоотношений с валеологических позиций.

Все эти навыки, знания и умения, тесно связанные между собой, оказывают влияние на эффективность деятельности по сохранению и укреплению здоровья обучающихся [7, 37, 47, 59, 63, 80, 95 и др.].

Педагогу недостаточно просто получать в начале года от медицинских работников сведения о здоровье обучающихся, использовать характеристики здоровья учащихся для дифференцирования учебного материала на уроках, побуждать совместно с родителями к выполнению назначений врача, внедрять в учебный процесс гигиенические рекомендации. Конечно, это все правильно, но прежде всего педагог должен быть примером для своих воспитанников в валеологических вопросах.

Для эффективного внедрения в педагогическую практику валеологических идей необходимо изменение:

- мировоззрения педагога, его отношения к себе, своему жизненному опыту – осознание их с валеологической точки зрения;
- отношения педагога к обучающимся: педагог должен полностью принимать ученика таким, каков он есть, и уже с этой точки зрения ста-

раться понять, каковы его особенности, склонности, умения и способности, каков возможный путь развития;

- отношения педагога к задачам учебного процесса; их оценка с валеологических позиций: достижение дидактических целей при максимальном сохранении здоровья обучающихся.

Данные направления и определяют пути повышения педагогического мастерства учителя через первоначальное осознание собственных проблем и особенностей, их психологическую проработку и освоение на этой основе методов эффективного педагогического взаимодействия с учащимися.

Для понимания роли здоровья в профессиональной деятельности педагога важно рассмотреть такое понятие, как «внутренняя картина здоровья». Внутренняя картина здоровья передает отношение человека к своему здоровью. Это один из элементов самосохранительного поведения.

Компоненты самосохранительного поведения:

- *когнитивный* – включает знания о своем здоровье и понимание роли здоровья в жизнедеятельности, знание основных факторов, оказывающих деструктивное и конструктивное влияние на здоровье;

- *эмоциональный* – отражает переживания и чувства человека, связанные с его здоровьем, особенности эмоционального состояния, обусловленные ухудшением физического или психического самочувствия;

- *мотивационно-поведенческий* – показывает место здоровья в индивидуальной иерархии ценностей человека, особенности мотивации в области здорового образа жизни, особенности поведения в сфере здоровья, степень приверженности к здоровому образу жизни, особенности поведения в случае ухудшения здоровья.

В понятие внутренней картины здоровья входят определенная целевая установка и представления человека о возможных путях ее достижения. Проявляется внутренняя картина здоровья через образ жизни человека. Следовательно, корректируя внутреннюю картину здоровья в сторону приоритета гуманистических ценностей, можно добиться изменения человеком своего образа жизни.

Изменение внутренней картины здоровья педагога значимо и приводит к возникновению у него осознания необходимости валеологической направленности профессиональной деятельности. Таким образом, гармонизация внутренней картины здоровья педагога должна являться частью программ профессионального саморазвития.

Саморазвитие в области здоровья можно рассматривать и как аспект культуры здоровья, и как аспект культуры педагогического труда. *Культура здоровья педагогов* – непрерывно трансформирующаяся система знаний, ценностно-смысловых установок, эмоционально-волевого опыта педагога и его готовности к практической деятельности, направленной не только на познание, развитие и совершенствование индивидуального здоровья в качестве условия эффективной самореализации в сфере педагогического труда, но и на использование принципов, способов и средств, позволяющих сохранять здоровье обучающихся и формировать у них здоровый стиль поведения [62, 63].

Культура здоровья педагога как часть педагогической культуры включает в себя:

- ценности и идеалы здоровья, обусловленные здоровьесберегающими национальными (религиозными и светскими) традициями народа;
- мировоззренческие аспекты здоровьесбережения и здоровьесотворчества (знания, убеждения, личная позиция);
- формы и модели индивидуальной деятельности по сохранению, укреплению и развитию здоровья;
- способы и приемы приобщения обучающихся к здоровому образу жизни.

Ведущая идея концепции развития культуры здоровья педагога – создание им здоровья обучающихся в качестве обязательной функции педагогической деятельности – с необходимостью предполагает актуализацию и активизацию внутреннего потенциала педагога и создание соответствующих внешних условий. Эта идея раскрывается через следующие положения [48]:

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

2. Выступая в качестве субъекта валеологической деятельности, педагог обязан представлять рациональные образцы и нормы поведения, позволяющие без ущерба для здоровья обеспечить высокое качество обучения, воспитания и развития обучающихся, давать им конкретные рекомендации по сбережению индивидуального здоровья, направлять их на ведение здорового образа жизни.

3. Поскольку в современных условиях миссия обеспечения и развития здоровья детей ложится на плечи нередко соматически ослабленного, профессионально выгоревшего педагога, валеологическая составляющая профессиональной деятельности требует раскрытия его внутреннего (духовного, душевного, телесного) потенциала.

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

Среди направлений саморазвития педагога в области здоровья первостепенную значимость имеет формирование *здорового стиля жизни*, основными компонентами которого являются [41, 44, 48, 50, 62 и др.]:

- режим дня – оптимальное чередование труда и отдыха, достаточное количество сна, распределение занятий в соответствии с суточными биоритмами человека;
- двигательная активность – подвижный образ жизни, занятия физической культурой и спортом, прогулки на свежем воздухе, зарядка, физкультминутки в процессе работы;
- режим питания – сбалансированный разнообразный рацион и своевременный прием пищи;
- питьевой режим – употребление достаточного количества питьевой воды;
- закаливание – сон в прохладном проветренном помещении, контрастный душ, обливания, обтирания, воздушные и солнечные ванны, хождение босиком на природе в теплое время года и т. п.;
- отказ от вредных привычек: курения, злоупотребления алкоголем, неумеренности в пище или, наоборот, склонности к изнурению себя диетами, чрезмерного увлечения компьютером или телевидением и т. п.;
- психологическое благополучие – понимание своего места и предназначения в мире, знание себя и самопринятие, способность адекватно

оценивать и контролировать свои физические, эмоциональные и интеллектуальные ресурсы, позитивный взгляд на окружающий мир и т. п.

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

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

1. Дайте определение валеологической компетентности педагога.
2. Раскройте основные задачи педагога в деятельности по сохранению и укреплению здоровья.
3. Что следует понимать под внутренней картиной здоровья?
4. Охарактеризуйте основные компоненты и направления развития культуры здоровья педагога.

1.4. Нормативно-правовые основания сохранения и укрепления здоровья в системе образования

В контексте государственной политики в направлении развития человеческого потенциала страны, отраженной в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. (утверждена распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662-р), в системе образования Российской Федерации делается акцент на решении ряда задач в области охраны здоровья детского населения:

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

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

С целью решения этих задач осуществляются межведомственное взаимодействие региональных и муниципальных органов управления образованием с иными ведомствами, сотрудничество образовательных организаций с организациями системы здравоохранения, физической культуры и спорта, социальной сферы. Это взаимодействие, а также задачи системы образования в области охраны и укрепления здоровья граждан отражены в Государственной программе «Развитие образования» на 2013–2020 гг. (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 22 ноября 2012 г. № 2148-р); «дорожной карте» Министерства образования и науки Российской Федерации «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности образования и науки» (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 апреля 2014 г. № 722-р) и ряде других документов стратегического порядка [48].

Кроме того, обязанности образовательных организаций по охране и укреплению здоровья обучающихся, формированию у них здорового и безопасного образа жизни отражены:

- в Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ (ст. 13, 28, 29, 34, 36, 41, 42, 43, 48, 66, 75, 84, 99);
- федеральных государственных образовательных стандартах дошкольного, общего и профессионального образования;
- санитарных правилах и нормах (СанПиН) (СанПиН 2.4.1.3049–13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций», утверждены постановлением главного государственного санитарного врача РФ от 15 мая 2013 г. № 26; СанПиН 2.4.2.2821–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях», утверждены постановлением главного государственного санитарного врача РФ от 29 декабря 2010 г. № 189; СанПиН 2.4.4.3172–14 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству,

содержанию и организации режима работы образовательных организаций дополнительного образования детей», утверждены постановлением главного государственного санитарного врача Российской Федерации 4 июля 2014 г. № 41; СанПиН 2.4.4.3155–13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации работы стационарных организаций отдыха и оздоровления детей», утверждены постановлением главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 27 декабря 2013 г. № 73; СанПиН 2.4.2.2843–11 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации работы детских санаториев», утверждены постановлением главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 марта 2011 г. № 21; СанПиН 2.4.3.1186–03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации учебно-производственного процесса в образовательных учреждениях начального профессионального образования», утверждены постановлением главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 января 2003 г. № 2);

- в государственных стандартах Российской Федерации (ГОСТ 52024–2003 «Услуги физкультурно-оздоровительные и спортивные», утвержден постановлением Госстандарта России от 18 марта 2003 г. № 80-ст; ряд образовательных организаций использует в своей работе ГОСТ Р 52614.2–2006 (ISO/IWA 2:2007) «Системы менеджмента качества» в деятельности по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни).

Во исполнение указов Президента Российской Федерации (от 7 мая 2012 г. № 599 «О мерах по реализации государственной политики в области образования и науки» и от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения») на региональном уровне разработана и реализуется нормативно-правовая база, которая определяет, вслед за перечисленными документами федерального уровня, направления деятельности образовательных организаций по формированию здорового и безопасного образа жизни обучающихся, созданию безопасных для здоровья условий обучения, а также популяризацию спортивно-оздоровительных программ среди обучающихся с учетом специфики каждого субъекта РФ в контексте решения глобальной задачи – социализации подрастающего поколения, подготовки к жизни в современном обществе, развития человеческого капитала страны.

Рассмотрим механизмы обеспечения сохранности и развития ресурсов здоровья в образовательной среде, представленные в некоторых документах федерального уровня [48, 93].

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

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

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

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

5. Федеральный закон Российской Федерации «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ. Приоритет жизни и здоровья человека объявлен основным принципом государственной политики в сфере образования; на образовательные организации возложены обязанности по созданию условий, сохраняющих здоровье обучающихся, пропаганды здорового образа жизни и обучению его навыкам (ст. 3, 41). В п. 9 ст. 13 «Общие требования к реализации образовательных программ» указывается, что использование при реализации образовательных про-

грамм методов и средств обучения и воспитания, образовательных технологий, наносящих вред физическому или психическому здоровью обучающихся, запрещается (это значит, что все методы и средства обучения и воспитания, все образовательные технологии должны быть здоровьезащитными, т. е. здоровьесберегающими, и проходить соответствующую экспертизу). Согласно ст. 41, охрана здоровья обучающихся включает в себя:

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

Организацию оказания первичной медико-санитарной помощи обучающимся осуществляют органы исполнительной власти в сфере здравоохранения. Образовательная организация обязана предоставить помещение с соответствующими условиями для работы медицинских работников. Организация охраны здоровья обучающихся (за исключением оказания первичной медико-санитарной помощи, прохождения периодических медицинских осмотров и диспансеризации) в организациях, ведущих образовательную деятельность, осуществляется этими организациями.

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

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

8. Указ Президента Российской Федерации «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» от 1 июня 2012 г. № 761. В качестве ключевого принципа заявлено сбережение здоровья каждого ребенка. В Российской Федерации должны приниматься меры, направленные на формирование у семьи и детей потребности в здоровом образе жизни, на всеобщую раннюю профилактику заболеваемости, на внедрение здоровьесберегающих технологий во все сферы жизни ребенка. В качестве основных задач определены создание условий для здорового развития каждого ребенка с рождения, стимулирование потребности в здоровом образе жизни, формирование у детей и подростков потребности в здоровом питании и совершенствование системы обеспечения качественным питанием детей в образовательных организациях. В числе мер по развитию политики формирования здорового образа жизни детей и подростков указаны обеспечение реализации комплекса мероприятий социальной рекламы, направленных на формирование здорового образа жизни; привлечение институтов гражданского общества, развитие волонтерского движения в целях решения проблем, связанных с формированием у детей и подростков потребности в здоровом образе жизни и получением поддержки и помощи в ситуациях, связанных с риском причинения вреда здоровью; *распространение здоровьесберегающих технологий обучения, технологий «школ здоровья» на все образовательные организации*, включая организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; обеспечение доступности занятий физической культурой, туризмом и спортом для всех категорий детей в соответствии с их потребностями и возможностями и с ориентацией на формирование ценностей здорового образа жизни; внедрение инновационных оздоровительных и физкультурно-спортивных технологий в работу образовательных организаций; активизация деятель-

ности центров здоровья для детей в сфере проведения их обследования, обучения гигиеническим навыкам и мотивирования к отказу от вредных привычек; проведение мониторинга по стандартной оценке качества жизни ребенка, включая эмоциональный, коммуникативный и психосоматический компоненты; внедрение новых видов отдыха и досуга для подростков, исключая традиции курения, употребления алкогольной продукции; обеспечение культурного, здорового досуга детей и подростков и др.

9. Федеральные государственные образовательные стандарты дошкольного, общего и профессионального образования. В стандартах отражена позиция государства по вопросу развития духовно-нравственной, психологической и физической составляющих здоровья субъектов образовательного процесса и формированию у них компетенций безопасного и здорового образа жизни.

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

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

12. Постановление Правительства Российской Федерации «Об общероссийской системе мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи» от 29 декабря

2001 г. № 916. Мониторинг проводится с целью получения информации, необходимой для принятия обоснованных управленческих решений по укреплению здоровья населения. При проведении мониторинга решаются следующие задачи: 1) выявление причинно-следственных связей между состоянием физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи и воздействием факторов среды обитания человека; 2) прогнозирование состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи; 3) установление факторов, оказывающих негативное воздействие на состояние физического здоровья населения; 4) формирование федерального информационного фонда (в части информации о состоянии физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи); 5) определение неотложных и долгосрочных мероприятий по предупреждению и устранению негативных воздействий на физическое здоровье населения; 6) подготовка решений о реализации мер, направленных на укрепление физического здоровья населения.

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

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

Таким образом, содействие физическому, психическому и духовно-нравственному развитию детей, подростков и учащейся молодежи является одной

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

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

1. Федеральный закон Российской Федерации «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ, где среди обязанностей педагогических работников (ст. 48) отмечена необходимость учитывать особенности психофизического развития обучающихся и состояние их здоровья, соблюдать специальные условия, необходимые для получения образования лицами с ограниченными возможностями здоровья, взаимодействовать при необходимости с медицинскими работниками.

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

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

программ развития и индивидуально ориентированных образовательных программ с учетом личностных и возрастных особенностей обучающихся.

Таким образом, необходимость индивидуализации образования создает предпосылки для развития системы тьюторского сопровождения индивидуальных образовательных маршрутов обучающихся и воспитанников [50, 51]. В области создания и поддержки индивидуальных образовательных маршрутов приобщения обучающихся к здоровому образу жизни осуществлять тьюторские функции, вероятнее всего, будет не какой-то особый сотрудник [47, 48]. Эту обязанность (исключая случаи взаимодействия с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья) должен исполнять каждый педагог вне зависимости от специфики его работы. В этой связи в систему образования вводится понятие «*тьюторская позиция педагога*» – особое отношение к организации педагогического взаимодействия с обучающимся, воспитанником, при котором педагог осознает необходимость учитывать индивидуальные особенности ребенка при построении образовательного процесса (как в содержании, так и в организационно-технологических аспектах), имеет представление об арсенале методов и приемов индивидуализации образования, прилагает все усилия, чтобы развивать уникальность личности ребенка.

Таким образом, профессиональные функции педагога расширяются [31, 43, 97]. На основании анализа современной нормативно-правовой базы и научно-теоретических исследований следует выделить в контексте управленческой деятельности педагога здоровьесозидающую функцию – от «созидать», т. е. создавать, развивать, творить, – характеризующуюся тремя компонентами: здоровьесберегающим, здоровьесформирующим и саморазвивающим в области здоровья [53].

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

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

Саморазвивающий компонент. Педагог управляет процессом своего профессионального совершенствования, в том числе повышением своей компетентности в вопросах особенностей здоровья и возрастного и индиви-

дуального развития обучающихся, педагогического инструментария (методов, приемов, средств, форм, техник, технологий) сохранения и развития ресурсов здоровья ребенка в урочной и внеурочной деятельности, а также (что представляется нам особенно важным) управляет саморазвитием в области здоровья и здорового образа жизни (добывает знания о различных способах профилактики нарушений своего здоровья, совершенствует свои навыки оценки и коррекции самочувствия и настроения, развивает свою мотивацию на здоровьеориентированное поведение и мысли и т. д.).

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

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

1. Раскройте содержание стратегических государственных документов в области образования и здоровья.

2. Какие задачи в области охраны, укрепления и развития здоровья ребенка ставит государство перед образовательной организацией?

3. Какие задачи в области охраны, укрепления и развития здоровья ребенка относятся к сфере компетентности педагога?

4. Какие трудовые действия педагога связаны с организацией здоровьеориентированной деятельности?

Задание 1. Составьте текст для консультации или информационного буклета для родителей «Права и обязанности родителей (законных представителей) и детей по сохранению, укреплению и развитию здоровья», опираясь на нормативно-правовые документы.

Задание 2. Используя изложенный материал и свои представления о том, какой вклад должен вносить педагог в здоровьеориентированную деятельность образовательной организации, составьте «идеальную» должностную инструкцию педагога.

Задание 3. Проанализируйте устав и правила внутреннего распорядка Вашей образовательной организации на предмет отражения в них аспектов сохранения, укрепления и развития здоровья участников образовательного процесса. Сделайте выводы о том, как в них представлены права и обязанности каждой категории участников образовательного процесса.

Глава 2. ФИЗИЧЕСКИЙ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И ДУХОВНО-ПРАВСТВЕННЫЙ АСПЕКТЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

2.1. Режим жизнедеятельности как основа здорового образа жизни

Важным элементом здорового образа жизни является *режим жизнедеятельности*, т. е. режим распределения времени, частично вынужденный, связанный с общественно необходимой деятельностью, частично регулируемый по индивидуальному плану. *Режим* – это распорядок жизни человека, который включает в себя труд, личную деятельность, питание, отдых и сон. Особенно важно таким образом организовать жизнедеятельность, чтобы учитывались, с одной стороны, необходимость включения всех компонентов здорового образа жизни, а с другой – личность данного человека во всем многообразии его гено- и фенотипических особенностей, социально-экономического, семейно-бытового и профессионального бытия. Исходя из этого, *рациональная организация жизнедеятельности* есть система жизни данного конкретного человека, которая с учетом необходимых и возможных условий обеспечивает ему высокий уровень здоровья и благополучия в различных сферах бытия [4, 8, 15, 61, 86, 94].

Задачи рациональной организации жизнедеятельности:

- формирование, сохранение и укрепление здоровья человека;
- обеспечение высокого уровня работоспособности;
- реализация в полном объеме биологических и социальных функций;
- достижение адекватного социального статуса через рационализацию сформированных здоровых потребностей и соответствующего режима жизнедеятельности;

- формирование рационального режима жизнедеятельности на основе высокого уровня культуры здоровья и приобщения к здоровому образу жизни.

Упорядоченная жизнедеятельность характеризуется суточной и недельной регулярностью и периодичностью чередования отдельных элементов, тем самым обеспечивается *ритмичность жизнедеятельности* [4, 15, 61]. В частности, благодаря ритмичности в центральной нервной системе (ЦНС) складывается определенная система условных рефлексов – ди-

намический стереотип, делающий саму жизнедеятельность более экономичной и эффективной, так как в этой системе предыдущий элемент уже готовит следующий и приурочивает его подключение к строго определенному времени.

Периодически повторяющиеся изменения характера и интенсивности биологических процессов и явлений в организме человека характеризуются как *биологические ритмы*. Данные ритмы можно наблюдать на всех уровнях организации живой материи: от внутриклеточного до популяционного. Они развиваются в тесном взаимодействии с окружающей средой и являются результатом приспособления к тем факторам окружающей среды, которые протекают с четкой периодичностью (вращение Земли вокруг Солнца и своей оси, колебания освещенности, температуры, влажности, напряженности электромагнитного поля Земли).

Суточный (или циркадианный) биологический ритм человека связан в первую очередь с ритмом сна – бодрствования, в соответствии с которым «настроено» функционирование многих физиологических процессов в организме. В норме бодрствование связано с активными тратами энергии и привязано к светлomu (дневному) времени суток; сон связан с отдыхом, восстановлением энергии и привязан к темному (ночному) времени суток.

Существуют многочисленные биологические и медицинские исследования, убедительно доказывающие, что любое отклонение (десинхроноз) от этого запрограммированного природой графика (ночью – сон, днем – бодрствование) нежелательно, так как вызывает стресс, а в дальнейшем провоцирует возникновение и развитие целого ряда заболеваний.

При этом само соотношение сна и бодрствования является индивидуальным: средняя продолжительность нормального сна по разным данным составляет от 7 до 9 ч. Но в то же самое время существуют люди, для которых достаточным (без вредных последствий для здоровья) является длительность сна от 2 до 4 ч в сутки. Есть люди, которым необходимо спать 10–12 ч в сутки, и это нельзя считать патологией (у младенцев и стариков нормальное время сна еще больше). Для полноценного восстановления потраченной за день энергии человек должен не просто выполнять свою норму сна – сон должен быть качественным (в привычный промежуток времени, в комфортных физиологических условиях, без перерывов и т. п.).

Кроме очевидного ритма «сон – бодрствование» в течение суток у человека можно выделить еще ряд биологических ритмов, один из кото-

рых связан с суточными колебаниями уровня энергии (работоспособности). Следует отметить, что исследования суточного энергетического ритма, осуществленные различными специалистами (врачами, физиологами, гигиенистами, валеологами, специалистами в области психологии труда и др.) в разных сферах человеческой жизнедеятельности, не позволили сформировать единую точку зрения на данный биологический ритм. Чаще всего результатом этих исследований является построение двухпиковой модели (графика), согласно которой в течение суток у человека наблюдается два энергетических подъема (периода наивысшей работоспособности). Первый (и самый выраженный) приходится на период с 9 до 11 ч, второй (менее выраженный) – на период с 17 до 19 ч. Однако следует отметить, что наряду с двухпиковыми моделями существуют основанные на вполне серьезных исследованиях трехпиковые и четырехпиковые (и далее, вплоть до выделения ритмов работоспособности продолжительностью менее часа). Кроме того, даже относительно вроде бы традиционно выделяемого главного пика работоспособности (в первую половину дня) также существуют разногласия: точное время пика работоспособности у разных исследователей «дрейфует» в промежутке от 9.00 до 12.30. Время ночного минимума работоспособности также варьирует в весьма широком диапазоне с 1 ч ночи до 4 ч.

Большинство моделей энергетического ритма являются усредненными и не учитывают индивидуальной специфики внутреннего времени личности.

Свой *индивидуальный ритм работоспособности* полезно знать каждому человеку. В частности, не всем людям свойственны однотипные колебания работоспособности. У каждого человека свои биоритмологические особенности, свой хронотип. Установлено, что от суточного хронотипа зависят работоспособность человека на протяжении суток, подверженность болезням и характер их протекания, личностные особенности, реакция на внешние воздействия, потребность в еде. «Жаворонки», например, энергично работают в первой половине дня, «совы» – напротив, вечером. Люди, относящиеся к «жаворонкам», вечером испытывают сонливость, они рано ложатся спать, но рано просыпаются, чувствуют себя бодрыми и работоспособными. «Совы» же, напротив, засыпают поздно, утром просыпаются с трудом. Им свойственна наибольшая работоспособность во второй половине дня, а некоторым – поздним вечером или даже ночью. Но независимо от этих индивидуальных особенностей правильный режим рабо-

ты и отдыха обеспечивает высокую работоспособность и бодрое состояние. Этот режим как раз и должен учитывать специфику каждого индивидуума.

Работоспособность человека в течение дня характеризуется фазным развитием. Основные *фазы работоспособности* в течение дня [4, с. 42–43]:

1. Фаза вработывания, или нарастающей работоспособности, характеризуется перестройкой физиологических функций организма к деятельности. Длится фаза от нескольких минут до 1,5 ч.

2. Фаза устойчивой высокой работоспособности – относительно стабильное выполнение физиологических функций организма. В зависимости от степени тяжести труда фаза может удерживаться в течение 2–2,5 и более часов.

3. Фаза развития утомления связана с падением работоспособности и длится от нескольких минут до 1–1,5 ч. Она характеризуется ухудшением функционального состояния организма и показателей его деятельности.

Работоспособность человека также изменяется в течение недели и характеризуется фазами вработывания, устойчивой работоспособности и ее снижения.

Недельный (или циркаседневианный) ритм по своему происхождению является внешним, социальным и связан с исторически сложившейся «рабочей неделей». Тем не менее, за многие годы обучения и работы у человека формируются явно выраженные внутренние биологические и психологические недельные ритмы. Первыми недельные ритмы обнаружили врачи и физиологи. Например, в течение недели происходит постепенный рост артериального давления, при этом самое низкое его значение наблюдается в воскресенье, а самое высокое – в пятницу, во второй половине дня.

Начало недели связано с периодом вработываемости, когда уровень работоспособности после выходных дней является еще достаточно низким. В норме (если в течение выходных дней человек хорошо отдохнул) вхождение в работу занимает не более 0,5–1 дня (т. е. только понедельник или даже его часть). Если у человека не было возможности хорошо отдохнуть в выходные, то период вработываемости может растянуться до среды.

Установлено, что начало недельного биологического ритма (стадия «входа») связано со снижением уровня функционирования психики: мыслительные процессы несколько заторможены, плохое сосредоточение внимания, время реакции замедлено и т. п. Существует и многочисленная статистика, согласно которой пик несчастных случаев на производстве и дорожно-транспортных происшествий также приходится на понедельник.

Таким образом, понедельник действительно «день тяжелый». При составлении плана на неделю (в частности, плана на понедельник) нельзя планировать решение сложных и ответственных задач на первую половину понедельника.

В недельном биологическом ритме пик (оптимально высокий уровень) работоспособности в норме продолжается со вторника по четверг включительно. Спад работоспособности («выход») обычно начинается в пятницу (чаще всего во второй половине дня) и растягивается на все выходные дни. Работоспособность минимальна в субботу вечером – воскресенье днем. Ухудшение психического функционирования во время спада работоспособности (в пятницу) обычно не бывает более сильным, чем в начале недели (в понедельник). Считается, что основная причина спада работоспособности в конце недели – накопившаяся в течение недели усталость.

Различают следующие *виды усталости* (напряжения): физическая (мышечная) и нервно-психическая [4, с. 43–44].

Физическое напряжение характеризуется динамической и статической работой. Под динамической понимают работу, которая обеспечивает движение частей тела. Под статической – работу, которая обеспечивает поддержание определенного положения тела в пространстве.

Нервно-психическое напряжение – это умственное и эмоциональное напряжение, обусловленное степенью напряжения органов зрения и слуха, сосредоточенностью, объемом и распределением внимания, количеством преднамеренных переключений внимания в единицу времени и т. д.

Ослабление неблагоприятного влияния физического и нервно-психического напряжения достигается оптимизацией темпа и ритма работы, выбором рационального режима труда и отдыха.

При чрезмерных физических и умственных нагрузках, при несоблюдении режима могут возникнуть острые и хронические перенапряжения организма.

Острое перенапряжение – это патологическое состояние организма, возникающее в результате чрезмерной нагрузки, которая неадекватна функциональным возможностям и степени подготовленности организма.

Хроническое перенапряжение возникает при длительном несоответствии между требованиями, предъявляемыми к организму нагрузкой, и подготовленностью к ней. Возникновению этой патологии могут способствовать хронические очаги инфекции или недостаточное восстановление по-

сле перенесенных острых заболеваний, отрицательные факторы, снижающие защитные силы организма (физические и психические травмы, нарушение режима труда, отдыха, сна, питания и др.).

Существует группа методов, которые позволяют косвенно оценить физическую и умственную работоспособность и избежать переутомления [40, 94 и др.].

Оценка физической работоспособности производится на основе исследования состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также функциональных резервов организма. Для этого используют специальные тесты (функциональная проба – 20 приседаний за 30 секунд; гарвардский степ-тест; пробы с задержкой дыхания; проба с изменением положения тела и др.).

Умственная работоспособность определяется состоянием физиологических и психических функций и характеризуется способностью индивида выполнять определенную деятельность с требуемым качеством в течение требуемого интервала времени.

Для оценки физической и умственной работоспособности также применяются индекс Брока и индекс Руфье, производится анализ субъективных показателей самочувствия, настроения, усталости и др.

Разрабатывать режим жизнедеятельности с учетом неравномерности нагрузки, определенной периодичности некоторых видов деятельности, занятий и досуга целесообразнее на всю неделю. При этом должны быть предусмотрены все составляющие жизнедеятельности данного человека – обязательные и желательные. Основным требованием к самому режиму должно быть закономерное чередование периодов работы и отдыха, обеспечивающее поддержание высокого уровня здоровья и работоспособности.

При реализации программы здорового образа жизни, организации перехода к нему в зависимости от индивидуальных особенностей человек может выбрать различные *варианты построения режима жизнедеятельности*.

1. Жесткая последовательность действий для тех, кто любит соблюдать четкий график. Все действия, направленные на обеспечение здоровья – физические упражнения, гигиенические процедуры, время приема пищи, отдых и т. д., – жестко вписываются в режим дня с точным указанием времени.

2. Четкое разделение перехода на этапы с планированием каждого этапа, его промежуточных и конечных целей для привыкших ставить перед собой

конкретные цели и добиваться их. В этом случае появляется технология внедрения программы в жизнь: с чего и когда начать, как организовать питание, движение и т. д. Поэтапное внедрение программы позволяет уточнить цели и задачи каждого этапа, его длительность в соответствии с состоянием своего здоровья, формы контроля, конечный для этапа результат и пр. Выполнение поставленных на этап задач позволяет перейти к следующему этапу. Такой подход позволяет целеустремленно продвигаться к здоровому образу жизни, однако жесткие условия при этом не ставятся.

3. Мягкое приближение к желаемому для привыкших к комфорту и лени. Этот вариант не предполагает четкого планирования распорядка дня или этапов, но любое оздоровительное мероприятие – уже лучше, чем ничего (сделать хотя бы иногда, хоть один раз в неделю), т. е. предпосылкой такого подхода является тезис, гласящий, что важно начать (например, можно начать только с утренней гигиенической гимнастики; потом можно будет отказаться и от утренней сигареты, затем постараться пройти пешком на работу и т. д.). Такой вариант особенно подходит человеку, который не может резко изменить свой жизненный уклад и отказаться от комфортных привычек.

4. Максимальное вписывание программы в привычный распорядок дня для самых инертных. Особенно такой вариант подходит для лиц среднего возраста, которые, с одной стороны, уже втянулись в привычные условия жизнедеятельности и им тяжело от них отказаться, а с другой – обременены социальными, бытовыми, личностными, профессиональными проблемами и испытывают постоянный дефицит времени. Последнее обстоятельство для них является удобным объяснением невозможности перехода на здоровый образ жизни. В таком случае элементы здорового образа жизни можно включать в привычный режим (например, часть пути на работу пройти пешком; сэкономить время, пропустив прием пищи, если не появилось ощущения голода; утром умыться холодной водой и т. д.). Для реализации такого варианта прежде всего следует критически проанализировать свой режим дня и жизни и найти те ниши, в которые можно было бы вставить нужные элементы.

Учебная деятельность школьника и студента, требующая значительного эмоционально-психического напряжения в течение учебного дня, предъявляет к организму каждого из них серьезные требования. Особенностью учебной деятельности является прогрессирующая динамика нарастания суточной умственной нагрузки: уже первоклассник вынужден после относительно свобод-

ного дошкольного режима почти 5 ч ежедневно заниматься такой работой, пятиклассник – 8, а одиннадцатиклассник и студент – более 9 ч.

Существующая в настоящее время система относительно жестких учебных планов, графиков учебного процесса, учебного расписания строго регламентирует жизнь учащегося в течение всего периода обучения – все это делает его заложником предельно интенсивного ритма жизни, не зависящего от индивидуальных особенностей, специфики его установок, традиций, биоритмов. Последнее обстоятельство оказывается исключительно важным, так как именно с ритмическим характером жизнедеятельности связан основной критерий эффективности и производительности умственного труда – работоспособность.

Работоспособность обучающихся во время учебной деятельности изменяется в соответствии с той закономерностью, которая уже была отмечена выше: в начале она повышается (вработывание), затем устанавливается на высоком уровне (устойчивая работоспособность) и постепенно снижается (развитие утомления). Причем такая закономерность свойственна любым периодам учебной деятельности: уроку, дню, неделе, четверти и году. Следует учитывать эту особенность и облегчать начало каждого указанного периода.

Так, если исходить из классификации трудности изучения учебных дисциплин в школе по баллам, то наиболее трудные предметы в течение учебного дня следует включать в расписание вторыми–третьими (для младшеклассников) или третьими–четвертыми (для средних и старших классов) уроками, но не первыми и не последними. (В соответствии с 11-балльной классификацией сложности учебные дисциплины распределяются следующим образом: 11 баллов – математика, 10 – иностранный язык, 9 – физика и химия, 8 – история, 7 – русский язык и литература, 6 – естествознание, 5 – физкультура, 4 – труд, 3 – черчение, 2 – рисование, 1 – пение, музыка [94, с. 84–85]. Разумеется, такая градация довольно условна и определяется не только индивидуальными особенностями учащихся, но и методикой преподавания. Кроме того, трудность отдельных дисциплин имеет и возрастную зависимость – например, в младших классах уроки письма и чтения оказываются более трудоемкими, чем математика.)

Такое требование обусловлено соответствующими изменениями умственной работоспособности школьников в течение учебного дня. Так, у младших школьников уже на четвертом уроке отмечается заметное снижение работоспособности, которое, скорее всего, носит защитный харак-

тер. У средних и старших школьников аналогичная реакция возникает к пятому и шестому урокам соответственно. Вот почему на последних уроках умственная работа оказывается малопродуктивной, а для части учеников даже становится фактором, вызывающим психическое перенапряжение.

Результаты анализа характера работоспособности учащихся позволяют сделать вывод, что нецелесообразно ставить два или даже три сложных урока подряд, а лучше чередовать трудные предметы с менее трудными, требующие значительных умственных усилий (математика, иностранный язык, химия, физика) – с преимущественно физическими нагрузками, связанные с письмом или записыванием (русский, иностранный язык) – с преимущественным объяснением учителя (история, география) и т. д.

Что касается расписания учебных занятий на неделю, то здесь следует исходить из суммарной нагрузки учебных дней в соответствии с той же закономерностью, какая была отмечена для отдельного дня: с наименьшей суммой баллов в понедельник и субботу и с двумя подъемами суммарной сложности в среду и пятницу.

При учебной пятидневке в расписании может быть предусмотрено одно двухдневное плато оптимальной работоспособности – в среду–четверг.

В течение учебной четверти требования к учебной нагрузке учащихся также должны соответствовать отмеченной картине изменения работоспособности. Практика, однако, показывает, что наибольшую нагрузку (в виде контрольных работ и заданий) школьники получают в конце четверти, что на фоне уже наступившего умственного утомления усугубляет прежде всего психическое состояние учеников и ведет к повышенной заболеваемости. С этих позиций гораздо рациональнее и эффективнее проведение так называемых тестовых заданий в течение значительной части четверти. Причем их проведение должно планироваться учебной частью школы таким образом, чтобы ни в одном временном отрезке учащиеся не испытывали перегрузок.

В течение учебного года напряженность учебной работы учащихся меняется. У школьников эта активность в течение четверти относительно равномерна, однако резко возрастает в последние две недели (неделю) перед каникулами, когда решается вопрос о четвертной (полугодовой, годовой) оценке и количество контрольных заданий порой достигает 6–10 в неделю. В течение каникул полное отсутствие учебной нагрузки заметно снижает умственную работоспособность школьника, и первые неделя – две учебы в новой четверти у него уходят на ее постепенную нормализацию.

У студентов в начале учебного года учебная активность минимальна и в основном ограничивается аудиторными занятиями. Затем постепенно нагрузка возрастает за счет индивидуальной и самостоятельной работы. К концу семестра эти формы дополняются отработками, консультациями и др., и к самой сессии студент подходит если и не переутомленным, то в довольно близком к этому состоянии. В период сессии (особенно летней, когда количество зачетов и экзаменов больше) это состояние у большей части студентов все-таки наступает.

Умственная работоспособность учащихся определяется не только их физиологическими особенностями, но и методикой ведения урока и условиями, в которых он проходит. С одной стороны, есть целый ряд факторов, снижающих умственную работоспособность: монотонность, чрезмерные или заниженные требования к ученику, высокая температура в классном помещении и т. д. С другой стороны, существует ряд методических и организационных приемов, которые обеспечивают поддержание высокого уровня внимания, восприятия и мыслительной деятельности учащихся на протяжении значительной части урока. Основу таких приемов составляет переключение или с одних видов деятельности на другие, или внимания учащихся. Сюда можно отнести переход от монолога учителя к диалогу с учащимися, использование индивидуальных заданий, применение технических средств обучения и т. д. Особенно эффективными оказываются двигательные паузы или физкультминутки. Они должны быть рассчитаны не только на поддержание и восстановление работоспособности, но и на устранение отрицательных сторон влияния самого образовательного процесса на здоровье учащихся. Так, с помощью двигательных пауз в течение учебного дня можно на различных уроках и занятиях решать следующие задачи:

- устранение застойных явлений в легких, в нижних конечностях;
- тренировка мышц глаз, обеспечивающих аккомодацию;
- стимуляция иммунитета через массаж биологически активных точек;
- формирование правильной осанки и т. д.

Время, потраченное на двигательные паузы, оборачивается заметным повышением умственной работоспособности и производительности труда школьника.

Несомненным эффектом активного отдыха (быстрое и заметное восстановление работоспособности) может обладать перемена между уроками и занятиями. Но такой результат она дает при обязательном условии именно ак-

тивного отдыха – переключении на другие, кроме умственных, виды деятельности. Такому требованию в полной мере соответствует двигательная активность. Однако последняя должна быть специально организованной, так как ее чрезмерное проявление на перемене приводит к тому, что школьники приступают к следующему уроку на фоне двигательной доминанты и долго не могут переключиться на умственную деятельность. Для администрации подавляющего числа учебных заведений это обстоятельство дает повод не к организации подвижных перемен, что требует значительной подготовительной работы, а к ограничению двигательной активности учащихся на них.

Значительное время в режиме дня учащихся занимает самостоятельная работа – от одного часа в день у первоклассников до трех часов у школьников выпускного класса и четырех с половиной часов у студентов. Однако, по мнению самих учащихся, у них уходит на самостоятельную работу гораздо больше времени.

Приступая к выполнению домашних заданий, следует помнить о закономерностях изменения умственной работоспособности. Поэтому начинать лучше с заданий средней тяжести (вработывание), затем выполнить сложные, а в конце – легкие. Через каждые 45–50 мин необходимо делать перерывы, которые, опять-таки по принципу активного отдыха, следует посвятить переключению на другие виды деятельности; идеальным вариантом здесь является движение: небольшая зарядка, активные танцы или мини-тренировка.

Как уже говорилось, на производительность умственного труда влияет окружающая обстановка. В частности, работоспособность учащегося зависит от *организации его рабочего места* [86, 94]. Стены в помещении должны быть светлыми и интенсивно отражать свет. При темном или слишком ярком свете очень быстро утомляются глаза.

Освещенность на рабочем месте учащегося должна быть не менее 300 лк. Источник освещения следует располагать слева, чтобы не создавалось теней на рабочем месте. Для пишущих левой рукой – наоборот. Обязательно должно быть включено общее освещение.

Для эффективности умственного труда имеет значение и нагрузка на слуховой анализатор. Наиболее благоприятна абсолютная тишина в кабинете.

Температура воздуха в помещении должна составлять 18–20 °С при относительной влажности воздуха 40–70 %. Повышение содержания углекислого газа до 0,1 % способствует появлению функциональных нарушений и снижению работоспособности, что предопределяет необходимость систематического проветривания помещения.

В режиме дня учащегося помимо рациональной организации учебной деятельности самого серьезного внимания заслуживает *обеспечение полноценного сна* как одного из важнейших средств восстановления состояния организма и работоспособности.

С учетом указанных выше задач, решать которые должен режим дня, и особенностей изменения жизнедеятельности школьников в течение суток можно рекомендовать режим дня, данный в табл. 1.

Таблица 1

Примерный режим дня для учащегося, занимающегося в 1-ю смену
(начало занятий в 8 ч 30 мин)

Вид деятельности	Возраст учащегося		
	6–10 лет (1–4-й класс)	11–14 лет (5–8-й класс)	15–17 лет (9–11-й класс)
Подъем	7.00	7.00	7.00
Утренняя зарядка, туалет, уборка постели	7.00–7.30	7.00–7.30	7.00–7.30
Завтрак	7.30–7.50	7.30–7.50	7.30–7.50
Сборы и дорога в школу	7.50–8.20	7.50–8.20	7.50–8.20
Занятия в школе, факультативы	8.30–12.30	8.30–13.30	8.30–14.30
2-й завтрак в школе	Около 11.00	Около 11.30	Около 12.00
Дорога из школы	12.30–13.00	13.30–14.00	14.30–15.00
Обед	13.00–13.30	14.00–14.30	15.00–15.30
Просмотр периодической печати, телепрограмм, работа по дому	13.30–15.00	14.30–16.00	15.30–16.30
Приготовление домашних заданий	15.00–16.30	16.00–18.00	16.30–19.00
Занятия физкультурой, игры, прогулка	16.30–19.00	18.00–20.00	19.00–20.30
Ужин	19.00–19.30	20.00–20.30	20.30–21.00
Занятия по интересам	19.30–21.00	20.30–21.30	21.00–22.00
Приготовление и отход ко сну	21.00–21.30	21.30–22.00	22.00–22.30

Предложенные режимы носят ориентировочный характер и должны конкретизироваться для каждого школьника в отдельности. Так, они не учитывают особенности типологии высшей нервной деятельности ученика

(а от нее зависит время, необходимое для успешного приготовления домашних заданий), занятия дополнительным образованием (в музыкальных, спортивных и других школах, с репетитором, углубленное изучение отдельных предметов и пр.), принятый в семье режим, наличие определенных обязанностей в семье и т. д. Однако в любом случае режим должен отражать все необходимые компоненты жизнедеятельности школьника и соответствовать особенностям суточных изменений его функционального состояния.

У значительной части школьников дополнительные виды занятий обычно бывают не ежедневно, а два–три–четыре раза в неделю. Исходя из этого, более рационально регламентировать свой режим не на день, а на неделю – в этом случае есть возможность определенным образом перераспределить в пределах недели часть ежедневных обязанностей, чтобы сделать нагрузку более равномерной.

Еще более насыщена разнообразными обстоятельствами жизнедеятельность студента. Однако и она может быть рационально регламентирована и организована целенаправленным планированием при условии четкого распределения приоритетов на данном этапе жизнедеятельности.

Важным обстоятельством, которое следует учитывать при разработке режима дня учащегося, является его согласование с режимом семьи в целом. Особое внимание следует уделить *планированию выходного дня*. Наиболее рационально посвятить выходной день активному отдыху, который в значительной степени должен не только снять умственную доминанту, но и компенсировать неблагоприятные последствия влияния учебной деятельности на здоровье учащихся: гиподинамии, нервно-психического напряжения, жесткого режима деятельности и т. д.

По возможности следует сменить обстановку и отвлечься от той, с которой связываются у учащегося (даже на уровне подсознания) представления о повседневной деятельности. Воскресный отдых обязательно должен быть активным, а не заключаться только в том, чтобы предаваться лени или пассивному восприятию информации. Сам активный отдых предполагает переключение на виды деятельности, отличные от тех, которые привели к возникновению утомления. Для учащихся, у которых утомление к концу недели обусловлено напряженной умственной деятельностью, средствами активного отдыха могут быть лыжные прогулки и поход в кино, рыбалка и дискотека, занятия любимым делом (хобби) и встречи с приятными людьми, участие в дискуссиях и соревнованиях...

В воскресном отдыхе обязательно должен присутствовать двигательный компонент, который сам по себе снимает накопившееся нервно-мышечное напряжение за счет нейтрализации гормонов стресса и, вместе с тем, стимуляции формирования в центральной нервной системе, двигательной доминанты, способствующей улучшению психоэмоционального состояния и настроения человека.

Одним из современных методов обеспечения рациональной организации рабочего или учебного времени является тайм-менеджмент [34].

Тайм-менеджмент (англ. *time management*) – технология организации времени и повышения эффективности его использования.

В тайм-менеджменте можно выделить следующие *процессы*:

- 1) анализ. Процесс, позволяющий выявить саму проблему нерационального использования времени, а также ее причины;
- 2) моделирование стратегий с учетом проведенного анализа;
- 3) целеполагание: постановка цели и определение ключевого направления развития;
- 4) планирование и расстановка приоритетов – разработка плана достижения поставленных целей и выделения приоритетных задач для выполнения;
- 5) реализация – конкретные действия в соответствии с намеченным планом;
- 6) контроль достижения цели, выполнение планов, подведение итогов по результатам.

В настоящее время существует большое количество *техник тайм-менеджмента*, которые получили признание.

Ниже представлены основные из них.

1. Матрица Эйзенхауэра, или принцип Эйзенхауэра – техника тайм-менеджмента для расстановки приоритетов. Ее использование позволяет выделить важные и существенные дела и решить, что делать с остальными. Выделяют следующие 4 категории дел по критериям важности и срочности:

Задачи А. Важные и срочные. Например, критические ситуации, проекты с «горящим» сроком. Задачи такого типа необходимо выполнять без промедления.

Задачи Б. Важные и несрочные. Например, стратегическое планирование, личностное развитие. Для задач данного типа необходимо устанавливать временные рамки.

Задачи В. Неважные и срочные. Например, спонтанные просьбы или поручения «сделать что-то сейчас и быстро», не относящиеся к вашим непосредственным обязанностям, и т. п. По возможности от таких просьб следует отказываться или перепоручать их.

Задачи Г. Неважные и несрочные. Это мелочи, отнимающие время (перекуры, «болтовня» по телефону, просмотр сериалов и другие «поглотители времени»). Необходимо стремиться устранить такие дела навсегда из своей жизни.

2. Принцип Парето, или принцип 20/80 – эмпирическое правило, введенное социологом Вильфредо Парето. В наиболее общем виде формулируется следующим образом: «20 % усилий дают 80 % результата, а остальные 80 % усилий – лишь 20 % результата». В приложении к тайм-менеджменту это правило звучит так: 20 % дел (и затраченного времени) дают 80 % результата; 80 % дел (и затраченного времени) дают 20 % результата. В связи с этим следует вначале выделить те 20 % дел, которые дают максимальный результат и начать с них.

3. Хронометраж – изучение затрат времени с помощью замеров и фиксации продолжительности выполняемых действий. Относится к отечественной традиции тайм-менеджмента. Хронометраж позволяет провести «аудит» и «инвентаризацию» времени, выявить «поглотителей времени». Для того чтобы провести хронометраж, рекомендуется записывать все свои дела с точностью до 5–10 мин в течение хотя бы 2 недель.

Идеальных технологий тайм-менеджмента, которые бы подходили всем и каждому, не существует. Поэтому залог успешного управления временем – грамотное сочетание различных технологий и методик тайм-менеджмента.

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

1. Почему необходимо учитывать биологические ритмы и психологические особенности при составлении индивидуального режима дня?

2. Какие методы способствуют поддержанию высокой умственной работоспособности?

3. Какие техники существуют в тайм-менеджменте?

Задание. Составьте примерные суточный и недельный индивидуальные режимы жизнедеятельности в соответствии с фазами работоспособности в циркадианном и циркасептидианном биологических ритмах.

2.2. Двигательная активность и активный отдых

В современном обществе, где тяжелый физический труд в течение короткого, с точки зрения развития человечества, периода времени оказался вытесненным машинами и автоматами, человека подстерегает опасность – *гиподинамия*. Именно ей приписывается преимущественная роль в широком распространении так называемых болезней цивилизации. В этих условиях особенно высокую эффективность в поддержании и укреплении здоровья человека играет физическая культура. Зависимость между режимом двигательной активности и заболеваемостью в течение года выражается довольно высоким отрицательным коэффициентом $R = -0,77$: т. е. если у не занимающихся физической культурой заболеваемость превышает 10 дней в году на человека, то с увеличением времени занятий физкультурой на 1 ч в неделю заболеваемость снижается на 0,44 дня, и при минимальной недельной двигательной активности в 7–8 ч достигает 6,02 дня. Доля двигательной активности среди всех факторов здоровья достигает 40 %.

Набор физических упражнений и режим их использования должны быть сугубо индивидуальными для каждого человека в зависимости от его пола, возраста, профессии, режима работы, типа конституции, имеющегося двигательного опыта и т. д. Тем не менее, есть некоторые общие подходы, которые необходимо учитывать в этом вопросе [4, 89].

Для любого человека обязательным условием является утренняя гигиеническая гимнастика. Это средство двигательной активности должно соответствовать индивидуальным особенностям человека.

При определении набора физических упражнений, которые человек должен и может включить в свой двигательный арсенал, следует исходить, прежде всего, из того, какие нарушения здоровья и патологические состояния наиболее часто встречаются у современного человека и насколько они связаны с его образом жизни. Для современного человека особую опасность представляют сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, сахарный диабет, перенапряжение психики и нарушения опорно-двигательного аппарата. Из них лишь в отношении онкологии нет убедительных данных, которые бы свидетельствовали о профилактической и лечебной роли физической культуры, во всех же остальных случаях можно говорить о высокой эффективности последних. Доказано, что использование физических упражнений имеет тем более высокий эффект, чем на более ранних стадиях заболеваний или нарушений они начинают использоваться.

О том, какие средства двигательной активности следует применять в этих целях, лучше всего говорят те изменения в функциональных системах, которые вызываются каждым из них. Анализ имеющегося опыта позволяет предложить следующий набор обязательных *средств физической культуры*, которые могли бы в значительной степени предупредить указанные заболевания:

1) упражнения аэробного циклического характера, обеспечивающие поддержание нормального уровня функционирования сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем, терморегуляции, обмена веществ и т. д.;

2) гимнастические упражнения, выполняемые с целью поддержания хорошего состояния позвоночника (с акцентом на шейный и поясничный отделы, где наиболее часто встречаются нарушения); суставов; кровообращения мозга (упражнения для мимических мышц лица и мышц шеи, а также усиливающие приток крови к мозгу); деятельности желудочно-кишечного тракта (на мышцы брюшного пресса); мочеполовой системы (на мышцы области промежности, таза и тазового дна);

3) закаливающие процедуры, позволяющие поддерживать адекватный уровень иммунитета.

В двигательном режиме взрослого количество средств физической культуры должно быть не менее 4–5, с возрастом же их набор может уменьшиться до 2–3.

В жизни человека двигательная активность должна занимать то место, которое согласуется с условиями его профессиональной, бытовой и прочих сторон жизнедеятельности. Занятия физкультурой можно проводить в зависимости от условий работы и типологических особенностей человека и утром, и днем, и вечером, и под постоянным врачебно-педагогическим контролем, с учетом текущего состояния организма. Периодичность занятий физкультурой и длительность каждого из них связаны обратной зависимостью, однако тренирующий эффект при частоте занятий менее трех раз в неделю и короче 30 мин оказывается низким. Оптимальным режимом следует считать для взрослого человека 3–5 раз в неделю при длительности 90 мин (при пяти занятиях) и 120 мин (при трех занятиях в неделю).

Исключительно важное значение имеет рациональное *использование физических упражнений в режиме рабочего дня*, что позволяет решить целый ряд задач:

1) выполняемый до начала работы специально подобранный комплекс упражнений способствует укорочению времени вработывания и бо-

лее быстрому достижению максимальной работоспособности. В частности, для работников умственного труда и учащихся в таком комплексе должны быть упражнения на быстрое переключение внимания, координацию движений и т. д.;

2) обычно выполнение профессиональных и учебных обязанностей сопряжено с длительным поддержанием вынужденных статических поз. В этом случае прослеживается целый ряд неблагоприятных для организма последствий в виде нарушений осанки, кровообращения, дыхания, зрения и других, поэтому физические упражнения могут способствовать включению в активность неработающих мышц, коррекции осанки, восстановлению кровообращения и дыхания, нормализации зрения и устранению прочих последствий длительного поддержания вынужденной позы;

3) в условиях все большей специализации в производстве в целях обеспечения высокой эффективности труда рабочим часто приходится ограничиваться выполнением довольно узкого круга движений, которые доводятся до высокой степени автоматизма. В этом случае необходимость в произвольном сознательном контроле постепенно уменьшается, в связи с чем монотонная механическая работа довольно быстро ведет к возникновению запредельного торможения. Нетрудно представить, сколь опасны могут быть последствия возникающей при этом сонливости. Физические упражнения с включением в работу больших мышечных групп создают в ЦНС очаг возбуждения, который через механизм положительной индукции устраняет и предупреждает появление тормозных участков;

4) в тех видах профессиональной деятельности, которые сопряжены с большими и плотными потоками информации, требуются быстрая реакция и оперативный поиск правильного решения. Выполнение этих требований возможно лишь в условиях физиологического стресса, способствующего мобилизации возможностей организма. Однако подобный стресс сопровождается и повышением мышечного тонуса, нарастание которого еще больше усугубляет стресс. Снятие мышечного гипертонуса через работу соответствующих мышц обеспечивает нормализацию состояния ЦНС. Кроме того, используемые в этом случае физические упражнения улучшают эмоциональное состояние работника;

5) физические упражнения, рационально применяемые в режиме рабочего и учебного дня, способствуют более быстрому повышению работоспособности (на 10–14 %).

Выдающийся физиолог И. М. Сеченов в середине XIX в. ввел понятие «активный отдых». Суть активного отдыха в том, что при наступающем утомлении переключение на другой вид деятельности обеспечивает более быстрое восстановление работоспособности утомленных нервных центров, чем в условиях пассивного отдыха. Например, при умственном утомлении выполнение простых по структуре физических упражнений, отличающихся высокой эмоциональностью (в частности, танцы), способствует более быстрому восстановлению работоспособности, чем пассивный отдых.

Отдельного разговора заслуживает вопрос о физической культуре работников умственного труда и в определенной мере учащихся [4, 89, 98]. Речь идет о специфике влияния этого вида деятельности на организм человека. В частности, умственный труд характеризуется следующими особенностями:

- напряжение мыслительных процессов с высокой динамичностью и силой возбуждительно-тормозных процессов в ЦНС;
- неравномерность нагрузки, необходимость принимать срочные и нестандартные решения, возможность возникновения конфликтных ситуаций;
- нерегламентированный график, периодический рост нервно-эмоционального напряжения;
- напряжение отдельных анализаторов и внимания;
- сложность взаимоотношений с окружающими;
- большой и плотный поток информации, напряжение памяти, внимания с целью восприятия и воспроизведения новой информации;
- низкая двигательная активность.

При мыслительной работе происходят сосудистые реакции, противоположные тем, которые бывают при мышечной работе: кровенаполнение сосудов мозга, сужение периферийных сосудов конечностей, расширение сосудов внутренних органов и т. д. Когда же такой труд сопровождается нервно-эмоциональным напряжением, происходит резкая активизация кровообращения с повышением частоты пульса, артериального давления, наступают изменения в ритме и частоте дыхания, снижается насыщение крови кислородом, нарушается терморегуляция и отмечаются многие другие неблагоприятные изменения, нарушающие состояние организма. Специфика умственного труда заключается и в том, что после прекращения работы мысли о ней, «рабочая доминанта», сохраняются еще довольно долго. В результате оказывается, что неправильно организованная умст-

венная работа быстро приводит к функциональному утомлению из-за запредельного торможения в головном мозге.

При нерационально организованной профессиональной умственной деятельности могут возникать многие функциональные, а затем и морфологические нарушения в организме, основной причиной которых является малоподвижность. Наиболее часто среди таких отклонений в состоянии здоровья встречаются склеротические изменения сосудов, появление гипотонии (у молодых) или гипертонии (у пожилых), возникновение неврозов, ослабление дыхательной функции, атония кишечника, нарушения обмена веществ и т. д.

При умственной деятельности происходит напряжение мышц лица, шеи и плечевого пояса, так как их активность тесно связана с нервными центрами, управляющими вниманием, эмоциями и речью. В этих условиях длительная импульсация от напряженных мышц создает утомление в соответствующих участках ЦНС, и работоспособность снижается. Естественной мерой предупреждения этого явления могут быть активные движения, освобождающие мышцы от излишнего напряжения.

Не менее важно для поддержания высокой умственной работоспособности и состояние мускулатуры, так как между такими показателями, как устойчивость и активность внимания, памяти, восприятия и быстроты передачи информации и др., и уровнем физической подготовленности человека существует прямая зависимость.

Оптимально подобранная мышечная нагрузка повышает общий эмоциональный тонус, создавая устойчивое настроение, которое служит благоприятным фоном для умственной деятельности и предупреждает раннее развитие утомления. Физические упражнения оказывают на умственную работоспособность либо непосредственное благоприятное влияние по механизмам активного отдыха, либо отдаленное спустя некоторое время, либо в виде кумулятивного (накапливающего) эффекта от многократного повторения в течение определенного (недель, месяцев) времени.

При разработке оптимальных режимов двигательной активности для занимающихся преимущественно умственным трудом следует учитывать возраст, пол, уровень здоровья, характер деятельности, образ жизни, генетические особенности и т. д. каждого отдельного человека, т. е. такой режим должен быть сугубо индивидуальным. Тем не менее, есть определенные общие подходы к разработке двигательных режимов. Так, упражнения

динамического циклического характера оказываются более эффективными для поддержания умственной работоспособности, чем статические. Физическая активность может быть реализована как через выполнение небольших комплексов упражнений несколько раз в течение дня, так и в одном продолжительном занятии. Утренняя зарядка, легкие кратковременные упражнения на ловкость и внимание перед началом работы ускоряют встраивание в умственную деятельность через повышение возбудимости и подвижности нервных процессов в ЦНС. В самостоятельных занятиях помимо средств общего воздействия (повышающих физическую подготовленность, а через нее – и умственную работоспособность) следует использовать упражнения направленного и специального действия для данного человека и с учетом выполняемого им вида профессиональной деятельности. Сюда следует отнести упражнения для мышц зрительного аппарата, для релаксации, коррекции позы, дыхательные и др.

Полноценная двигательная активность является неотъемлемой частью здорового образа жизни и оказывает влияние практически на все стороны жизнедеятельности человека как в профессиональной, так и в бытовой, досуговой и других сферах его жизни.

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

Каким образом оптимальная двигательная активность и активный отдых влияют на уровень здоровья человека?

Задание. Составьте примерную схему использования физических упражнений в режиме рабочего дня.

2.3. Культура питания

Важной составляющей здорового образа жизни является *рациональное питание*. Оно базируется на соблюдении двух основных законов, нарушение которых опасно для здоровья [19, 85, 89].

Первый закон – равновесие получаемой и расходуемой энергии. Если организм получает энергии больше, чем расходует, т. е. мы получаем пищи больше, чем это необходимо для нормального развития, для работы и хорошего самочувствия, мы полнеем. Избыточный вес приводит к развитию атеросклероза, ишемической болезни сердца, сахарного диабета и другим недугам.

Второй закон – соответствие химического состава рациона физиологическим потребностям организма в пищевых веществах. Питание должно быть разнообразным и обеспечивать потребности в белках, жирах, углеводах, витаминах, минеральных веществах, пищевых волокнах.

Любое отклонение от законов рационального питания приводит к нарушению здоровья. Организм человека расходует энергию не только в период физической активности (во время работы, занятий спортом и др.), но и в состоянии относительного покоя (во время сна, отдыха лежа), когда энергия используется для поддержания физиологических функций организма.

Рациональное питание – это питание, построенное на научных основах, способное полностью обеспечить потребность в пище в количественном и качественном отношении [19, 85, 89].

Основные гигиенические требования к пище:

- 1) полное возмещение энергетических трат организма;
- 2) содержание всех необходимых пищевых веществ (белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества, вода) для построения тканей, органов и нормального протекания всех физиологических процессов;
- 3) разнообразие (она должна включать различные продукты животного и растительного происхождения);
- 4) приятный вкус, запах и внешний вид;
- 5) легкоусвояемость;
- 6) доброкачественность.

Теоретической основой современной науки о питании является концепция сбалансированного питания, сформулированная А. А. Покровским. Согласно этой концепции, обеспечение нормальной жизнедеятельности возможно при условии снабжения организма необходимым количеством энергии, белков, углеводов, жиров, витаминов, минеральных веществ, воды в нужных для организма соотношениях.

На основе концепции сбалансированного питания построена схема определения пищевой ценности отдельных продуктов питания, разработаны нормы потребности человека в пищевых веществах. В рационе здорового человека при среднем уровне энерготрат оптимально соотношение белков, жиров и углеводов 1:1:4(5), позволяющее максимально удовлетворить энергетические и пластические потребности организма. При усиленных энерготратах содержание белков в пище необходимо уменьшать, увеличивая количество жиров и углеводов: белки должны составлять 12–13 % общей калорийности пищевого рациона; жиры – 30–50 %.

Белки, жиры, углеводы – основные пищевые вещества в рационе человека. Пищевыми веществами называют такие химические соединения или отдельные элементы, которые необходимы организму для его биологического развития и для нормального протекания всех жизненно важных процессов [19, 85, 89].

Белки – высокомолекулярные азотистые соединения, основная и обязательная составляющая часть всех организмов. Белковые вещества участвуют во всех жизненно важных процессах. Например, обмен веществ обеспечивается ферментами, по своей природе относящимися к белкам. Белками являются опорные ткани организма – коллаген костей, хрящей, сухожилий; покровные ткани – кожа, ногти, волосы.

Среди многочисленных пищевых веществ белкам принадлежит наиболее важная роль. Они служат источником незаменимых аминокислот и так называемого неспецифического азота, необходимого для синтеза самих белков. От уровня снабжения белками в большой степени зависят состояние здоровья, физическое развитие, физическая работоспособность, а у детей раннего возраста – и умственное развитие. Достаточность белка в пищевом рационе и его высокое качество позволяют создать оптимальные условия внутренней среды организма, необходимые для роста, развития, нормальной жизнедеятельности человека и его работоспособности.

При недостатке белка в питании возникает ряд патологических изменений: замедляются рост и развитие организма, уменьшается вес; нарушается образование гормонов; снижаются реактивность и устойчивость организма к инфекциям и интоксикациям.

Физиолого-гигиенические нормы потребности в белках рассчитываются из того, каково минимальное количество белка, при котором можно поддерживать азотистое равновесие организма человека (т. е. количество азота, введенного в организм с белками пищи, должно быть равно количеству азота, выведенного из него с мочой за сутки).

Физиологическая суточная норма белка зависит от возраста, пола и профессиональной деятельности. Взрослому человеку в обычных условиях жизни при легкой работе требуется в сутки в среднем 1,3–1,4 г белка на 1 кг веса тела, а при физической работе – 1,5 г и более (в зависимости от тяжести труда). При занятиях физической культурой количество белка должно составлять 15–17 % потребляемых веществ, или 1,6–2,2 г на 1 кг массы тела.

Жиры. Входящие в пищевой рацион жиры состоят из нейтрального жира – триглицеридов жирных кислот (олеиновой, пальмитиновой, стеариновой и др.) и жироподобных веществ – липоидов. Главная роль жиров заключается в доставке энергии. При окислении 1 г жира в организме человек получает в 2,2 раза больше энергии (2,3 ккал), чем при окислении углеводов и белков [19, 85, 89].

Жиры выполняют и пластическую функцию, являясь структурным элементом протоплазмы клеток. В жирах находятся необходимые для жизни жирорастворимые витамины А, D, Е, К.

Липоиды, жироподобные вещества, также входят в состав клеточных мембран, гормонов, нервных волокон и оказывают существенное влияние на регуляцию жирового обмена. Жир обладает низкой теплопроводностью, благодаря чему, находясь в подкожно-жировой клетчатке, предохраняет организм от охлаждения.

Физиолого-гигиенические нормы суточного потребления жиров почти такие же, как и белков: на 1 г белка должен приходиться примерно 1 г жира. Суточная норма потребления жира для лиц, занятых преимущественно умственным трудом, составляет для мужчин 84–90 г, для лиц, занимающихся преимущественно физическим трудом, – 103–145 г; для женщин – соответственно, 70–77 и 81–102 г. При этом примерно 70 % от общего количества потребляемых жиров должны составлять жиры животного происхождения.

Для нормальной жизнедеятельности человеку, занимающемуся физической культурой, в среднем рекомендуется потреблять до 2 г жира на 1 кг веса в сутки. Ограничение до 1,8 г связано с необходимостью снижения веса и актуально при некоторых заболеваниях, вызванных нарушением жирового обмена.

Углеводы – это обширный, наиболее распространенный на Земле класс органических соединений, входящих в состав всех организмов. Углеводы и их производные служат структурным и пластическим материалом, поставщиком энергии и регулируют ряд биохимических процессов в организме [19, 85, 89]. По классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) углеводы делятся на усвояемые организмом человека и неусвояемые. Неусвояемые углеводы образуют группу так называемых балластных веществ – пищевые волокна, играющие огромную роль в поддержании нормальной регуляции пищеварения. Средняя величина теплоты

при сгорании углеводов – 4,1 ккал/г. Взаимодействуя с другими веществами пищи, углеводы влияют на доступность их организму и на потребность организма в этих веществах (например, белоксберегающее действие углеводов). Углеводы снижают потребность организма человека в белках, препятствуя использованию аминокислот в качестве энергетического материала и усиливая посредством инсулина использование аминокислот для синтеза белка.

Физиолого-гигиенические нормы потребления углеводов составляют 400–500 г в сутки. Повышенное потребление (до 10–12 г/кг веса) является обоснованным только при длительных физических нагрузках.

В сбалансированном питании любого человека основным источником углеводов в пище должны быть продукты растительного происхождения. При этом однократный прием углеводов не должен превышать 100 г, а для занимающихся различными видами физической культуры и просто желающих снизить вес норма не должна превышать 30–50 г. Углеводы лучше принимать непосредственно перед физической тренировкой (за 10–15 мин) или же за 2 ч до нее. Это обусловлено тем, что через 10–15 мин углеводы, расщепившись, все еще находятся в крови и поэтому могут использоваться при физической нагрузке. Не рекомендуется принимать углеводы за 1–1,5 ч до тренировки, так как в этом случае происходит их накопление в печени в виде гликогена, а эти запасы при физической нагрузке не используются. По истечении 2 ч гликоген расщепляется до глюкозы. И в таком виде может использоваться при физической активности.

Микроэлементы – это химические элементы, находящиеся в тканях организма человека в концентрации 1:100 000 и меньше. К микроэлементам относят также химические элементы, в низких концентрациях содержащиеся в воде, почве и т. д. Некоторые микроэлементы абсолютно необходимы для важнейших процессов жизнедеятельности организма человека, а также для нормального протекания многих метаболических процессов. Микроэлементы, постоянно входящие в состав организма человека и имеющие определенное значение для его жизнедеятельности, называют биогенными элементами [19, 20, 85, 89].

К биогенным элементам относят кислород, углерод, водород, натрий, кальций, фосфор, калий, серу, хлор, марганец, железо, цинк, медь, йод, фтор, молибден, кобальт, ванадий, селен. По значению для жизнедеятельности организма человека микроэлементы делятся на абсолютно необхо-

димые (железо, цинк, медь, йод, фтор, марганец, кобальт) и вероятно необходимые (алюминий, хром, молибден, селен). Большинство микроэлементов входит в состав ферментов, витаминов, гормонов, различных пигментов, содержащих железо (это, прежде всего, такие микроэлементы, как гемоглобин, миоглобин, гемосидерин, трансферрин). Физиологическая роль и биологическое действие микроэлементов представлены в табл. 2.

Таблица 2

Физиологическая роль и биологическое действие микроэлементов

Микро-элемент	Физиологическая роль и биологическое действие; роль в патологиях
Алюминий	Способствует развитию и регенерации эпителиальной, соединительной и костной тканей; воздействует на активность пищеварительных желез и ферментов
Бром	Участвует в регуляции деятельности нервной системы, воздействует на функцию половых желез и щитовидную железу; чрезмерное накопление в организме вызывает кожные заболевания (бромодерма) и угнетение центральной нервной системы
Железо	Участвует в дыхании, кроветворении, иммунобиологических и окислительно-восстановительных реакциях; при нарушении обмена развиваются железодефицитная анемия, гемосидероз и гемохроматоз
Йод	Необходим для функционирования щитовидной железы; недостаточное поступление провоцирует развитие эндемического зоба
Кобальт	Стимулирует процессы кроветворения; участвует в синтезе белков, в регуляции углеводного обмена
Марганец	Влияет на развитие скелета, участвует в реакциях иммунитета, кроветворении, тканевом дыхании; его недостаток вызывает истощение, задержку роста и развития скелета
Медь	Способствует росту и развитию, участвует в кроветворении, иммунных реакциях, тканевом дыхании
Молибден	Входит в состав ферментов, влияет на рост; избыток вызывает молибденоз
Фтор	Повышает устойчивость зубов к кариесу, стимулирует кроветворение и иммунитет, участвует в развитии скелета; избыток вызывает флюороз
Цинк	Участвует в процессе кроветворения, в деятельности желез внутренней секреции; при недостатке – задержка роста

Основным источником микроэлементов для человека служат пищевые продукты растительного и животного происхождения (табл. 3) [89].

Таблица 3

Основные пути поступления микроэлементов в организм человека, содержание их в пищевом рационе

Микроэлемент	Основные источники поступления	Содержание в пищевом рационе, мг
Алюминий	Хлебопродукты	20,00–100,00
Бром	Хлебопродукты, молоко, бобовые	0,40–1,00
Железо	Фасоль, гречневая крупа, печень, мясо, овощи, фрукты, хлебопродукты	15,00–40,00
Йод	Молоко, овощи, мясо, яйца, морепродукты	0,04–0,20
Кобальт	Молочные, хлебопродукты, овощи, говяжья печень, бобовые	0,01–0,10
Марганец	Хлебопродукты, овощи, печень, почки	4,00–36,00
Медь	Хлебопродукты, печень, фрукты, картофель, орехи, грибы, бобы сои, кофе, листья чая	2,00–10,00
Молибден	Хлебопродукты, бобовые, печень, почки	0,10–0,60
Фтор	Вода, овощи, молоко	0,40–1,80
Цинк	Хлебопродукты, мясо, овощи	6,00–30,00

Питьевая вода лишь на 1–10 % покрывает суточную потребность в таких микроэлементах, как цинк, медь, йод, марганец, молибден, кобальт, и лишь для отдельных микроэлементов (железо, хром) может служить основным источником поступления их в организм.

Вода. Суточная потребность человека в ней зависит от ряда факторов: метеорологических условий внешней среды; степени физического труда; характера пищи [19, 85, 89]. Потребность в воде возрастает при употреблении жирной, концентрированной, соленой и содержащей острые приправы пищи. В обычных условиях при легкой физической работе суточная потребность организма взрослого человека в среднем составляет 30–40 мл воды на 1 кг веса.

Питание учащихся. Полноценное, сбалансированное питание является важнейшим условием нормального функционирования человеческого организма в период роста и развития. На период с 7 до 18 лет, который

ребенок проводит в школе, приходится наиболее интенсивный соматический рост организма, сопровождающийся повышенными умственными и физическими нагрузками.

Факторами, определяющими соответствие питания принципам здорового образа жизни и гигиене питания, можно считать следующие [19, 85, 86, 94]:

- состав продуктов питания;
- качество продуктов питания;
- количество продуктов питания (на один прием пищи, в день, в месяц);
- режим питания;
- организация питания.

Организация питания в каждой возрастной группе школьников имеет свои особенности, учитывающие изменения, происходящие в детском организме на каждом этапе. Школьный период можно условно разделить на три возрастные группы: 7–11 лет, 11–14 лет, 14–18 лет. Недостаточное или несбалансированное питание в младшем школьном возрасте приводит к отставанию в физическом и психическом развитии, которое, по мнению специалистов, практически невозможно скорректировать в дальнейшем.

Для детей школьного возраста желательно распределять суточный рацион не менее чем на четыре приема пищи, причем не менее трех приемов пищи должно быть с горячими блюдами. Учитывая, что дома не все дети питаются в достаточном количестве и правильно, школа должна по возможности компенсировать этот пробел (табл. 4).

Таблица 4

Типовой режим питания школьников

Прием пищи	Время приема
Завтрак (дома)	7.30 – 8.00 (8.00 – 8.30)
Второй завтрак (в школе)	10.30 – 11.00 (11.00 – 11.30)
Обед (в школе или дома)	13.30 – 14.00 (14.00 – 14.30)
Полдник (в школе или дома)	16.00 – 16.30 (16.30 – 17.00)
Ужин (дома)	19.00 – 19.30 (19.30 – 20.00)

В образовательных организациях должно быть организовано двухразовое горячее питание для детей групп продленного дня и горячие завтраки для остальных детей, но при возможности, желательно, чтобы все дети получали в школе двухразовое горячее питание.

Питание может быть организовано в столовой, работающей на сырье или полуфабрикатах, а также в буфете раздаточной. При входе в столовую должны быть установлены умывальники из расчета 1 кран на 20 посадочных мест, с подводкой горячей и холодной воды и устройством смесителей. Раковины должны быть обеспечены мылом, электрополотенцами, бумажными рулонными полотенцами или индивидуальными салфетками.

Питание детей осуществляется в соответствии с рекомендуемыми 7- и 10-дневными меню. Подсчет ингредиентов и калорийности пищи должен проводиться медицинской сестрой 1 раз в месяц по накопительной бухгалтерской ведомости. Готовые первые и вторые блюда могут находиться на мармите или горячей плите не более 3 ч.

В организации питания большое значение имеют не только режим питания для каждой возрастной группы, но и правильное распределение рациона питания по отдельным приемам пищи, а также создание оптимальных условий приема пищи. Рекомендуемый состав питания описан в многочисленных инструкциях и руководствах. В детском возрасте соотношение белков, жиров и углеводов должно быть 1:1:3 в младшем и 1:1:4 в старшем возрасте. Удельный вес животного белка в рационах детей должен быть достаточно высок: в школьном возрасте – 60 % от общего (суточного) количества белка. Эксперименты с вегетарианской диетой для школьников неприменимы. Наиболее благоприятное соотношение кальция и фосфора для детей старше 4 лет 1:1,2 или 1:1,5.

Отклонение от положенной нормы для витаминизированных готовых блюд или продуктов массового потребления не должно превышать 20 %.

Правильность распределения рациона по отдельным приемам пищи определяется по калорийности. При этом в процентах выражают отношение калорийности отдельного приема пищи (завтрак, обед и т. д.) к общей калорийности всего рациона, принимаемой за 100 %. Первый завтрак должен составлять 25 % всего рациона, обед – 35–40 %, полдник – 10–15 % и ужин – 20–25 %.

Питание детей подросткового возраста имеет свои особенности [19, 85, 86, 94]. В средней школе начинается половое созревание, которому предшествует предпубертатный скачок роста. С началом полового созревания потребность в некоторых веществах у мальчиков и юношей выше по сравнению с девушками. При организации рациона питания обучающихся, воспитанников средней школы необходимо учитывать физические и физи-

ологические изменения, которые происходят в подростковом возрасте. Достаточное поступление белков, необходимых для формирования новых структурных компонентов организма, приобретает особое значение. Именно поэтому недостаток или даже полное исключение из рациона питания белковой пищи (что происходит в том случае, когда подростки, желая следовать модным стандартам, используют различные диеты) не только отражается на самочувствии, но может привести к нарушению естественного хода развития. Важное значение имеет и присутствие в рационе питания продуктов – источников кальция, необходимого для нормального роста и развития костной ткани. Недостаток кальция приводит к заболеваниям опорно-двигательного аппарата: сколиозу и нарушению осанки. Естественным источником кальция являются молоко и кисломолочные продукты. В связи с увеличением объема крови и мышечной массы значительно увеличивается потребность организма подростков в железе (железосодержащие продукты – мясо, гречка, гранаты и т. д.). Нарушение питания в этот период может стать причиной хронических заболеваний и задержек в развитии. Алиментарно-зависимые болезни, которые зависят от питания человека, – анемия, болезни органов пищеварения, желчного пузыря и желчевыводящих путей, поджелудочной железы, эндокринной системы (тиреотоксикоз (гипотиреоз)), расстройства питания, нарушения обмена веществ (ожирение). Анализ и обобщение данных о заболеваемости может осуществлять школьный врач совместно с участковыми врачами поликлиник, в которые обращаются обучающиеся, воспитанники школ.

В табл. 5 представлены рекомендуемые физиологами среднесуточные наборы пищевых продуктов для обучающихся, воспитанников общеобразовательных организаций.

При организации питания старшеклассников нужно учитывать значительный рост энергетических потребностей организма, связанный с увеличением интеллектуальных, эмоциональных и физических нагрузок. Важно отметить, что расход энергии в сутки у юношей и девушек выше, чем у взрослых мужчин и женщин (разница составляет около 15 %). Большинство привычек к старшим классам уже сформировано. По данным исследований последних лет, каждый шестой житель планеты имеет избыточный вес. В настоящее время достоверно доказано, что избыточный вес появляется в первую очередь благодаря образу жизни, т. е. зависит не столько от генов, сколько от возможности реализовать заложенную про-

грамму. Противоположная опасность – увлечение диетами, что характерно для девушек. А для юношей – увлечение анаболиками, способствующими неестественному увеличению мышечной массы. Снабжение организма необходимыми веществами возможно только при разнообразном питании, основу рациона должны составлять привычные продукты.

Таблица 5

Рекомендуемые среднесуточные наборы пищевых продуктов для обучающихся, воспитанников общеобразовательных организаций

Наименование продуктов	Количество продуктов в зависимости от возраста обучающихся, воспитанников			
	в г, мл, брутто		в г, мл, нетто	
	7–10 лет	11–18 лет	7–10 лет	11–18 лет
1	2	3	4	5
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный)	80	120	80	120
Хлеб пшеничный	150	200	150	200
Мука пшеничная	15	20	15	20
Крупы, бобовые	45	50	45	50
Макаронные изделия	15	20	15	20
Картофель	220*	220*	165	165
Овощи свежие, зелень	350	400	280**	320**
Фрукты (плоды) свежие	200	200	185**	185**
Фрукты сухие, в том числе шиповник	15	20	15	20
Соки плодоовощные, напитки витаминизированные	200	200	200	200
Мясо 1-й категории	65,0 (80,0)	71,5 (88,0)	59,0	65,0
Цыплята (куры) 1-й категории	32 (41)	45 (58)	28	40
Рыба (филе)	42,0	60,0	39,5	56,0
Колбасные изделия	10,0	15,0	9,8	14,7
Молоко (2,5 и 3,2 % жирности)	300	300	300	300
Кисломолочные продукты (2,5 и 3,2 % жирности)	150	180	150	180
Творог (не более 9 % жирности)	40	50	40	50
Сыр	8	12	7,5	11,8
Сметана (не более 15 % жирности)	10	10	10	10
Масло сливочное	30	35	30	35
Масло растительное	15	18	15	18
Яйцо диетическое	0,6 шт.	0,6 шт.	–	–

Окончание табл. 5

1	2	3	4	5
Сахар ^{***}	40	45	40	45
Кондитерские изделия	10	15	10	15
Чай	0,4	0,4	0,4	0,4
Какао	1,2	1,2	1,2	1,2
Дрожжи хлебопекарные	1	2	1	2
Соль	5	7	5	7

* Масса брутто приводится для нормы отходов 25 %.

** Масса нетто является средней величиной, которая может меняться в зависимости от исходного вида овощей и фруктов и сезона года. При формировании меню целесообразно обеспечивать выполнение натуральных норм питания в соответствии с данными нетто.

*** В том числе для приготовления блюд и напитков; в случае использования продуктов промышленного выпуска, содержащих сахар (сгущенное молоко, кисели и др.), выдача сахара должна быть уменьшена в зависимости от его содержания в используемом готовом продукте.

Продукты с особыми свойствами в рационе питания старшеклассников. В рационе питания современного человека появилось множество новых продуктов и блюд, приготовленных с использованием специальных технологий и обладающих особыми специфическими свойствами – обогащенные продукты, продукты быстрого приготовления, фаст-фуд. Перед тем как включить эти продукты в свой рацион, необходимо составить четкое представление об их предназначении.

Обогащенные продукты. Необходимость их появления обусловлена изменившимися условиями жизни человека (экологическими, социальными): традиционный рацион уже не всегда способен обеспечить потребность организма в питательных веществах. Сегодня среди самых распространенных дефицитов – дефицит железа, йода, витамина А, Е, С, кальция. Несбалансированное питание, в свою очередь, может пагубно влиять на здоровье человека даже при незначительном или умеренном дисбалансе. В этой ситуации обогащение пищи и напитков витаминами представляет собой наиболее экономически выгодное и эффективное решение. Оно позволяет снабжать питательными веществами большое количество людей, не принуждая их к радикальному изменению пищевых привычек. При разработке и внедрении обогащенных продуктов учитывается следующее:

- для обогащения используются только те ингредиенты, дефицит которых реально имеет место, достаточно широко распространен и безопасен для здоровья;

- для обогащения используются продукты массового потребления и регулярно используемые в повседневном питании – мука и хлебобулочные изделия, молоко и кисломолочные продукты, соль, сахар, напитки, продукты детского питания;

- при обогащении пищевых продуктов витаминами и минеральными веществами необходимо учитывать возможность химического взаимодействия обогащающих добавок между собой;

- содержание витаминов и минеральных веществ в обогащенном ими продукте питания должно быть достаточным для удовлетворения 30–50 % суточной потребности в этих ингредиентах при обычной норме употребления обогащенного продукта;

- содержание витаминов и минеральных веществ в обогащаемых ими продуктах должно быть указано на индивидуальной упаковке этого продукта и строго контролироваться как производителем, так и органами государственного надзора.

Продукты быстрого приготовления. Продуктами быстрого приготовления называются изделия, приготовленные с помощью дегидратации и сублимации, имеющие длительный срок хранения и сохраняющие при этом вкусовые качества.

Дегидратация заключается в выпаривании воды при температуре 100–120 °С из продукта.

Сублимация заключается в удалении в вакууме влаги из быстрозамороженных блюд. С помощью сублимации в продуктах быстрого приготовления сохраняются все витамины, микроэлементы, не только аромат, но и натуральный вкус. Такое производство обходится очень дорого и используется довольно редко. Продукты быстрого приготовления помогают в ситуации, когда нет возможности приготовить «нормальный» обед, организовать питание. Однако следует понимать, что при выпаривании воды из продукта в нем разрушается клеточная структура, а количество витаминов уменьшается в четыре раза. При производстве продуктов быстрого приготовления обычно в больших количествах используются разнообразные добавки, соль, специи и т. д. Поэтому часто использовать такого рода продукты нельзя.

Фаст-фуд – блюда быстрого приготовления, обычно предлагаемые специализированными заведениями. Термином «фаст-фуд» обозначают пищу, которую можно быстро приготовить, а клиенту – удобно и быстро съесть. Продукты и блюда фаст-фуда обычно имеют высокую калорийность (че-

ловец идет в заведение фаст-фуда, чтобы быстро наесться; это значит, что он должен утолить голод наименьшим количеством блюд; следовательно, нужно увеличить их энергетическую ценность). При приготовлении таких блюд используется повышенное количество сахара, соли, специй, добавок – усилителей вкуса. Все это при систематическом использовании наносит существенный вред здоровью.

Таким образом, основываясь на научных знаниях в области питания, можно создать для человека адекватную диету, которая будет полностью удовлетворять потребности организма в энергии, питательных веществах (особенно незаменимых) на каждый момент его жизнедеятельности с учетом уровня умственных и физических нагрузок.

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

1. Что входит в понятие «рациональное питание»?
2. Каковы основные гигиенические требования к пище? Объясните их сущность.
3. Каковы физиологическая роль, гигиеническое значение и нормы потребления белков, жиров, углеводов, минеральных веществ и витаминов?
4. Каковы особенности построения рационального питания у школьников?

Задание. Составьте примерное недельное меню для обучающегося школы/студента вуза.

2.4. Информационная безопасность и медиакультура

Современное общество по праву считается информационным, поэтому еще в Концепции модернизации российского образования до 2010 г. освоение информационных ресурсов декларировалось как одна из задач образования, а умение работать с информацией – как одна из составляющих стандарта образования. Предполагалось разработать и осуществить меры активизации роли средств массовой информации в формировании культуры, воспитании гражданских качеств [46, 51, 52].

Следуя этим ориентирам, школа фактически должна была включить в образовательный процесс помимо традиционных источников информации (учебных и справочных изданий, художественной литературы) широкий спектр медиаисточников [46, 51, 52, 55].

Под *медиа* понимают совокупность средств аудио-, теле- и визуальной коммуникации.

Современный человек живет в *медиапространстве*, которое понимают как окружающие человека информационные потоки, рожденные событиями и псевдособытиями массовой коммуникации. В Государственной программе Российской Федерации «Информационное общество (2011–2020)» декларируется, что информационное пространство (информационная среда, в частности, создаваемая средствами массовой информации) должно решать задачи поощрения интереса к чтению и культурным традициям, удовлетворять потребности в нравственных ценностях, предупреждать угрозы, возникающие в информационном обществе, в том числе не допускать распространения запрещенной и противоречащей приоритетам развития России информации.

Возникшая на рубеже 1960–70-х гг. *медиакультура* определяется как совокупность материальных и интеллектуальных ценностей в области медиа, а также как исторически определенная система их воспроизводства и функционирования в социуме. Медиакультура создается в процессе массовой коммуникации.

Информационная культура основывается на *информационной грамотности* – умении считывать, анализировать и синтезировать информацию; способности использовать компьютерную и медиатехнику; знании основ информатики, информационных технологий [38, 46, 52].

Президент Ассоциации кинообразования и медиапедагогике России профессор А. В. Федоров предлагает рассматривать следующие показатели информационной грамотности:

- 1) мотивационный (мотивы контакта с информацией: жанровые, тематические, эмоциональные, гносеологические, гедонистические, психологические, моральные, интеллектуальные, эстетические, терапевтические и др.);
- 2) контактный (частота общения/контакта с информацией);
- 3) когнитивный (знание терминологии, теории информации и особенностей процессов массовой коммуникации);
- 4) перцептивный (способность к восприятию информации);
- 5) интерпретационный/оценочный (умение интерпретировать, анализировать информацию на основе определенного уровня восприятия; критическая автономия);
- 6) практико-операционный (умение создавать/распространять информацию);

7) креативный (наличие творческого начала в различных видах деятельности – перцептивной, игровой, художественной, исследовательской и др., связанной с информацией).

Наряду с информационной рассматривается также *медиаграмотность* – способность к восприятию, созданию, анализу, оценке медиатекстов, к пониманию социокультурного и политического контекста функционирования медиа в современном мире.

Медиаграмотность – качество приобретаемое, а не врожденное. И помочь ребенку адаптироваться к новой культурно-информационной среде, эффективно использовать положительный потенциал медиа, сформировать механизмы информационной защиты от их негативного влияния должны, во-первых, родители, а во-вторых, педагоги.

Критериями медиаграмотности, по мнению Т. Н. Леван, являются [52]:

- самостоятельность и критичность суждений о полученной из медиа информации;
- умение различать субъективное и объективное, эстетически и этически приемлемое и неприемлемое;
- способность устанавливать характер информации (рекламный, констатирующий, убеждающий, манипулирующий), узнавать приемы воздействия на аудиторию;
- навык оценивания целей и выгод автора (заказчика) медиасообщения.

Медиаграмотность может формироваться при благоприятных условиях и стихийно, но целесообразно вести специальную работу в этой области. Такая педагогическая деятельность называется *медиаобразованием* [46, 52]. Именно медиаобразование позволяет человеку научиться соотносить то, к чему призывают и что демонстрируют средства массовой информации, со своей системой взглядов, персональными интересами, морально-этическими нормами, чтобы не нанести вред своему физическому и эмоционально-психологическому благополучию, т. е. своему здоровью.

Медиаобразование рассматривает три круга вопросов:

- вопросы грамотности (визуальная грамотность, медиаграмотность);
- оценочные вопросы (формирование критического мышления, которое призвано играть роль информационной защиты от бескультурья);
- коммуникативные вопросы (освоение разнообразных процессов социального взаимодействия и передачи смысла, изучение механизмов собственно коммуникации, чтение скрытых смыслов с целью развития у обучающихся способности к общению).

Методы, приемлемые для медиаобразования, можно условно разделить на следующие группы:

- словесные (рассказ, лекция, беседа, обсуждение, анализ, дискуссия и т. д.);
- наглядные (просмотр аудиовизуального материала);
- репродуктивные (самостоятельное создание медиатекстов на заданную тему, создание антирекламы и т. п.);
- интерактивные (мозговой штурм, кооперативное обучение, рефлексивные виды деятельности, тренинг и т. д.);
- проблемно-исследовательские (проектная деятельность, социологический опрос как метод обучения, метод критических вопросов и т. п.);
- эвристические (взаимообогащающий диалог, эвристическая беседа и др.);
- игровые (моделирование художественно-творческой деятельности создателей медиатекста; импровизация, деловая игра, конкурс, турнир, КВН и т. д.).

Этот перечень далеко не полон и открыт для новых разработок.

Рассмотрим *понятие информационной безопасности личности и роль государственной политики в обеспечении информационной безопасности детей* [37, 38, 46].

По мере перехода человечества от индустриальной цивилизации к цивилизации информационной работа с информацией становится все более важной частью нашей жизнедеятельности. Она необходима для успешного функционирования всех общественных и государственных институтов, адекватного поведения каждого человека. Без постоянного обмена информацией с окружающим миром невозможна эффективная жизнедеятельность людей и организаций, общества и государства. Особое значение для человека имеет *социальная информация* – как наиболее массовое средство общения и воздействия.

Процессы движения социальной информации и возможности ее влияния на людей можно использовать как в прогрессивных целях, так и для корыстного давления одного государства (партии, социальной группы, личности и т. д.) на другое.

В проекте *Конвенции ООН «Об обеспечении международной информационной безопасности»* информационная безопасность определяется как состояние защищенности интересов личности, общества и государства

от угроз деструктивных и иных негативных воздействий в информационном пространстве [37].

Информационно-психологическая безопасность – состояние защищенности индивидуальной, групповой и общественной психики от воздействия негативных информационных факторов, угрожающих деформации общественного и индивидуального сознания и поведения.

Применительно к конкретному человеку информационно-психологическая безопасность – это состояние защищенности его жизнедеятельности, обеспечивающее целостность данного субъекта, возможность позитивного развития в окружающей социальной среде.

Происходящие в данной сфере противостояния можно рассматривать как *информационное противоборство* с применением информационного оружия [37, 38].

Информационно-психологическое оружие обращено, прежде всего, к сознанию человека и уже через него воздействует на убеждения, мотивы и потребности, нравственные установки, отношение к тому, что происходит в обществе. В качестве такого оружия могут использоваться все средства массовой информации, Интернет, публичные выступления, беседы, внушение, заболевание, гипноз и т. п.

Наибольшему воздействию такого оружия подвержены дети и молодежь. В связи с быстрым развитием компьютерных технологий, резким увеличением информационных потоков и низким уровнем информационной культуры населения значительно расширились масштабы угроз неосознаваемого воздействия на личность. Использование в информационно-коммуникативных процессах манипулятивного воздействия на различные категории граждан России достигло таких масштабов, что может представлять угрозу жизнеспособности и психическому здоровью человека и, как следствие, национальным интересам общества в целом.

В феврале 2008 г. указом Президента РФ утверждена *Стратегия развития информационного общества в Российской Федерации (на период до 2015 г.)*, одним из направлений деятельности в которой заявлено противодействие использованию потенциала информационных и телекоммуникационных технологий в целях ущемления национальных интересов России.

Начато формирование правового обеспечения информационной безопасности (ИБ) детей и молодежи. 29 декабря 2010 г. принят Федеральный закон «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью

и развитию» (вступил в силу 1 сентября 2012 г.). Закон устанавливает правовые механизмы защиты детей от информации, причиняющей вред их физическому, психическому и духовному развитию. Закон направлен на защиту детей от разрушительного, травмирующего их психику информационного воздействия, а также от информации, способной развить в ребенке порочные наклонности. Он вводит запрет на *информацию, вызывающую у детей страх, ужас и панику, а также оправдывающую насилие и противоправное поведение*. Недопустимо бесконтрольно распространять *информацию, способную вызвать у детей желание употреблять наркотики, алкоголь или побуждающую к причинению вреда своей жизни и здоровью*.

Закон вводит единые нормы для СМИ, книг, аудиовизуальной продукции, компьютерных программ и баз данных, затрагивает Интернет и мобильный контент. Согласно статистике, именно российские дети больше всех страдают от психологического давления в Интернете. Новая классификация информационных и развлекательных продуктов должна оградить детскую психику от травмирующего опыта.

Закон делит несовершеннолетних на возрастные группы: до 6 лет, от 6 до 12 лет, от 12 до 16 лет, старше 16 лет. Также документ запрещает показ опасных для психики ребенка программ с 4 до 23 ч по местному времени. С 1 сентября 2012 г. все интернет-кафе и клубы обязаны использовать программно-аппаратные средства блокировки опасной информации. Журналы же с «плохими картинками» можно продавать только в запечатанных упаковках. Закон, разумеется, не преследует цели оградить детей от проблем и сложностей современной жизни и создать иллюзию, что в мире не существует зла, насилия, смерти. Но доносить до детей такого рода информацию необходимо тогда, когда они способны ее понять и принять, и в такой соответствующей их возрасту деликатной форме, чтобы эта информация не причинила вреда их психическому здоровью. Например, даже маленьким детям можно рассказывать о насилии, но выражая при этом сострадание к жертве и при условии, что в итоге добро обязательно побеждает зло.

Согласно Закону, оценивать, способна ли та или иная информационная продукция причинить вред здоровью и развитию детей, должны эксперты, имеющие высшее профессиональное образование и обладающие специальными знаниями в области педагогики, возрастной психологии, возрастной физиологии и детской психиатрии.

В таких средствах массовой информации, как телевидение, радио и печатная продукция, размещение информационных знаков можно проконтролировать. С информацией, размещенной в телекоммуникационных сетях, дело обстоит значительно хуже. Массовое бесконтрольное размещение информации в Интернете невозможно проконтролировать. Крайне сложно и оценить вред, который эта информация может нанести здоровью и развитию детей. В настоящее время практически любой человек может выложить в Интернете текстовую, аудио- или видеoinформацию. Участились случаи размещения в сети видеосъемок, сделанных школьниками на мобильные телефоны, и фотографий откровенно жестокого, циничного и аморального характера.

К сожалению, в соответствии с положениями Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» (ст. 3, 7, 8), провайдеры не имеют права ограничивать общий доступ к информационным ресурсам, если эти ресурсы не входят в федеральный список экстремистских материалов в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 г. № 114-ФЗ «О противодействии экстремистской деятельности». 1 июня 2012 г. указом Президента утверждена *Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012–2017 гг.* В документе в числе основных проблем в сфере детства отмечено нарастание новых рисков, связанных с распространением информации, представляющей опасность для детей.

Также в Стратегии говорится о необходимости формирования новой общественно-государственной системы воспитания детей, обеспечивающей их социализацию, высокий уровень *гражданственности, патриотичности, толерантности, законопослушное поведение.*

В Стратегии определены *меры, направленные на обеспечение информационной безопасности детства:*

- создание и внедрение программ обучения детей и подростков правилам безопасного поведения в интернет-пространстве, профилактики интернет-зависимости, предупреждения рисков вовлечения в противоправную деятельность, порнографию, участие во флешмобах;
- создание правовых механизмов блокирования информационных каналов проникновения через источники массовой информации в детско-подростковую среду элементов криминальной психологии, культа насилия, других откровенных антиобщественных тенденций и соответствующей им атрибутики;

- внедрение системы мониторинговых исследований по вопросам обеспечения безопасности образовательной среды образовательных учреждений, а также по вопросам научно-методического и нормативно-правового обеспечения соблюдения санитарно-гигиенических требований к использованию информационно-компьютерных средств в образовании детей;
- создание общественных механизмов экспертизы интернет-контента для детей;
- создание порталов и сайтов, аккумулирующих сведения о лучших ресурсах для детей и родителей; стимулирование родителей к использованию услуги «Родительский контроль», позволяющей устанавливать ограничение доступа к сети Интернет.

Рассмотрим сущность *манипуляции сознанием и поведением людей* [37, 38, 46, 55].

Вступление человечества к концу XX в. в информационную стадию развития существенно расширило реальные возможности получения нужных результатов в деле управления индивидуальной психикой и, особенно, психологией больших масс людей. В работу по программированию психики включились новые науки (кибернетика, информатика, генетика) и технологии (электронные СМИ, глобальные информационные сети и, в первую очередь, Интернет как «мировая паутина» – для человека в буквальном смысле), установки которых неновы: сделать поведение людей более стабильным, неконфликтным, хорошо поддающимся контролю и управлению. Переход к глобальному обществу позволил придать информационно-психологическому воздействию и использованию психологических манипуляций всеобщий характер.

С младенчества и до самой смерти мы подвергаемся разным типам психологического воздействия. Этот процесс принято называть социальным программированием, или *социализацией*, социальной адаптацией. Цель же любого социального программирования – создать послушный человеческий экземпляр, которым легко управлять, который будет убежден, что действует по собственной воле и все мысли принадлежат ему самому. Именно такой тип манипуляции человеческим сознанием заложен в современной системе воспитания и обучения, деятельности различных коллективов, фирм, общественных организаций и государственных образований в целом.

Процесс социализации (социального программирования) начинается с детства: с рождения ребенка наставляют, «вводят в рамки», призывают

к повиновению, жестко контролируют, наказывают, требуют: «ты должен», «ты обязан». Даже столь уважаемое нынче знание оказывается в этом процессе обоюдоострым оружием. С одной стороны, оно помогает человеку приспособиться к определенному виду деятельности и образу жизни; с другой – делает его привязанным к этому знанию и даже подчиненным ему. В конечном счете, не столько человек овладевает знанием, сколько знание овладевает человеком. Хорошо воспитанный и обученный ребенок – это уже социально управляемый индивид. Дальше с ним работать намного проще, он прошел первый и самый важный этап в деле снижения уровня внушаемости. Так что подготовку к будущим манипуляциям проводят сами родители, заинтересованные в благополучии своего чада. Такого рода манипулирование не связано с неблагоприятными целями. Более того, оно исходит из добрых побуждений. Однако, помогая ребенку адаптироваться к условиям жизни, родители и учителя, не желая того, одновременно снижают уровень его внушаемости, делают более подверженным любой манипуляции в будущем.

Манипуляция сознанием начинается и проявляется в обычных, на первый взгляд, жизненных ситуациях. И особенно эффективно она осуществляется в детстве и подростковом возрасте, на фоне формирования человеческой психики и ее высокой пластичности.

Рассмотрим наиболее типичные приемы, которые используются для медийной манипуляции [37, 38, 46, 55].

1. *Свидетельство «звезды» или «авторитета».* Если какая-либо известная личность заявляет, что он (она) думает определенным образом, то большинство предпочитает поверить этому мнению.

2. *«Все как один!»* (в психологии этот прием получил название «социальное доказательство»). Человек не захочет оставаться в стороне, будет стремиться приобщиться к тому, что знает или делает большинство. Известная демонстрация этого приема: в толпе один человек поднимает голову (якобы что-то увидел наверху), и многие следуют его примеру, даже не задумываясь. В СМИ обычно используются определенные речевые формулы, например, «...заставляет думать, что все так поступают» или «все пользуются этим».

3. *«Обычный человек».* Этот прием особенно широко используется в рекламе: изображен рядовой человек, рекомендующий товар, и потенциальный покупатель ассоциирует себя с ним.

4. *«Радость жизни»*. Еще один прием рекламной коммуникации. В рекламе показаны счастливые люди, пользующиеся рекламируемой продукцией. Предполагается, что если вы будете пользоваться той же продукцией, то у вас тоже наступят хорошие времена и вы будете счастливы.

5. *«Залог успеха»*. Это также типичный рекламный прием. Реклама, которая изображает людей, добивающихся успеха (у противоположного пола, в работе, в обретении друзей) с помощью рекламируемого товара, заставляет покупателя думать, что и он может добиться успеха. (В противоположность этому в новостях и сериалах часто изображают «неудачников», чтобы привлечь зрителей, думающих «а у меня лучше», «хорошо, что я не такой».)

6. *Подтасовка*. В рекламе дается односторонняя характеристика товара, освещаются только его достоинства. (В новостях этот прием также используется – чтобы придать событию большую сенсационность.)

7. *Статистика*. Зрителя (слушателя) обычно впечатляют цифры, так как точной и объективной информации люди склонны доверять. Однако даже при указании источника эти данные часто бывают очень субъективны или изъяты из контекста.

8. *Перенос*. Симпатичные и хорошо одетые мужчина или женщина продают товар или рассказывают о каком-то событии. Зритель ассоциирует продукт (событие) с привлекательным образом человека, и это наталкивает его на мысль, что он станет таким же, если приобщится к рекламируемому предмету.

9. *Юмор*. Люди склонны помнить смешное. Этот прием активно используется в рекламе.

10. *Воздействие на органы чувств*. Звуки, яркие краски создают иллюзию того, что ты можешь попробовать, потрогать то, о чем рассказывают медиа. При словесном описании также используют известный в нейролингвистическом программировании прием «подстраивания» под адресата, который заключается в использовании лексики, специально подобранной под ведущую систему восприятия «собеседника».

Большинство взрослых воспринимают информацию преимущественно визуально, гораздо меньше – с помощью слухового канала, совсем немного – кинестетически, т. е. через ощущения (вкусовые, тактильные). Дети же, напротив, более склонны (особенно в дошкольном возрасте) к кинестетическому восприятию. Таким образом, чтобы «собеседник» лучше

понял медиасообщение, используются словесные формулы соответствующих репрезентативных систем (преобладающих каналов восприятия). Например, для визуала – «яркое событие», «ослепительный блеск», «как мы видим, ...»; для аудиала – «взрыв эмоций», «оглушительный провал», «как вы уже слышали, ...»; для кинестетика – «сочные подробности», «убойный довод», «все прошло гладко».

11. *Словесный блеск, изобилие оценочных слов.* Часто рекламное объявление изобилует словами «лучший», «великолепный», «удивительный» и т. п., хотя существует законодательное ограничение на такое словесное использование, когда факт превосходства не доказан.

12. *«Забота об общем благе».* Сообщения подаются под «соусом» «все для вашего блага». В рекламе эффект часто основан на мнимой озабоченности существующими социальными и экологическими проблемами.

13. *Мнение вместо факта.* Утверждение, в котором мнение представлено как факт.

В деле манипуляции населением и особенно подрастающим поколением появился лидер, не известный прошлым столетиям: средства массовой информации. Они уже сегодня способны добиваться от людей нужного мировосприятия, закладывая в них требуемые стереотипы поведения, прогнозировать и программировать их желания, формировать реальное единомыслие в стране и мире. Зачастую в СМИ процветают девальвация духовных ценностей, пропаганда образцов массовой культуры, основанных на культе насилия, на духовных и нравственных ценностях, противоречащих ценностям, принятым в обществе. Интернет-пространство, кроме того, является той площадкой, где культивируются чуждые нормальному человеку ценности: террор, национальная и расовая неприязнь, разжигающие религиозные конфликты, экстремизм.

Чтобы, по возможности, избежать «зомбирования» в эти решающие для выработки жизненного стиля годы, подростку необходимо научиться видеть основные признаки «внушенного» извне поведения и уметь оценивать по ним свои действия. Вот некоторые признаки того, что молодой человек уже зомбирован или находится на пути к состоянию *«социального зомби»*:

- круг его основных интересов узок, неоригинален, почти полностью подобен общепринятым в данной среде шаблонам;
- готов бездумно повторять в кругу друзей как «последнюю истину» то, что услышал вчера в телепередаче или прочитал на рекламном щите;

- бежит в магазин после просмотра рекламы, живет от сериала до сериала, от одного телешоу до другого, не представляет свое времяпровождение без телевизора;

- защищая свое мнение, готов в любой дискуссии лгать, изворачиваться, извращать факты или, напротив, бездумно, не приводя аргументов, при первых возражениях оппонентов отказаться от собственного утверждения;

- потерял чувство любви к своим близким, способность получать наслаждение от общения с природой, искусством, людьми, присутствует желание, например, сутками сидеть у компьютера;

- в суждениях и убеждениях много фанатизма и нетерпимости к другим мнениям, растет желание активно участвовать в деятельности объединений «фанатов» того или иного толка.

Учащимся необходимо вновь и вновь показывать, что манипуляция их сознанием осуществляется не только и не столько через реализацию глобальных проектов, применение научных методов и современных технических средств, перед которыми человек может быть незащищен. В значительно большей степени она оказывается результатом того, что происходит с ними ежедневно, и что большинство не оценивает как манипуляцию.

Для повседневной защиты от постепенного превращения в зомбированное существо учащимся нужно знать цели, методы и средства современного манипулирования сознанием людей и уметь контролировать степень своей зависимости от внешних воздействий (например, по указанным выше признакам) каждый день и в каждой из жизненных ситуаций. Освобождению сознания от однобокой информационной зависимости, его раскрепощению могут способствовать приобщенность и любовь к искусству, природе, а также творческое отношение к жизни.

Рассмотрим *информационные угрозы Интернета и компьютерных игр* [37, 38, 46, 55]. Сегодня интернет-пространство не только предоставляет свободу доступа к информации, но и является той площадкой, где культивируются чуждые нормальному человеку ценности. Интернет почти неподконтролен цензуре. И с этим связаны не только его позитивные возможности, но и проблемы. Он расширяет свободу человека, дает ему возможность получить недоступную по другим каналам информацию и открыто высказать свое мнение в условиях, когда это невозможно сделать через газету, радио, телевидение. Но подобная бесконтрольность одновре-

менно позволяет в самой циничной форме распространять электронную порнографию, фашистские или сектантские идеи, в том числе открыто сатанинской направленности. На бескрайних просторах всемирной Сети нашли плодородную почву ресурсы, открыто пропагандирующие террор, национальную и расовую неприязнь, разжигающие религиозные конфликты, экстремизм. Сегодня далеко не редкость появление сайтов, пропагандирующих ксенофобию, ненависть ко всем «цветным» и предлагающих набор рекомендаций по тому, где и как нужно расправляться с инородцами; или содержащих материалы слежки и прослушивания разговоров видных политиков, бизнесменов, деятелей культуры. В Интернете существуют клубы самоубийц, клубы наркоманов, клубы, обучающие начинающих террористов. В таких клубах можно заказать собственную смерть, купить пару шашек динамита, обучиться правильно подбирать наркотики.

Рассмотрим существующие *опасности социальных сетей в Интернете* [37, 38, 46, 55]. Социальная сеть (в Интернете) – интерактивный многопользовательский веб-сайт, контент которого наполняется самими участниками сети. Сайт представляет собой автоматизированную социальную среду, позволяющую общаться группе пользователей, объединенных общим интересом.

С каждым днем пользователей социальных сетей становится все больше. Здесь люди находят своих родных, друзей, знакомых; впрочем, здесь же обычно и заканчивается «живое» общение. Психологи отмечают, что социальные сети становятся неизлечимой зависимостью, люди перестают общаться в реальности, превращаясь в зомби.

Социальные сети несут в себе опасности, в особенности это касается молодежи, которой свойственны наивность, общительность, непредусмотрительность и неразборчивость в связях.

Мало что понимающий в жизни подросток, оказавшись в социальной сети, принимает на себя и подвергает своих близких множеству рисков: очевидная угроза для нравственных ценностей, угроза физической безопасности, разнообразные риски вторжения в частную жизнь, многочисленные информационные угрозы.

Остановимся на рассмотрении опасностей, которые несут в себе социальные сети [37, 46].

1. Одна из ключевых проблем – *открытость учетных записей*. В частности, по различным оценкам, порядка 500 млн пользователей социальных

сетей по всему миру держат свою частную информацию в открытом доступе. Люди не понимают, что, становясь пользователями социальной сети, публикуют много личной информации о себе, по которой их можно выследить, узнать место жительства, учебы или работы, и использовать эту информацию во вред.

2. В социальных сетях хранится много *экстремистской информации*, а также призывы к разжиганию национальной ненависти.

3. В социальных сетях получило распространение такое явление, как «*кибербуллинг*» («буллинг» от англ. *bully* – задирать, запугивать), когда на личной странице пользователя размещается информация (фото, видео, текстовые сообщения), оскорбляющая и унижающая его в глазах других пользователей. По оценкам специалистов, каждого четвертого ребенка в возрасте от 6 до 15 лет оскорбляют в Сети.

У кибербуллинга есть некоторые особенности, которые делают его последствия очень серьезными. Кибербуллинг воздействует на жертву семь дней в неделю, 24 часа в сутки, не оставляя пространства и времени, в котором человек мог бы чувствовать себя защищенным. Атака при кибербуллинге может быть очень болезненной и внезапной. Так как электронные сообщения очень сложно контролировать и фильтровать, жертва получает их неожиданно, что приводит к сильному психологическому воздействию. Личность людей, применяющих кибербуллинг, остается анонимной. Ребенок не знает, кто преследует его, и склонен преувеличивать опасность. Анонимность преследователей делает воздействие запугивания особенно сильным. Такой вид насилия не менее чем физический травмирует психику детей, поскольку свою виртуальную жизнь они приравнивают к реальной, а то и придают ей большее значение. Опасно это еще и с той точки зрения, что половина жертв буллинга сами становятся буллерами, чтобы отомстить за свое унижение в прошлом.

4. В социальных сетях можно столкнуться с *ложной информацией «медицинского» характера*: диагнозы, методы лечения, лекарства, рецепты, диеты и пр., носящей обывательский характер и представляющей серьезную опасность для здоровья и даже жизни людей.

5. В социальных сетях достаточно *материалов (фото, видео) порнографического характера*, в том числе распространяющихся как спам (массовая нежелательная рассылка). При этом средний возраст пользователей сетей 18–30 лет, а самым младшим посетителям еще не исполнилось и 10 лет. Такие материалы могут сильно повлиять на их психику.

Известно также, что социальные сети часто используются педофилами для поиска жертв и распространения порнографических материалов.

С целью предупреждения преступлений против детей, обусловленных их присутствием в социальной сети, родителям необходимо контролировать общение детей в сети: не разрешать детям младше 12 лет размещать на странице свое фото, адрес, номер телефона, номер школы, ограничить доступ «посторонних» пользователей к странице ребенка в социальной сети; установить на компьютере программу, ограничивающую посещение детьми нежелательных сайтов.

6. Социальные сети несут в себе *технические опасности*: вирусы в приложениях, утечка данных и т. п. Помимо установления контактов, обмена новостями и фотографиями популярным способом общения в социальной сети является обмен ссылками на интересный веб-контент на стене пользователя или в личных сообщениях. А между тем, киберпреступники стремятся воспользоваться таким опрометчивым поведением в своих корыстных целях, заставляя переходить по ссылкам на вредоносные сайты, которые могут заразить компьютер вирусами.

Игры в социальных сетях и приложения, которые запрашивают разрешение на доступ к личной информации, на самом деле могут заниматься сбором данных для того, чтобы предложить вам очередную рекламу за доступ к их программе. Не все приложения, группы или игры законны и безопасны, многие обещают различные бесплатные услуги (например, гороскоп, всевозможные тесты и пр.), но настаивают на том, что результаты могут быть посланы только на ваш мобильный телефон в виде SMS. При этом введя номер своего мобильного телефона, вы даете приложению разрешение на снятие денег с вашего счета. Обычно на странице приложения есть детализированное объяснение, за что и как списываются деньги, но спрятан данный текст так глубоко, как только можно. И к тому моменту, когда вы поймете, что денег на счету телефона уже нет, вы не будете помнить, как это случилось.

7. Социальные сети *снижают качество жизни и ухудшают здоровье человека*. По данным различных исследований, минимальное время, которое пользователи тратят на общение в социальных сетях, составляет 3 ч. В эти часы пользователи проверяют все «новости» на страницах друзей, граффити и сообщения на «стенах» и, конечно же, переписываются и комментируют фотографии. Чрезмерное увлечение социальными сетями может

привести к неврозу, который проявляется депрессией, нарушением сна, тревогой, раздражительностью, неустойчивым настроением, нарушением пищевого поведения (потеря аппетита, переедание), физическим дискомфортом, сексуальными расстройствами. Все это приводит к значительному снижению качества жизни и социального функционирования. И происходит это из-за того, что виртуальное общение не может заменить реального, настоящего взаимодействия с людьми.

Рассмотрим основы *формирования информационной культуры (медиаобразования)* [46, 55]. Сегодня человек получает информацию не только и не столько в процессе обучения. Мощными источниками информации являются средства массовой информации и компьютерные технологии. По данным социологов, за последние 5 лет XX в. объем только телевизионного вещания в мире увеличился в 600 раз. Уже выросло поколение, для которого компьютер включен в бытовую среду, формирующую наряду с телевизором сознание с рождения. Сегодняшний феномен под названием «параллельная школа» связан с тем, что многие СМИ берут на себя просветительские, обучающие функции, соответственно, даже не использующиеся для целей собственно обучения аудиовизуальные технологии оказывают образовательное воздействие на личность человека. А значит, необходимо со школьной скамьи начинать формирование информационной культуры подрастающего поколения.

Информационная культура является частью общей культуры личности и представляет собой совокупность норм, ценностей, знаний и умений, связанных с потреблением и созданием информационных ресурсов, характеризуется умением обращаться с источниками информации (в том числе с медиа) и адекватно ее воспринимать.

Роль СМИ и особенно Интернета очень велика в создании моделей поведения подростков. Именно Интернет сегодня дает образцы и нормы, которые определяют характер массовой культуры, а через нее влияют на подростковую субкультуру. Сцены агрессии, порнографии, насилия, вписывающиеся в подсознание человека, имеют деструктивный характер, отрицательно влияют на его поведение. В этом отношении одним из показателей информационной культуры современного человека является умение и желание отсеивать (не принимать) информацию, отрицательно влияющую на здоровье. Ориентируя будущее поколение на ценность не любой информации, а только имеющей определенные свойства, можно улучшить

«экологию» информационного пространства, избавившись от значительного количества зачастую вредного «информационного мусора», предупредить манипулирование сознанием.

Методологическую основу формирования информационной культуры учащихся могут составить подходы *медиаобразования* [46, 55].

В конце XX в. в ряде европейских стран были приняты государственные стандарты медиаобразования. В документах ЮНЕСКО *медиаобразование (mediaeducation)* понимается как обучение теории и практическим умениям для овладения современными средствами массовой коммуникации, рассматриваемыми как часть специфической и автономной области педагогической теории и практике.

Медиаобразование – это помощь школьнику в освоении медиaprостранства (знание основных закономерностей, по которым функционируют медиа, умение понимать информационные сообщения и использовать их для решения учебных и жизненных задач, умение оценить и обеспечить личную информационную безопасность).

Основные *задачи* медиаобразования:

- 1) подготовить новое поколение к жизни в современных информационных условиях, к восприятию различной информации;
- 2) научить человека понимать информационные сообщения, осознавать результаты их воздействия на психику;
- 3) научить ребенка овладевать способами общения на основе невербальных форм коммуникации с помощью технических средств.

При этом следует понимать, что медиаобразование – это...

- ...не обращение к медиасредствам для наглядности;
- ...не использование обучающих компьютерных программ;
- ...не уроки информатики и информационных технологий;
- ...не дистанционное обучение с помощью глобальной сети Интернет.

А. В. Федоров говорит о трех основных концептуальных линиях медиаобразования:

- 1) *протекционистская* (предохранительная, защитная), следуя которой, педагоги стремятся оградить учащихся от вредного влияния медиа и противопоставить этому влиянию классические культурные ценности или лучшие современные произведения – книги, фильмы, телепередачи и др. В этом случае медиапедагоги стремятся основывать свою работу на выбранных ими, а не учащимися произведениях;

2) *аналитическая* («критическая») – формирование критического мышления учащихся на материале медиапроизведений (СМИ, интернет-ресурсы и пр.);

3) *практическая* – развитие у учащихся умений производить собственные медиатексты, пользоваться медиасредствами.

На практике разумно сочетание всех концепций в зависимости от возраста, психологических особенностей, подготовки и заинтересованности учащихся, реальных условий образовательного процесса.

Формы организации медиаобразования в школе [46, 55, 57]:

- интегрирование в уроки (ОБЖ, литература, информатика);
- самостоятельные занятия в рамках факультатива, клуба, урока здоровья;
- классные часы;
- внеклассные мероприятия (проектные недели, акции, викторины и конкурсы, ток-шоу и др.);
- занятия в медицентре / библиотеке;
- занятия для родителей (лекторий, родительский клуб, тренинги).

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки «Педагогическое образование» предусматривает подготовку будущего педагога по вопросам информационной безопасности. Так, в число общекультурных компетенций, которыми должен обладать выпускник, включены способность понимать сущность и значение информации в развитии современного информационного общества, осознавать опасности и угрозы, возникающие в этом процессе, соблюдать основные требования информационной безопасности, в том числе защиты государственной тайны (ОК–12).

Вносить свой вклад в формирование информационной культуры и медиаграмотности учащихся может содержание многих дисциплин.

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

1. Дайте характеристику информационного пространства ребенка.
2. Какова государственная политика обеспечения информационной безопасности детей?
3. В чем сущность формирования информационной культуры у детей?

Задание. Приведите пример (личный или заимствованный, в том числе из публикаций) формирования информационной культуры школьников.

2.5. Психогигиена личности

Здоровьесозидающая направленность в качестве характеристики личности представляет собой систему ценностных ориентаций обучающихся на формирование, сохранение и укрепление здоровья, задающую иерархическую структуру доминирующих мотивов, побуждающих ребенка к утверждению здоровьесозидания в своей жизни. Данная направленность рассматривается как направленность обучающегося на собственное здоровье, связанная с потребностью в самопознании, саморазвитии, самосовершенствовании индивидуального здоровья в качестве условия эффективной самореализации в жизни [47, 48].

Здоровьесозидающая направленность педагога дополнительно предусматривает а) заботу о здоровье воспитанников, которая включает использование учителем принципов, способов и средств, позволяющих сохранять и развивать здоровье обучающихся; б) творческое дополнение содержания учебного предмета здоровьесориентированными ценностями, смыслами, знаниями, умениями и навыками с целью формирования культуры здоровья обучающихся [47, 48].

За теми или иными характеристиками здоровьесозидающей направленности личности в ее наиболее развитой форме стоят устойчиво доминирующие системы потребностей, мотивов и целей (интересы, идеалы, убеждения).

Здоровьесозидающее поведение – система мотивированных поступков, действий личности, обуславливающих формирование способности к активному участию в своем здоровьесозидании. Здоровьесозидающее поведение является важным фактором включения человека в гармоничные отношения с внешним и внутренним миром, определяет личностную заинтересованность человека в достижении успеха, способствует формированию ответственности по отношению к своему здоровью [47, 48].

В основе здоровьесозидания лежит творческий процесс.

В этой связи важно рассмотреть *креативную (творческую) составляющую «Я-концепции» личности.*

Креативная природа представляется неотъемлемым компонентом образа человека и одним из важнейших объектов педагогического воздействия в образовательном процессе в контексте развития «Я-концепции» личности.

В теории творчества под креативностью понимают способность к творческому мышлению, к творчеству, к конструктивному нестандартному мышлению и поведению, а также к осознанию и развитию своего опыта.

Дефиниции *креативности* представлены во многих словарях [16, 42, 73]:

- способность порождать необычные идеи, отклоняться от традиционных схем мышления, быстро решать проблемные ситуации;
- способность, склонность человека к творческому мышлению; может проявляться в различных областях деятельности; обычно рассматривается как относительно независимый фактор одаренности человека;
- творческие способности человека, которые могут проявляться в мышлении, чувствах, общении, отдельных видах деятельности, характеризовать личность в целом и ее отдельные стороны, продукты деятельности, процесс их создания;
- способность сделать или каким-либо иным способом осуществить нечто новое: новое решение проблемы, новый метод или инструмент, новое произведение искусства. Обладающий креативностью человек обычно отличается высоким интеллектуальным уровнем в повседневной жизни и может рационально решать возникающие проблемы.

В науке понятию «креативность» тождественно понятие «творчество», критерием которой является не качество результатов, а характеристики и процессы, активизирующие творческую продуктивность. Так как человеческая индивидуальность неповторима и уникальна, то творчество – это реализация человеком собственной индивидуальности, его «самости». «Самость – центр структуры личности (по К. Г. Юнгу), когда все противоборствующие силы внутри нее интегрируются в процессе индивидуализации» [2].

В данном ключе представляет интерес диспозиционная теория личности Г. Олпорта как «динамической организации» – поведение человека постоянно эволюционирует и изменяется. Автор вводит термин «проприум» (проприум – позитивное, творческое, стремящееся к росту и развивающееся свойство человеческой природы; проприум охватывает все аспекты личности, способствующие формированию чувства внутреннего единства; это некая организующая и объединяющая сила, назначение которой – формирование уникальности человеческой жизни) и выделяет ряд аспектов «самости» человека [2]:

- ощущение своего тела (младенцы отличают себя от других объектов);
- ощущение самоидентичности (посредством языка ребенок осознает себя в качестве определенного и постоянно важного лица – его имя, его игрушки, его одежда и пр.);
- чувство самоуважения (третий год жизни – чувство гордости, когда что-то делает самостоятельно; в 4–5 лет носит оттенок соревновательности);

- расширение самости (4–6 лет – чувство собственности: моя мама, моя собака; присутствует ревностное собственничество);
- образ себя (5–6 лет – что от ребенка ожидают родители, учителя и другие люди, каким они его хотят видеть; различие «Я плохой» и «Я хороший»);
- рациональное управление самим собой (6–12 лет), нахождение рациональных решений жизненных проблем; проявляется рефлексорное и формальное мышление;
- проприатное стремление, постановка перспективных задач (в зрелости к человеку приходит обобщенное чувство самости);
- познание самого себя – самопознание и самосознание.

Значительный интерес в плане трактовки «Я-концепции» личности представляют учения психологов гуманистического направления (А. Адлер, А. Маслоу, Г. Олпорт, К. Роджерс, К. Г. Юнг и др.), где первоначальным источником творчества выступает мотивация личностного роста: люди рождаются с желанием расти, творить и любить, они обладают способностью распоряжаться своей жизнью [11]. Данный подход соответствует трактовке понятия творчества как деятельности, мотивированной духовными потребностями в саморазвитии и самореализации личности.

В гуманистической теории А. Маслоу основной моделью личности выступает ответственный человек, свободно делающий выбор среди предоставленных возможностей – «Я есть мой выбор» [64].

Согласно феноменологической теории личности К. Роджерса, творческие люди стремятся жить конструктивно и адаптивно в своей культуре, удовлетворяя свои самые глубокие потребности [83]. Они способны творчески, гибко приспосабливаться к изменяющимся условиям окружения.

К. Роджерс выделил пять основных личностных характеристик, общих для полноценно функционирующих людей [83]:

- открытость переживанию – полноценно функционирующий человек достаточно благоразумен, чтобы осознавать свои чувства и действовать рассудительно в любой данный момент времени;
- экзистенциальный образ жизни – это тенденция жить полно и насыщено в каждый момент существования;
- организмическое доверие – способность человека принимать во внимание свои внутренние ощущения и рассматривать их как основу для выбора поведения;

- эмпирическая свобода – чувство личной власти, способность делать выбор и руководить собой;

- креативность – творческие люди стремятся жить конструктивно и адаптивно в своей культуре, в то же время удовлетворяя собственные самые глубокие потребности; они способны творчески, гибко приспосабливаться к изменяющимся условиям окружения.

К. Г. Юнг в аналитической теории личности указывает на то, что конечной жизненной целью является полная реализация «Я» – становление единого, неповторимого и целостного индивида [2]. Самость представляет собой сердцевину личности, вокруг которой организованы и объединены все другие элементы. Когда достигнута интеграция всех аспектов души, человек ощущает единство, гармонию и целостность.

О. А. Милинис формулирует показатели и критерии творческой самореализации личности в образовательном процессе [68]:

- мотивы и ценности творческой деятельности: ориентация на творчество и культуру, потребность в успехе в разных видах креативной образовательной деятельности, удовлетворенность от развития культуры творческой самореализации;

- знания о культуре и творчестве: глубина понимания творчества для развития культуры творческой самореализации, самооценка творческих способностей;

- субъектная творческая деятельность: способность к творческому саморазвитию, оригинальность образовательных продуктов креативной образовательной деятельности, сформированность профессионально-творческих компетенций.

Способность творить отличает человека от других биологических видов. Творческая личность обладает творческой направленностью, творческими способностями и создает путем применения оригинальных способов деятельности объективно и субъективно новые материальные и духовные ценности, отличающиеся личной и социальной значимостью и прогрессивностью.

Отметим, что в творческом процессе *здоровьесозидающей деятельности* не сознание детерминирует деятельность человека в отношении своего здоровья, а личность деятеля, ее духовно-деятельностные взаимоотношения с миром людей, миром идей и миром вещей. Результатом здоровьесозидающей деятельности является личность, творящая ценностные смыслы. Такая личность не усваивает культуру общества в целом, она осваивает лишь то, что связано с ее непосредственной практической деятельностью [47].

Таким образом, здоровьесозидающая деятельность создается субъектом действия, а не действиями субъекта. Соответственно, личность с развитым *здоровьесозидающим потенциалом* (динамической системы ресурсов субъекта – когнитивных, эмоционально-волевых, физических, духовно-нравственных и прочих, используемых им для достижения целей здоровьесозидательной деятельности) характеризуется следующими особенностями: развитые творческие способности, отсутствие дисгармонии в системе своего психосоматического модуса, освоение (построение) духовно-ценностной сферы. В контексте здоровьесозидающей деятельности творческий процесс и личностный рост (развитие физических и интеллектуальных способностей) преобладают над прагматическим результатом. Человек, созидая свое здоровье, овладевает интеллектуально-духовными и соматопсихическими методами здоровьесотворчества в системах физического тела, организма и личности.

На рис. 1 представлена схема внутренних действий, направленных на реализацию человеком субъективной интенции достижения физической и психической гармонии.

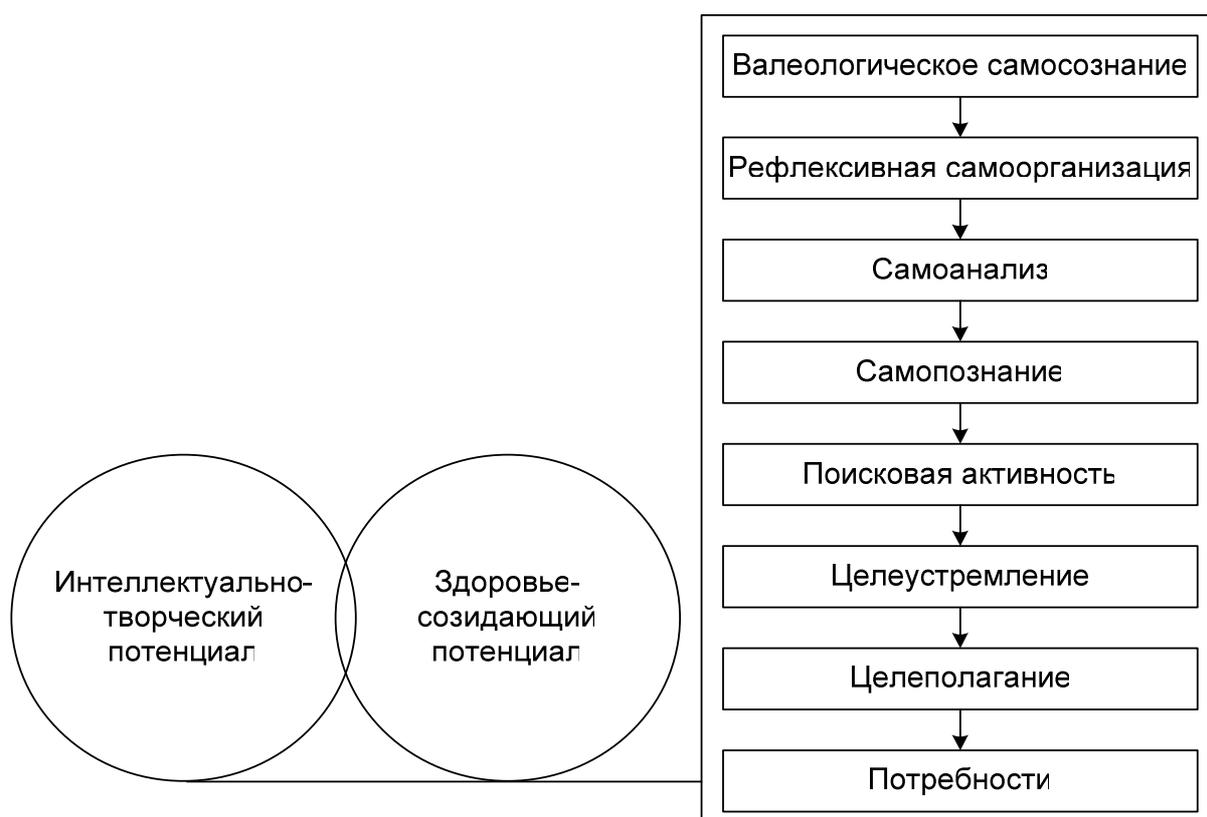


Рис. 1. Механизм внутренних действий человека по здоровьесозиданию

Согласно схеме, изображенной на рис. 1, механизм внутренних действий человека по здоровьесозиданию подразумевает несколько уровней

поведения. Формой проявления интенциональной природы психики выступают потребности: потребность быть здоровым, успешным, привлекательным, обеспеченным. Соответственно потребностям включается активность человека, проявляющаяся в целеполагании, определении задач для достижения поставленной цели. Исходя из внутренней детерминации, человек целеустремленно выбирает средства достижения цели в социуме, культуре, познавая себя на этом пути. В процессе самопознания человек наблюдает за собой, своим поведением, анализирует и пытается осмыслить связи между собой и окружающим миром, что ведет к выявлению сущности «Я», определенным суждениям, умозаключениям, активизации и организации соответствующего поведения.

Конечным результатом действий человека в направлении здоровьесозидания является рефлексия, выступающая источником знания, наблюдения за процессом здоровьесозидательной деятельности, ведущей к переосмыслению приобретенного опыта собственным «Я». В процессе рефлексивной самоорганизации появляется прототип, т. е. когнитивная схема, в которую включены приобретенный опыт, особенности поведения, мышления, чувств, ассоциирующихся с правильным, здоровым образом жизни, возникает иной тип поведения, формируется валеологическое самосознание.

Таким образом, здоровьесозидание как система формирует определенный стиль жизни человека, характеризующий поведение и ритм его повседневного существования, в результате которого появляется цель дальнейшего развития на основе актуализации здоровьесозидательного потенциала личности.

Общеизвестно, что любая деятельность основывается на системе установок. В соответствии с определением Д. Н. Узнадзе, установка представляет собой [96]:

- готовность субъекта к восприятию будущих событий и действиям в определенном направлении;
- обеспечение устойчивого целенаправленного характера протекания соответствующей деятельности;
- основу целенаправленной избирательной активности человека.

На основании данного определения установка на здоровьесозидательную деятельность должна рассматриваться как состояние готовности:

- к здоровьесохранному и здоровьесозидательному поведению на основе ценностного отношения к собственному здоровью;

- ориентации на конструирование собственного здоровья и окружающих людей;
- приобретению знания о закономерностях его сохранения, развития и приращения;
- к проектированию жизненных устремлений к здоровому образу жизни.

В психолого-педагогической литературе подчеркивается важность рассмотрения ребенка как субъекта здоровьесозидания (ЗСД). Однако такой подход может являться только результатом соответствующей деятельности, а значит, необходим алгоритм перевода ребенка из объекта в субъект здоровьесозидания [59, 93]. Названный алгоритм представлен в табл. 6.

Таблица 6

Алгоритм перевода учащегося из объекта в субъект здоровьесозидания (ЗСД)

Этап	Содержание деятельности педагога по управлению ЗСД	Содержание ЗСД обучающегося
1	2	3
Мотивационно-ценностный	<i>Постановка основной цели, мотивирование ЗСД</i>	
	Формирование установки на сохранение и укрепление здоровья собственными усилиями	Осознание и принятие цели, формирование личностных смыслов установки на ЗСД собственными усилиями
Ориентационно-диагностический	<i>Инициирование самопознания (самообследования)</i>	
	Организация знакомства с комплексом методик по определению ресурсов здоровья	Выбор и реализация диагностических методик с помощью педагога
	<i>Определение направлений здоровтворческой деятельности</i>	
	Оказание помощи в определении направлений ЗСД, разработке конкретных целей и программы их достижения	Определение направлений ЗСД, его конкретных целей и разработка программы их достижения
Организационно-деятельностный	<i>Управление деятельностью по здоровтворчеству</i>	
	Психолого-педагогическая поддержка реализации программы ЗСД (оказание помощи в определении знаний и умений, необходимых для здоровтворчества обучающихся, средств и способов увеличения здоровьесозидающего потенциала); про-	Самоуправление ЗСД (приобретение соответствующих знаний, умений и навыков, освоение средств и способов увеличения ресурсов здоровья и их использование в жизнедеятельности)

1	2	3
	филактика и корректирование ЗСД	
Результативно-оценочный	<i>Диагностическая деятельность по ЗСД</i>	
	Оказание помощи в определении уровня готовности к ЗСД; инициирование принятия новых решений	Оценка на основе рефлексии результатов деятельности, формирование установки на принятие решений по коррекции и совершенствованию потенциала здоровья

Важным направлением работы педагога является *распознавание рискованных ситуаций*.

Как утверждают психологи, современный человек в течение года имеет столько же контактов с другими людьми, а возможно и такое же количество стрессов, как человек в начале века имел за всю жизнь. В условиях нарастающего темпа жизни, стрессов многие люди стремятся уйти от реальной действительности в мир иллюзий, что создает почву для различного рода девиаций и зависимостей [3, 24, 56 и др.].

Девиантное поведение – это поведение, отклоняющееся от нормы. И как следствие этого – искажение духовных ценностей личности и асоциальное, противоправное (делинквентное), аддиктивное поведение, а также проституция, беспризорность, суицид и др.

Рассмотрим *причины девиантного поведения*.

В последнее время в России сохраняется неблагополучие в сфере детства: негативные тенденции в демографических процессах; большое число разводов, в том числе в семьях, имеющих детей; фиксируются ухудшение здоровья детей, их питания, быта, досуга; жестокое обращение с детьми; насилие над ними; детская безнадзорность; преступность и социальное сиротство; растущая детская смертность. Все это ухудшает положение подростков и молодежи, делает их наименее защищенными в социальном отношении гражданами, лишает позитивных перспектив в будущем. Проблема девиантного поведения молодежи приобретает масштабы национальной трагедии. По мнению некоторых специалистов, такая тенденция через несколько лет может привести к необратимому процессу разрушения генофонда.

Выделяют следующие причины, приводящие к девиантному поведению [24, 56].

1. Внешние (общественные):

1) *социальное неравенство*: низкий, подчас нищенский, уровень жизни большей части населения, в первую очередь молодежи; расслоение общества на богатых и бедных; безработица, инфляция, коррупция и т. д.;

2) *морально-этический фактор*: низкий морально-нравственный уровень общества, бездуховность. Деградация и падение нравов находят свое выражение в массовой алкоголизации, бродяжничестве, распространении наркомании, проституции, увеличении насилия и правонарушений;

3) *окружающая социальная среда*, которая нейтрально-благоклонно относится к девиантному поведению; недостатки социально-культурной сферы, неустроенный досуг. Молодые девианты в большинстве своем – выходцы из неблагополучных семей.

2. Внутренние (личностные):

1) сниженная переносимость трудностей повседневной жизни;

2) неудачи в учебе или на работе, разочарование в людях;

3) низкий уровень умственного развития, препятствующий правильному самоанализу поведения и прогнозированию его последствий;

4) недостаток самостоятельности мышления, большая внушаемость;

5) низкая познавательная активность, обеднение духовных потребностей;

6) неудовлетворенные социальные потребности, которые создают внутренний конфликт личности и ведут к формированию аномальных потребностей.

Рассмотрим основные *рискованные ситуации*, приводящие к девиантному поведению [24, 56 и др.].

1. *Социальная опасность наркомании.*

В последние годы в России происходит резкое ухудшение наркоситуации, что по данным Совета безопасности Российской Федерации представляет серьезную угрозу национальной безопасности и здоровью населения и может рассматриваться как чрезвычайная ситуация социального характера.

Наркомания – это заболевание, которое развивается при злоупотреблении наркотическими веществами и выражается в патологическом влечении к этим веществам, возрастающем неконтролируемом употреблении их, абстинентном синдроме, *социальной деградации*.

Мотивы употребления наркотиков молодежью:

- удовлетворение любопытства относительно действия наркотического вещества;
- испытание чувства принадлежности с целью быть принятым определенной группой;
- выражение независимости, а иногда враждебного настроения по отношению к окружающим;
- познание приносящего удовольствие нового, волнующего или таящего опасность опыта;
- достижение «ясности мышления» или «творческого вдохновения»;
- достижение чувства полного расслабления;
- уход от чего-то гнетущего.

Если наркомания – это заболевание, то *наркотизм* – социальное явление, которое заключается в приобщении к употреблению наркотиков отдельных групп населения. Formой его выражения служит совокупность прямо или опосредованно связанных с наркотиками общественно опасных действий, посягающих на здоровье людей. По степени общественной опасности наркотизм дифференцируется на аморальный проступок, административное правонарушение и уголовно наказуемое преступление (незаконный оборот наркотических средств).

Незаконный оборот наркотиков формирует особую *социальную среду*, в которой в значительной мере деформируются ценностные ориентации личности.

Питательной почвой для наркомании является микросреда. Большое значение имеют семья, уличное окружение. Появление хотя бы одного наркомана во дворе, на улице, в школе, на работе пагубно влияет на окружающих. Первоначально наркотики дают как угощение, бесплатно, потом в долг, затем требуют деньги.

Постоянно растет число наркоманов, вводящих наркотики внутривенно, что приводит к обвальному распространению ВИЧ-инфекции. Распространение наркомании среди молодежи подрывает обороноспособность страны. При ограниченности призывного ресурса только в 2000 г. от службы в Вооруженных силах по причине наркомании освобождено 17,7 тыс. чел. (1996 г. – 5,5 тыс. чел.).

Значительную социальную опасность наркомания представляет с точки зрения *криминогенности*, т. е. как фактор, порождающий преступность.

Преступное поведение наркоманов обусловлено патологическими изменениями личности. Кроме того, наркоманы совершают общественно опасные действия в связи с психозами, например, под влиянием устрашающих галлюцинаций. А главное, что приобщение к наркотикам почти всегда приводит человека в преступную группу наркоманов, обычно отличающуюся сплоченностью и организованностью при поиске и добыче наркотиков. Постоянная зависимость от наркотиков, с одной стороны, и высокие цены на наркотики, невозможность получить их законным путем – с другой, толкают наркоманов к совершению все более тяжких преступлений (кражи, грабежи, убийства).

С целью предупреждения распространения наркомании в 1998 г. принят Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» (от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ). Настоящим законом запрещено употребление наркотических средств и психотропных веществ в немедицинских целях на территории России. Действия по приобретению и хранению наркотиков без цели сбыта подлежат уголовной репрессии. Уголовная ответственность предусмотрена за незаконный оборот наркотических веществ, а также за создание условий их употребления.

Признание лица, совершившего преступление, нуждающимся в лечении от наркомании, является основанием для применения к нему принудительных мер медицинского характера. Вместе с тем, само незаконное употребление наркотиков не влечет ни уголовного, ни административного наказания. Закон определяет возможность первичного осмотра несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет для установления диагноза наркомания только с согласия родителей (ст. 54), которые зачастую уклоняются от этой процедуры. В кодексе об административных правонарушениях ответственность за употребление несовершеннолетним наркотических средств возлагается на родителей (ст. 167). В то же время именно неблагополучная семья чаще всего является первопричиной приобщения подростков к наркотикам. Указанные выше и другие упущения в законодательстве препятствуют своевременному оказанию медицинской помощи подросткам-наркоманам и усложняют процедуру их реабилитации и профилактики.

Основным направлением государственной антинаркотической политики Российской Федерации (до 2020 г.) является создание государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков с приоритетом мероприятий, ориентированных на первичную профилактику.

Вместе с тем, до настоящего времени отсутствует законодательная основа, нет юридической базы для работы органов здравоохранения, позволяющей эффективно выявлять подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, и работать по профилактике наркомании в организованных коллективах. Дискуссия по поводу допустимых мер с целью выявления группы риска обострилась в связи с появлением стрип-тестов, позволяющих быстро определять наличие психоактивных веществ в биологических жидкостях. Целесообразность и законность применения этих тестов широко обсуждается как общественностью, так и в специализированной литературе.

2. Социальная опасность алкоголизма и пьянства.

В последнее время наркологи все чаще говорят о новой проблеме – повальном подростковом алкоголизме. В пылу борьбы с наркоманией все как-то забыли о «зеленом змие». Между тем, в алкогольную зависимость, по словам врачей, попадает все больше представителей молодого поколения. С 1990-х гг. Россия, по оценкам международных экспертов, занимает первое место по абсолютному потреблению алкоголя на душу населения – от 14 до 18 литров в год.

Различают понятия «пьянство» и «алкоголизм».

Алкоголизм – патологическое пристрастие к алкоголю, приводящее к нарушению социальных норм поведения, психическим и физическим расстройствам. Формирование алкоголизма происходит в результате систематического неумеренного употребления спиртных напитков.

Пьянство – это неумеренное употребление алкоголя, которое наряду с угрозой здоровью личности нарушает ее социальную адаптацию.

В настоящее время алкогольная ситуация в нашей стране характеризуется увеличением потребления алкогольной продукции, наращиванием объема выпуска крепких алкогольных напитков, реализацией их в неограниченном количестве, широкой доступностью (продажа в непредназначенных для этого местах; фактическое отсутствие ограничений продажи в связи с возрастом покупателей и т. п.).

Алкоголизм имеет следующие социальные последствия:

- представляет угрозу здоровью населения: рост смертности, развитие соматических и психических заболеваний;
- отрицательно влияет на потомство: дети рождаются с серьезными физическими и психологическими отклонениями, что, в свою очередь, зачастую ведет к распаду семьи;

- представляет угрозу правопорядку: на почве алкоголизма совершаются преступления;
- приобретение алкогольных напитков становится фоном для совершения ряда преступлений против личности: воровства, грабежа, разбоя; совершение более 20 % всех преступлений связано с пьянством и алкоголизмом;
- представляет угрозу экономике государства: негативное влияние на трудовую дисциплину, профессиональные качества работников, их здоровье и работоспособность.

3. ВИЧ/СПИД как опасность социального характера.

В группе социальных опасностей, связанных с болезнями, особое место занимают заболевания, передаваемые преимущественно половым путем. Сегодня известно, что заболевания, передаваемые половым путем, приводят к тяжелым последствиям для здоровья самих заболевших и представляют опасность для общества, требуют длительного лечения, иногда приводят к инвалидности.

Наибольшую опасность сегодня вызывает СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита, вызываемый ВИЧ-инфекцией.

Число заболевших растет в геометрической прогрессии – сегодня во всем мире официально зарегистрировано около 50 млн людей, живущих с ВИЧ/СПИД, ежедневно регистрируется 16000 новых случаев, умирают 4300 ВИЧ-инфицированных. Среди людей, живущих с ВИЧ/СПИД, преобладает молодежь в возрасте 15–25 лет. В связи с этим некоторые страны находятся под угрозой геноцида, истребления своего народа. Учеными подсчитано, что потери общества от эпидемии значительно выше, чем от локальных вооруженных конфликтов.

Рассмотрим основные группы риска ВИЧ.

В начале эпидемии ВИЧ заражались преимущественно гомосексуалисты, наркоманы, проститутки и их клиенты. Основным путем передачи ВИЧ на сегодня остается употребление инъекционных наркотиков. Это связано с тем, что в середине 1990-х гг. в нашей стране резко возросло число людей, употребляющих инъекционные наркотики. Так как риск передачи вируса при совместном использовании шприцев крайне высок, то эпидемия начала резко распространяться именно в этой группе населения.

Однако в 2001 г. ситуация в России начала изменяться и число случаев передачи ВИЧ половым путем стало стабильно расти. Если в 2001 г. доля такого пути передачи составляла 6 %, то к 2004 г. она увеличилась в пять раз и составила 30 %.

Самой уязвимой группой населения сейчас являются юноши и девушки моложе 30 лет. Их доля в общем числе людей, живущих с ВИЧ в России, превышает 80 %. Вместе с тем, эпидемия не является только медицинской проблемой. Ее последствия затрагивают все сферы жизни общества и касаются каждого из нас. Мировой опыт показывает, что эпидемия СПИДа подрывает национальную экономику; сокращается число работающих людей, теряются квалифицированные кадры, снижается производительность труда.

Любая эпидемия создает в обществе напряжение, ощущение потери контроля над происходящим. Возникают страхи, подозрительность, иррациональное поведение вплоть до паники и требований принять немедленные и решительные меры против людей, живущих с ВИЧ/СПИД – ЛЖВС. Сложившаяся ситуация способствует возникновению СПИД-террора, когда ВИЧ-инфицированные преднамеренно заражают других. Поэтому в обществе необходимо формировать толерантное отношение к ЛЖВС.

В отношении ВИЧ существует масса иррациональных страхов и абсурдных предрассудков. В частности, в обществе устоялось представление о ВИЧ-инфекции как о «страшной болезни». Кроме того, вероятность передачи ВИЧ обычно сильно преувеличивается. Это явление получило название «СПИДофобия». СПИДофобия обычно развивается у людей в возрасте от 20 до 30 лет и одинаково часто встречается и у мужчин, и у женщин. Помимо страха, постоянно отравляющего жизнь людей, она приносит реальный экономический ущерб. Так, делаются тысячи и тысячи совершенно не нужных тестов на ВИЧ, которые зачастую оплачиваются за государственный счет, люди тратят деньги на анализы на иммунный статус, вирусную нагрузку, принимают ненужные лекарства. СПИДофобы часто испытывают навязчивое желание читать все подряд о заболевании. По знаниям относительно ВИЧ/СПИДа они могут «переплюнуть» многих врачей. И ведь есть от чего забеспокоиться – яркие и пугающие заголовки статей, бесконечные перечни «симптомов СПИДа», форумы и чаты в Интернете, где можно поделиться страхами с «собратьями по несчастью»...

Мифы о ВИЧ/СПИДе становятся основанием дискриминации ЛЖВС, нарушения прав человека, непрофессиональных действий специалистов и нарушений закона.

Дискриминация выливается в оскорбления, обвинения, отказ в приеме на работу, учебные заведения, а иногда и в помощи. ЛЖВС теряют работу

и близких не потому, что опасны для окружающих. Их болезнь считается в обществе «неприличной» или «заслуженной». В результате ЛЖВС вынуждены скрывать заболевание от окружающих, препятствуя предупреждению распространения эпидемии.

Соответственно, перед образовательными учреждениями стоит задача, с одной стороны, информирования учащихся об угрозах инфицирования ВИЧ-инфекцией, с другой – формирования толерантности к ВИЧ-инфицированным учащимся.

Важным методическим принципом, реализуемым в профилактической работе, является принцип интерактивности. При реализации интерактивного обучения с помощью компьютера создается обучающая среда. Примером такой программы является игра «SPID.exe», разработанная информационным агентством «АнтиВИЧ-Пресс». Данная программа позволяет наглядно познакомиться с глобальной опасностью XXI в. – ВИЧ/СПИДом. В игре можно принять участие и прожить виртуальную жизнь в круговороте ежедневных событий. Также эта игра дает возможность получить больше информации по данной проблеме, поговорить о ВИЧ/СПИДе, вместе задуматься над проблемой, которая сегодня может коснуться каждого. Благодаря моделирующей программе обучающийся будет наглядно представлять, как ему действовать в различных опасных ситуациях. Обучающийся может полностью проявить самостоятельность, но и понести определенного рода наказание в случае ошибки. Аналогичные обучающие флеш-игры можно найти в Интернете (например, на сайте «АнтиВИЧ/СПИД»: <http://www.spid.ru/article-flesh-igra-vich-exe>). При проведении данной работы учитель также может привлекать учащихся к работе со специализированными интернет-ресурсами (<http://www.stopspid.ru>, <http://www.aids.ru>).

С целью сдерживания распространения ВИЧ-инфекции 30 марта 1995 г. принят Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». Настоящий Закон регулирует ряд отношений, возникающих между обществом, здравоохранением и человеком, пораженным вирусом иммунодефицита, а также деятельность, направленную на предупреждение распространения в стране ВИЧ-инфекции. В частности, данным Законом определяются право граждан на информацию о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции, порядок контроля за производством средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции,

а также требования безопасности медицинских препаратов, используемых в диагностических, лечебных и научных целях. Данный закон направлен также на противодействие дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, – определяет их права и свободы.

Защита населения в условиях эпидемии ВИЧ/СПИДа заключается, прежде всего, в профилактике ВИЧ/СПИДа, обучении безопасному поведению, организации медицинской помощи и социальной поддержки больных ВИЧ-инфекцией, их семей и окружения.

В ряде документов Всемирной организации здравоохранения выделено 4 основных направления деятельности по борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции и ее последствиями:

- предупреждение половой передачи ВИЧ, включающее такие элементы, как обучение безопасному половому поведению, распространение презервативов; лечение других болезней, передающихся половым путем, обучение поведению, направленному на сознательное лечение этих болезней;
- предупреждение передачи ВИЧ через кровь методами снабжения безопасными кровепродуктами, обеспечения асептических условий при инвазивной, нарушающей кожную целостность, хирургической и стоматологической практике;
- предупреждение перинатальной передачи ВИЧ методами распространения информации о предупреждении передачи ВИЧ, перинатальной передаче и планирования семьи;
- обеспечения медицинской помощи, включая консультирование, женщинам, которые инфицированы ВИЧ;
- организация медицинской помощи и социальной поддержки больным ВИЧ-инфекцией, их семей и окружения.

Рассмотрим систему *профилактики девиантного поведения учащихся* [24, 37, 38, 56 и др.].

Система мероприятий по первичной профилактике девиантного поведения может быть представлена в виде следующих четырех блоков:

1. Обеспечение информационной поддержки и проведение активной пропаганды (антинаркотической, антиалкогольной, ЗОЖ).
2. Воздействие на мотивы, способствующие девиации молодежи.
3. Выделение группы риска с большей склонностью к девиациям.
4. Выявление эпизодов потребления наркотиков, алкоголя.

Важнейшим направлением противодействия распространению наркомании, алкоголизма, ВИЧ-инфекции является первичная профилактическая

кая работа среди подростков и молодежи, проводимая в общеобразовательных учреждениях. Обобщение отечественного и зарубежного опыта профилактики девиантного поведения молодежи позволяет выделить ряд стратегий построения профилактических программ:

1. Стратегия распространения информации. Базируется на представлении частичной информации о наркотиках, алкоголе и пр., вреде и последствиях их употребления. Такие программы наиболее эффективны среди умственно развитых и хорошо адаптированных к условиям обучения детей в возрасте 11–14 лет. Следует учитывать, что сенсационность сообщений и тактика запугивания обычно расходятся с взглядами учащихся на окружающую действительность и вызывают сомнения в достоверности.

2. Стратегия аффективного (эмоционального) обучения. Основана на коррекции личностных дефицитов. Проводится обучение регулированию эмоций, не прибегая к формам саморазрушающего поведения.

3. Стратегии, основанные на влиянии социальных факторов, предусматривают, что влияние сверстников и семьи может способствовать или препятствовать наркотизации и алкоголизации.

Мировой и отечественный опыт показывает, что эта работа может быть достаточно эффективной и в том случае, когда она осуществляется силами самих подростков. Сегодня для профилактики социально значимых заболеваний, в том числе алкоголизма, и пропаганды здорового образа жизни широко используются принцип «равный – равному», интерактивные методы. Главная цель здесь – овладение волонтерами из числа подростков и юношей знаниями и умениями, необходимыми для проведения профилактических мероприятий среди своих сверстников.

Метод профилактики «равный – равному» предполагает прямой и часто неформальный контакт с подростками. Кроме того – передачу им части традиционно принадлежащих взрослым прав и функций: права знать все, что известно; права и функции учить и советовать; функции поддержки в кризисной ситуации. В результате через лидеров подростков специалисты получают больший доступ в мир подростков, доверие со стороны всей группы.

4. Стратегии с фокусным вниманием на семейных факторах риска девиантного поведения. Цель таких программ – вовлечение родителей подростков из групп риска в профилактическую деятельность.

5. Стратегии, основанные на развитии деятельности, альтернативной наркотической. К таким программам можно отнести программы копинг-

превенции (*копинг* – преодоление стресса, совладение с ним), базирующиеся на основах теории стресса и копинга Р. Лазауруса. Задача в данном случае – повышение стрессоустойчивости, формирование личной стратегии преодоления кризисных ситуаций без применения психоактивных веществ. Эти проекты достаточно эффективны в группах высокого риска, отклоняющегося и девиантного поведения.

6. Стратегии укрепления здоровья. Включаются в национальную политику образования и реализуются на школьных уроках. Ориентированы на развитие личности, проявляющей здоровый образ жизни, поощрение альтернативных привычек (физические упражнения, рекреационная деятельность), а также на предупреждение факторов риска здоровью и обучение способам преодоления опасностей. Программы, основанные на данной стратегии, могут быть дополнены когнитивными и поведенческими моделями.

7. Стратегии формирования жизненных навыков охватывают две области – информационную и социальную резистентность. Современные программы имеют широкую методологическую основу, позволяющую детям сформировать здоровый образ жизни и сопротивляться вредным влияниям, в том числе и приобщению к употреблению психоактивных веществ. Реализация таких программ может привести к 59–75 %-му снижению уровня употребления табака, алкоголя и наркотиков.

В течение многих лет первичная профилактика рассматривалась в основном с позиций информирования населения о тяжести медицинских и социальных последствий наркологических заболеваний. Такая точка зрения сохраняется до настоящего времени, не смотря на использование полипрофессионального подхода и привлечение разных специалистов. Однако передача информации не эквивалентна обучению, а именно информационный подход характерен для многих реализуемых программ, которые лишь формально меняют отношение, но не реальное поведение подростка. Кроме того, приглашение специалистов для проведения информационной работы в школе по проблеме наркомании и алкоголизма, запугивание последствиями злоупотребления у подростков (в отличие от взрослых) недействительно, поскольку лишь разжигает любопытство и ведет к усилению экспериментирования; может вызвать парадоксальный повышенный интерес к наркотикам. Большую роль в профилактике девиантного поведения могут сыграть *средства массовой информации*, которые в значительной степени формируют общественное мнение.

Рассмотрим особенности *психологии зависимого поведения* [24, 56].

Понятие «*зависимое поведение*» в последнее время получило распространение не только в научных кругах, но и в обыденной жизни [16, 78]. Зависимостью называют привязанность к чему- или кому-либо. У каждого человека существует множество привязанностей, но зависимостью в психологии считается только привязанность, имеющая определенную выраженность – либо недопустимую с точки зрения общественных норм, либо угрожающую здоровью, либо причиняющую психологические страдания самой личности.

Проблема психологической зависимости является одной из самых сложных в научном плане и чрезвычайно актуальной в практическом. В житейском смысле зависимость – это, по сути, особая форма рабства, в которое человек попадает по собственному желанию, страдает от него, но в то же время только сам может освободиться от него. Зависимости ограничивают развитие человека, приводят к личностным катастрофам, всевозможным соматическим и психическим заболеваниям. Зависимости наносят непоправимый ущерб человеческому обществу: по причинам, связанным с зависимостями, погибает намного больше людей, чем в результате войн и преступлений, вместе взятых. Проблема касается практически каждого человека: большинство из нас или имеет личный опыт зависимого поведения, или сталкивался с зависимым поведением близких и друзей. При этом в круг зависимых попадают люди самого разного профессионального статуса, образования, этнической принадлежности, уровня благосостояния.

Зависимость можно рассматривать как своеобразную форму адаптации к сложной жизненной реальности. Она проявляется в форме бегства от проблем в некий иллюзорный мир, что не меняет реальность, а меняет человека, со временем усугубляет его переживания, порождает новые проблемы. Более того, человек перестает контролировать свое поведение, мысли, эмоции. Его существование определяется объектом зависимости, что в конечном итоге и вовсе разрушает жизнь.

В последнее время вследствие научно-технического прогресса значительно расширился спектр зависимостей, а распространение употребления алкоголя и наркотиков, особенно в молодежной среде, приобретает характер национального бедствия. Поэтому к проблеме зависимости привлечено внимание самых разнообразных специалистов: психологов, наркологов, психиатров, социологов, юристов.

Понятие «зависимое поведение» является междисциплинарным. В современной литературе часто используют термин «*аддиктивное поведение*» как синоним понятия «зависимое поведение» [16, 42, 78, 88]. «Аддикция» в переводе с английского – «склонность», «пагубная привычка». Поэтому понятие «аддиктивное поведение» имеет негативную окраску, как правило, используется для обозначения социально неодобряемого поведения.

Аддиктивное поведение – одна из форм девиантного поведения; характеризуется стремлением к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния, что достигается различными способами – фармакологическими (прием веществ, воздействующих на психику) и нефармакологическими (сосредоточение на определенных предметах и активностях), и сопровождается развитием субъективно приятных эмоциональных состояний. Аддиктивное поведение рассматривается как одна из форм деструктивного поведения, т. е. причиняющего вред человеку и обществу.

Зависимое поведение может иметь различную степень выраженности: от практически нормального до тяжелой формы. Это определяется динамикой зависимости в каждом конкретном случае, но в большей мере – определенной глубинной личностной предрасположенностью, которую мы обозначаем как склонность к зависимости. Показателями склонности к зависимости можно считать объект и определенную силу влечения.

Понятие «аддиктивное поведение» охватывает различные типы поведения: сюда входят наркотическая зависимость, алкоголизм, курение, пристрастие к азартным играм и обильной еде, гиперсексуальность, компьютерная и игровая зависимость, шопинг и др. Но у всех этих разнообразных видов зависимости существуют общие признаки.

Впервые зависимость как феномен стала рассматриваться в медицине в связи со злоупотреблениями наркотическими веществами. В психиатрии и наркологии выделяются следующие признаки химической зависимости, из которых должны встречаться хотя бы три симптома, а один из них должен длиться не менее одного месяца и повторяться в течение более продолжительного периода:

- потребление субстанции, увеличение количества вещества;
- безуспешные попытки прекратить употребление или уменьшить его;
- для приобретения вещества требуется все больше денег, сил, времени;
- частые симптомы интоксикации, под угрозой соматическое здоровье;

- имеющая значение профессиональная деятельность или социальная активность замещается поиском вещества, а потом редуцируется или прекращается;

- потребление усиливает социальные, психологические, соматические проблемы;

- изменяется толерантность (об этом можно говорить, когда желаемого эффекта можно достигнуть при увеличении дозы на 50 %);

- присутствует синдром отмены;

- вещество применяется для снятия синдрома отмены.

Деструктивные изменения личности характеризуют и такие понятия, как «деперсонализация», «дереализация», «деиндивидуализация», «дезориентация», «маргинализация», «виктимизация» и др.

Деперсонализация – чувство потери собственной личности, ощущение потери своего «Я» [16, 42].

Чувство потери своего «Я» обозначается и другими терминами, такими как «психическая анестезия», «чувство ирреальности», «гипопатия», а также «чувство отчуждения».

Дереализация – чувство измененности, нереальности окружающего, возникающее при некоторых психических заболеваниях (шизофрении, циклотимии, эпилепсии и др.). При дереализации внешний мир воспринимается как чуждый, искусственный, измененный, иногда отдаленно, неотчетливо, как бы во сне. Время кажется слишком быстро текущим или остановившимся; незнакомая обстановка – уже виденной и, наоборот, хорошо знакомая обстановка, местность кажутся чужими, видимыми впервые. Дереализация сопровождается чувством тоски, страха, растерянности. Часто сочетается с деперсонализацией [16, 42].

Одним из проявлений деперсонализации является утрата эмоционального компонента психических процессов. Это относится не только к классическим симптомам психической анестезии: потере чувств к близким, отсутствию эмоционального восприятия окружающей обстановки, природы, произведений искусства и т. д., но и к деперсонализации мышления, памяти, соматопсихической сферы. У таких людей мысли проходят, не оставляя следа; нет ощущения их оконченности, так как они идут без эмоционального сопровождения, они безлики; память не нарушена, но нет ощущения узнавания; прежние переживания, образы, мысли тусклы, как бы стерты, поэтому кажется, что в памяти ничего нет.

Возникновение деперсонализации в клинике пограничных состояний и у психически здоровых лиц обусловлено их повышенной впечатлительностью и тревожностью, склонностью к сильным эмоциональным реакциям. Деперсонализация психопатологически проявляется аффектами тревоги и страха.

Деиндивидуализация – утрата самосознания и боязни оценки, когда нормативное сдерживание значительно ослабевает [16, 42].

К характеристикам, определяющим вероятность и интенсивность проявления деиндивидуализации, относятся следующие.

Во-первых, размер социальной группы. Чем больше группа, тем больше ее члены утрачивают чувство самосознания и тем с большей готовностью соглашаются пойти на нарушение нормативного поведения.

Во-вторых, физическая анонимность и обезличенность.

В-третьих, возбуждающие и отвлекающие действия группы, подготавливающие почву для деиндивидуализации (аплодисменты, пение хором, различные ритуальные мероприятия и церемонии и т. д.).

В-четвертых, ослабленное самосознание. Групповое бытие, ослабляющее самосознание, имеет тенденцию рассогласовывать поведение и установки личности. Не осознающие себя менее заторможены, меньше себя контролируют, более склонны действовать, не задумываясь о собственных ценностях, более восприимчивы к ситуации. Фактором, повышающим деиндивидуализацию, является, например, алкогольное опьянение.

В феномене деиндивидуализации выделяют два аспекта. С одной стороны, деиндивидуализация оправдывает вседозволенность и дает выход разрушительным тенденциям, что может позитивно восприниматься человеком, а с другой стороны, проявления деиндивидуализации могут сопровождаться некомфортным психологическим состоянием индивида, стремящегося даже после совершения ненормативных действий вновь индивидуализироваться.

Дегенерация, или деградация личности, – утрата личностью присущих ей свойств с обеднением умственных, моральных и других качеств [14, 16, 42].

Дегенерация как психическая характеристика, выделяющая человека в определенном смысле как худшего в его социальной группе, представляет собой некий недостаток организации на высших уровнях мышления; неверно думать, будто некий человек с нормальной умственной жизнью сверх

того еще и преступен, зол, неуравновешен и т. д. Это значит, что его умственная деятельность страдает какими-то дефектами, а ведь она управляет симпатиями и упорядочивает все порывы и побуждения в соответствии с общими требованиями жизни. Преступные порывы, гнев, страх, похоть, гордыня, тщеславие, жадность и т. д. у такого человека по внутренней сути ничем не отличаются от таковых у обыкновенных, нормальных людей; главное отличие состоит в том, что сознание преступника так или иначе лишено высших форм душевной организации (являющихся, в свою очередь, аспектом социальной организации), которые и должны держать эти порывы и чувства под контролем.

Во многих случаях дегенеративное поведение вызвано тем, что индивид принадлежит к группе, являющейся носителем дегенеративных стандартов, и вовсе не указывает на то, что он сам по себе страдает какой-то душевной неполноценностью. Например, мальчик, который сбегает с уроков, обворовывает грузовики и бьет окна, может делать это, просто подражая остальным (так же, как другие дети под другим влиянием направляют свою энергию на занятия спортом), пытаясь тем самым самоутвердиться среди тех, с кем он «бежит в одной упряжке». То же самое верно и для дурного поведения любого рода.

Для изучения особенностей общественного и личностного развития, для понимания процессов переосмысления ценностей и механизмов самоопределения и самореализации социальных субъектов в кризисные периоды важен учет динамики ценностей и ценностных ориентаций. Одной из социологических теорий личности, актуализирующей рассматриваемые вопросы, является диспозиционная теория, которая исходит из идеи, что социальные факторы поведения индивида опосредованы социально-психологическими условиями – осознанной готовностью личности к оценке социальной ситуации и адекватному поведению. Данная готовность (диспозиция) обусловлена предыдущим социальным опытом, выработанной жизненной позицией.

Жизненная позиция – это совокупность мировоззренческих установок, ценностей, норм, которые определяют готовность к действию, к определенной реакции на среду.

Диспозиции личности – иерархически организованная система: высшие диспозиции – стратегическая направленность интересов, концепция жизни, и ценностные ориентации; средние диспозиции – социальные установки на

типичные социальные объекты и обстоятельства; низшие диспозиции – предрасположенность к восприятию и поведению в конкретных условиях, в данной предметной и социальной среде. Личностные диспозиции отвечают потребностям личности жить в гармонии с обществом.

К деструктивным социологическим категориям относится *маргинализация* – выпадение из общества или нахождение в пограничной социальной ситуации [14, 16, 42].

Маргинальность возникает в том случае, когда индивидуум через предварительную социализацию готовится к членству в позитивной референтной группе, которая не склонна его принять. Подобное состояние подразумевает множественность лояльностей и двойную идентификацию, незавершенную (неполную) социализацию и отсутствие социальной принадлежности. Данная ситуация с определенной степенью вероятности может оказаться предпосылкой дезадаптивных проявлений, особенно в подростковой популяции.

На каждом возрастном этапе личности существуют субъективные предпосылки того, что человек станет жертвой неблагоприятных жизненных обстоятельств. Такую ситуацию определяют главным образом индивидуально-личностные особенности субъекта, которые являются в данном случае основой его *виктимности* (лат. *victim* – жертва).

На индивидуальном уровне виктимизация человека зависит от темперамента и некоторых других характерологических свойств, от генетической предрасположенности к саморазрушению или дезадаптивному поведению.

Предрасположенность к тому, чтобы стать жертвой тех или иных неблагоприятных условий социализации, зависит от многих личностных характеристик, которые могут способствовать или препятствовать виктимизации человека. К таким характеристикам можно отнести степень устойчивости и гибкости человека, развитость у него рефлексии и саморегуляции, его ценностные ориентации и т. д.

Дезадаптивное поведение можно рассматривать как результат формирования и развития определенного жизненного сценария, закладываемого еще в детстве. Учитывая тот факт, что у подростков легко возникают и закрепляются стереотипные реакции на различные факторы, А. Е. Личко назвал их реакциями «клише» [56].

Одним из частных проявлений дезадаптации является аддиктивное поведение (от англ. *addiction* – зависимость), которое, как мы уже говори-

ли, выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния.

Аддиктивная реализация заменяет эмоциональную привязанность к другому человеку, любовь, дружбу, творчество. Она поглощает время, силы, материальные средства до такой степени, что аддикт оказывается неспособным поддерживать равновесие в жизни, включаться в другие формы активности, получать удовольствие от общения с людьми, увлекаться, релаксировать, развивать другие стороны личности, проявлять симпатию, сочувствие, эмоциональную поддержку даже наиболее близким людям.

Аддикты, желая утвердиться в своем существовании и в своей ценности, не ищут точку опоры в других людях. Поддержание межличностных отношений представляется им затруднительным, требующим непосильного эмоционального напряжения, в отличие от взаимодействия с неодушевленными предметами – агентами аддикции. Окружающие и близкие люди проявляют недовольство таким поведением: возникают конфликты. Ситуация принимает вид замкнутого круга: аддикт уходит от трудностей в общении, провоцируя конфликты, – конфликты усиливают отчуждение аддикта – растут непонимание и протест близких – усугубляется зависимость.

Наиболее характерные *черты аддиктивной личности* [56, 88]:

1. Сниженная переносимость трудностей, обусловленная наличием гедонистической установки. Если желания аддиктов не удовлетворяются, они реагируют либо вспышками негативных эмоций, либо уходом от появившихся проблем. Для аддикта стресс – угроза и повод к бегству. Это сочетается с повышенной обидчивостью, подозрительностью, недоверием.

2. Скрытый комплекс неполноценности, который находит свое отражение в частых сменах настроения, избегании ситуаций, в которых их способности могут быть подвергнуты объективной проверке.

3. Поверхностный характер социальности и ее ограниченность во времени, что сочетается с обостренным стремлением произвести на окружающих благоприятное впечатление. Однако аддикты – скучные, однообразные люди, к глубоким положительным эмоциональным переживаниям не способны. Отношения с ними поверхностны, общение затруднено и неинтересно.

4. Тревожность у аддиктов тесно связана с комплексом неполноценности, зависимости. Характерная особенность состоит в том, что в кризисной ситуации тревожность может отходить на второй план, в то время как

в обычной жизни она зачастую возникает без видимых причин или при обстоятельствах, не являющихся действительным поводом для переживаний.

5. Стремление говорить неправду, вводить в заблуждение, обвинять невинных, уходить от ответственности, поддерживать сложившийся стереотип поведения, получать поддержку и понимание. Снижение асертивности, критики собственного поведения, подчинение влиянию других людей с аддиктивной направленностью; эмоциональная глухота, пренебрежение нормами морали, утрата нравственных ориентиров.

Подростковый возраст как один из кризисных этапов развития личности человека является значимым фактором риска с точки зрения приверженности к различным формам аддикции, поскольку адекватное восприятие реальности у подростков затруднено происходящими в них изменениями, сложностями процесса становления.

Кризисы периода взросления могут стать причиной различных форм дезадаптивного поведения и личностных нарушений. Важно вовремя выявить кризис и правильно его квалифицировать.

Выделяют разные формы кризиса:

- нарушения полового развития;
- кризисы идентичности и авторитетов;
- переживания отчуждения;
- деперсонализация (изменение восприятия самого себя);
- дереализация (изменение восприятия окружающей обстановки);
- нарушение оценки своего физического облика (дисморфофобии);
- нарциссические кризисы (кризисы поглощенности самим собой);
- асоциальность, делинквентность;
- социальная запущенность;
- суицидальные попытки.

Э. Эриксон построил оригинальную схему развития человека на протяжении всей жизни, положив в основу «эпигенетический принцип» [104]. Эпигенез – это учение о зародышевом развитии организма как процессе, осуществляемом путем последовательных преобразований в противовес признанию в половых клетках и зачатках зародыша изначального многообразия структур. Переноса данный принцип на психологию жизненного пути человека, Э. Эриксон выступает против логики теории «двух факторов» (биологического и социального), включая взросление в фундаментальный биологический контекст.

Развитие личности, согласно Э. Эриксону, есть результат борьбы крайних возможностей в период кризисов на каждой стадии жизненного цикла, момент выбора между регрессом и прогрессом.

Периодизация Э. Эриксона охватывает весь жизненный путь личности и разные стороны ее развития. Личность развивается благодаря включению в различные социальные общности (нацию, социальный класс, профессиональную группу) и переживанию своей неразрывной связи с ними. Идентичность – психосоциальная тождественность – определяет систему ценностей личности, ее идеалы, жизненные планы, потребности, социальные роли с соответствующими формами поведения.

Таким образом, Э. Эриксон пришел к выводу о значительном влиянии культуры и социального окружения на развитие индивида. Главными для ученого становятся положения о роли среды, цельности личности и необходимости ее постоянного развития в процессе жизни. Эриксон считал, что развитие личности продолжается всю жизнь; влияют на этот процесс не только родители и близкие люди, но и друзья, работа, общество в целом. Сам этот процесс Эриксон называл формированием идентичности.

К. Хуррельманн описывает развитие личности как происходящие на протяжении всей жизни долговременные изменения в основных элементах структуры личности, которую он определяет как «присущую данному лицу организованную структуру мотиваций, черт, установок и навыков действий, которая является биографическим следствием того, как индивид справляется с требованиями среды и собственного организма» [100]. Исследователь выделяет четыре модели отношений между индивидом и средой:

1. Механистическая модель, в рамках которой среда трактуется как данность и как причина, формирующая паттерны поведения индивида. Импульсы развития при этом находятся вне человеческого организма, а изменения в поведении можно интерпретировать как ответ на определенные условия среды.

2. Органическая модель, допускающая, что импульсы развития человека лежат внутри организма. Развитие рассматривается как процесс естественного роста, протекающий согласно специфическим законам и правилам, имеющим всеобщее значение.

3. Системная модель, фиксирующая импульсы развития индивида в качестве результата взаимного приспособления и воздействия индивида и среды.

4. Контекстуальная модель, определяющая развитие личности в виде процесса интеракции между человеческим организмом, с одной стороны, и социальной и материальной средой, с другой стороны, длящегося всю жизнь. Личность самореализуется в ходе процессов непрерывной конфронтации со средой и непрерывно повторяющихся усилий овладения ею.

Жизненное пространство человека с выраженными проявлениями дезадаптивного поведения ограничено, замкнуто. Вследствие этого возникает необходимость расширения его границ посредством интеграции, активного включения подростка в жизнь социума, прежде всего, через общение.

Разработка эффективных методов и программ воспитания молодежи – приоритетное направление научного познания. Своевременная диагностика и превенция могут помочь молодым людям, испытывающим трудности, преодолеть их и компенсировать дезадаптацию, приводящую к де социализации личности и, выработав адекватный уровень толерантности, исключить проявления антиобщественного и дезадаптивного поведения.

Рассмотрим *стрессоустойчивость как характеристику здоровой личности, навыка психологической саморегуляции* [3, 17, 24, 82, 87].

Субъективно переживаемое отношение человека к различным раздражителям, фактам, событиям проявляется в виде удовольствия, радости, неудовольствия, горя, страха, ужаса и т. д., т. е. эмоции человека часто сопровождаются изменениями в соматической (мимика, жесты) и висцеральной (изменение частоты сердцебиения, дыхания и т. д.) сферах.

Формирование эмоций подчиняется определенным закономерностям. Так, сила эмоции, ее качество и знак (положительный или отрицательный) зависят от силы и качества потребности и вероятности удовлетворения этой потребности. Кроме того, очень важную роль в эмоциональной реакции играет фактор времени, поэтому короткие и, как правило, интенсивные реакции называют аффектами, а длительные и не очень выразительные – настроениями.

Низкая вероятность удовлетворения потребности обычно ведет к возникновению отрицательных эмоций, увеличение вероятности – положительных. Из этого следует, что эмоции выполняют очень важную функцию оценки события, предмета, вообще раздражения. Кроме того, эмоции являются регуляторами поведения, так как их механизмы направлены на усиление активного состояния мозга (в случае положительных эмоций) или его ослабления (при отрицательных). И, наконец, эмоции выполняют подкрепляющую роль при образовании условных рефлексов, причем ведущее

значение в этом играют положительные эмоции. Негативная оценка какого-либо воздействия на человека, его психику может вызвать общую системную реакцию организма – эмоциональный стресс (напряжение).

Стресс – совокупность неспецифических адаптационных (нормальных) реакций организма на воздействие различных неблагоприятных факторов-стрессоров (физических или психологических), нарушающих его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма (или организма в целом).

Эмоциональный стресс запускается стресс-факторами. К ним относятся воздействия, ситуации, которые мозг оценивает как негативные, если нет возможности от них защититься, избавиться. Таким образом, причиной эмоционального стресса является отношение к соответствующему воздействию. Характер реакции поэтому зависит от личностного отношения человека к ситуации, воздействию и, следовательно, от его типологических, индивидуальных особенностей, особенностей осознания социально значимых сигналов или комплексов сигналов (конфликтные ситуации, социальная или экономическая неопределенность, ожидание чего-либо неприятного и т. п.).

В силу социальных мотивов поведения у современного человека большее распространение получили так называемые эмоциональные стрессы напряжения, вызываемые психогенными факторами – такими, как конфликтные отношения между людьми (в коллективе, на улице, в семье). Достаточно сказать, что такое тяжелое заболевание, как инфаркт миокарда, в 7 случаях из 10 вызывается конфликтной ситуацией.

Увеличение числа стрессов – расплата человечества за технический прогресс. С одной стороны, уменьшилась доля физического труда в производстве материальных благ и в быту. И это, на первый взгляд, плюс, так как облегчает жизнь человека. Но, с другой стороны, резкое снижение двигательной активности нарушило естественные физиологические механизмы стресса, конечным звеном которого и должно быть как раз движение. Естественно, что это извратило и характер протекания жизненных процессов в организме человека, ослабило запас его прочности.

При стрессе через систему посредников мозг (его промежуточный отдел) активирует гипофиз, который выбрасывает адренокортикотропный гормон – АКТГ – активатор надпочечников. Одновременно повышается активность симпатической нервной системы, что ведет к усилению работы сердца, повышению уровня артериального давления, увеличению свертыва-

ваемости крови и т. д. В конечном итоге и гормоны, и нервная система постепенно поднимают работоспособность человека. Эту *начальную стадию стресса называют тревогой*; организм мобилизуется на действие против стрессора – это стадия перестройки. Она характеризуется эмоциональным возбуждением, когда различные механизмы организма начинают работать с большим напряжением, причем взаимодействие между ними часто нарушается, что может привести к временному снижению работоспособности. Кроме того, в случае патологии или функциональных нарушений в какой-либо системе органов соответствующая часть организма может не выдержать (например, при увеличении артериального давления может лопнуть кровеносный сосуд, если его стенки поражены склеротическими изменениями).

На *второй стадии – устойчивости* – секреция гормонов стабилизируется, активация симпатической системы сохраняется на высоком уровне. Это позволяет справиться с неблагоприятным воздействием и поддерживать высокую умственную и физическую работоспособность.

Обе первые стадии стресса объединяют в единое целое – *эустресс*. Это адаптивная, физиологически нормальная часть стресса. Эустресс повышает возможности человека.

Однако если стрессовая ситуация длится очень долго или стрессовый фактор оказался очень мощным, то адаптивные механизмы организма оказываются истощенными. Это *третья стадия – истощение*, когда снижается работоспособность, падает иммунитет, образуются язвы желудка и кишечника. Поэтому третья стадия стресса является патологической и ее обозначают как *дистресс*. Это фактически дезаптация организма. Чаще всего развитие негативных последствий определяется возникающими в ответ на стрессовую ситуацию отрицательными эмоциональными реакциями. Негативные эмоции в свою очередь усиливают протекание стресса, поэтому для данной стадии характерно состояние психической дезаптации.

Для современного человека важнейшими стрессовыми факторами являются эмоциональные. Сегодня жизнь во всех своих проявлениях очень часто вызывает у человека отрицательные эмоции. Мозг постоянно перевозбуждается, и напряжение накапливается. Если человек выполняет тонкую работу или занимается умственным трудом, стресс эмоциональный, особенно длительный, может дезорганизовать его деятельность. Это означает, что стресс, точнее эустресс, теряет свое адаптивное значение и становится в ряде случаев даже вредным для человека, его деятельности. Поэтому эмоции становятся очень важным фактором здоровых условий жизни человека.

Уменьшить стресс или его нежелательные последствия могла бы двигательная активность, которая оптимизирует взаимоотношения между различными вегетативными системами, является адекватным «приложением» стрессовых механизмов.

Движение – это конечный этап любой мозговой деятельности. В силу системной организации человеческого организма движение тесно сопряжено с деятельностью внутренних органов. В значительной степени – через мозг. Поэтому исключение такого естественного биологического компонента, как движение, заметно сказывается на состоянии нервной системы: нарушается нормальное течение процессов возбуждения и торможения и возбуждение начинает преобладать. Поскольку во время эмоционального напряжения возбуждение в ЦНС достигает большой силы и не находит «выхода» в движении, оно дезорганизует нормальную работу мозга и течение психических процессов. Кроме того, появляется избыточное количество гормонов, которые вызывают сдвиги обмена веществ, целесообразные только при высоком уровне двигательной активности.

Как уже отмечалось, двигательная активность современного человека недостаточна для того, чтобы снять напряжение (стресс) или его последствия. В результате напряжение накапливается, и достаточно небольшого негативного воздействия, чтобы наступил срыв психики. При этом в кровь выбрасывается большое количество гормонов надпочечников, усиливающих обмен веществ и активизирующих работу висцеральных органов и систем. Поскольку запас функциональной прочности организма, а в особенности сердца и сосудов, снижен (он мало тренирован), у части людей развиваются тяжелые нарушения сердечно-сосудистой и других систем.

Другим способом защиты от негативных последствий стресса является изменение отношения к ситуации. Главное здесь – понижение значимости стрессового события в глазах человека («могло быть и хуже», «это не конец света» и т. д.). По сути, этот способ позволяет создать новый доминантный очаг возбуждения в мозгу, который затормозит стрессовый.

Худшим вариантом поведения в стрессовой ситуации является отказ от двигательной активности или изменения отношения к ситуации («поисковой активности»). Проявлением такого отказа у человека являются депрессия, невротическая тревога, переживание апатии, беспомощности и безнадежности. Такие симптомы часто предшествуют развитию ряда психосоматических и соматических заболеваний (язв желудка и кишечника, ал-

лергий, различных опухолей). Особенно резко эти симптомы проявляются у высокоактивных людей, которые капитулируют перед возникшими трудностями в ситуации, кажущейся им безнадежной (так называемый тип А). По наблюдениям клиницистов, такие симптомы возникают у них перед инфарктом миокарда.

Особую разновидность эмоционального стресса представляет собой информационный стресс [38, 67]. Научно-технический прогресс, в условиях которого мы живем, вызывает массу изменений вокруг человека, оказывает на него мощное воздействие, превосходящее по силе любое другое влияние окружающей среды. Прогресс изменил информационную среду, породил информационный бум. Как уже отмечалось, количество информации, накопленной человечеством, каждое десятилетие примерно удваивается, что означает необходимость усвоения каждому очередному поколению значительно большего объема информации, чем предыдущему. Однако при этом мозг не меняется, как не увеличивается и количество клеток, из которых он состоит. Вот почему для усвоения возросшего объема информации, в частности, в сфере образования, нужно либо увеличивать продолжительность обучения, либо интенсифицировать этот процесс. Поскольку увеличивать продолжительность обучения довольно сложно, в том числе по экономическим причинам, остается повысить его интенсивность. Однако в этом случае возникает естественное опасение информационных перегрузок. Сами по себе они не представляют угрозы для психики, так как у мозга колоссальные возможности по переработке больших объемов информации и защиты от ее избытка. Но если время, которое необходимо для ее переработки, ограничено, это вызывает сильное нервно-психическое напряжение – информационный стресс. Иными словами, нежелательное напряжение возникает при несоответствии скорости поступления информации в мозг биологическим и социальным возможностям человека. Самое неприятное, если к факторам объема информации и дефицита времени присоединяется третий – мотивационный: если требования к ребенку со стороны родителей, общества, учителей высоки, то не срабатывают механизмы самозащиты мозга (например, уклонение от учебы) и как результат возникают информационные перегрузки. При этом особые трудности испытывают прилежные дети (так, у первоклассника при выполнении контрольной работы психическое состояние соответствует состоянию космонавта при взлете корабля). Не меньшие информационные перегрузки соз-

дают и различные виды профессиональной деятельности (например, авиадиспетчер порой одновременно должен контролировать до 17 самолетов, учитель – до 40 индивидуально различных учеников и т. д.).

Таким образом, многочисленные обстоятельства современной жизни приводят к чрезмерно сильному психоэмоциональному напряжению человека, вызывающему отрицательные реакции и состояния, ведущие к неврозам – срывам нормальной психической деятельности.

В условиях стресса психологическая адаптация человека происходит, главным образом, посредством *копинг-стратегий и механизмов психологической защиты* [17, 38, 59, 67, 88].

Одни и те же события жизни могут иметь различную стрессовую нагрузку в зависимости от субъективной оценки.

Стрессовое событие начинается с оценки какого-либо внутреннего (например, мысль) или внешнего (например, упрек) стимула; в результате возникает копинг-процесс. Копинг-реакция срабатывает тогда, когда сложность задачи превышает энергетическую мощь привычных реакций организма. Если требования ситуации оцениваются как непосильные, тогда преодоление может происходить в форме психологической защиты.

В общем континууме психологической регуляции копинг-стратегии играют компенсаторную функцию, а психологические защиты занимают последний уровень в системе адаптации – уровень декомпенсации. На рис. 2 отображены два возможных стиля реагирования на негативные события.



Рис. 2. Копинг-стратегия и психологическая защита.
Стили реагирования в стрессовой ситуации

Проблемно-ориентированный стиль подразумевает рациональный анализ проблемы; связан с созданием и выполнением плана разрешения трудной ситуации; его проявление можно увидеть в таких реакциях, как самостоятельный анализ случившегося, обращение за помощью к другим, поиск дополнительной информации.

Субъективно-ориентированный стиль – следствие эмоционального реагирования на ситуацию. Он не сопровождается конкретными действиями, а проявляется в виде попыток не думать о проблеме, вовлечением других в свои переживания, желанием забыться во сне, растворить свои невзгоды в алкоголе, наркотиках или компенсировать отрицательные эмоции едой.

По стилю реагирования можно условно обозначить два типа людей:

1) прибегающие к механизмам психологической защиты и воспринимающие мир как источник опасностей, характеризующиеся невысокой самооценкой, пессимистичностью;

2) использующие копинг-механизмы (совладание) – реалисты, оптимисты, характеризуются положительной самооценкой и сильно выраженной мотивацией достижения.

Психологическая защита – это специальная система стабилизации личности, направленная на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний. Ограждение происходит путем вытеснения информации, противоречащей «Я-концепции» человека [17, 38, 67, 88].

Принцип психологической защиты заключается в ослаблении внутриличностного напряжения путем искажения существующей действительности, что ведет к психической перестройке, телесным нарушениям (дисфункциям), проявляющимся наличием хронических психосоматических симптомов; изменению способов поведения.

При длительном неврозе возможно появление так называемых вторичных защитных механизмов, которые закрепляют невротическое поведение (например, возникает рационализация с целью оправдать свою несостоятельность; происходит уход в болезнь, освобождающий от ответственности за решение проблем).

Копинг (англ. *coping* – справиться, выдержать, совладать) – стабилизирующий фактор, помогающий личности поддерживать психосоциальную адаптацию в период стресса [16, 42].

Копинг-стратегии – это адаптивная форма поведения, которая поддерживает психологическое равновесие в проблемной ситуации; это спосо-

бы психологической деятельности и поведения, вырабатываемые сознательно и направленные на преодоление стрессовой ситуации.

Проблемная ситуация характеризуется неопределенностью, повышенной сложностью, стрессогенностью, противоречивостью.

Рассмотрим *виды стрессовых ситуаций*.

Макрострессоры – критические жизненные события, требующие продолжительной социальной адаптации, затрат большого количества сил и сопровождающиеся стойкими аффективными нарушениями.

Микрострессоры – повседневные перегрузки и неприятности, локализованные во времени, влекущие за собой ухудшение самочувствия, для восстановления адаптации требующие небольшого количества времени (минуты).

Психотравмы – травматические события, характеризующиеся определенным порогом интенсивности, внезапным и непредсказуемым началом.

Хронические стрессоры – перегрузки с длительной протяженностью во времени; характеризуются повторяющимися однотипными стрессовыми нагрузками.

Стресс может выполнять защитную и саногенную функции.

Когнитивно-феноменологический подход (теория преодоления стресса по Лазурсу). Описывается взаимодействие человека и стресса. Преодоление стресса осуществляется в два этапа:

1) *Первичная оценка* позволяет индивиду сделать вывод о том, что ему грозит: стрессор – угроза или благо. Первичная оценка стрессового воздействия представляет собой ответ на вопрос «Что это значит для меня лично?».

При оценке события как дестабилизирующего возникает потребность в адаптации; ее удовлетворение осуществляется по трем каналам: освобождение эмоций, выработка стратегии совладения, социальный канал (он задействован меньше других и редко учитывается).

2) *Вторичная когнитивная оценка* считается основной и является ответом на вопрос «Что я могу сделать в данной ситуации?». Оцениваются собственные ресурсы и личностные факторы:

- эмоциональная стабильность;
- психологическая выносливость (система убеждений);
- умения ставить цель и видеть смысл в том, что делаешь;
- используемый тип психологической защиты;
- состояние в момент стресса;

- предрасположенность к состояниям страха и гнева;
- социальная поддержка (есть ли люди, которые являются значимыми; оценка социального положения этих людей; оценка того, насколько они влиятельны в социальной среде; могут ли они своей личностью воздействовать на стрессор; частота контактов с этими людьми).

Социальная поддержка имеет буферный и защищающий эффекты.

Первичная и вторичная оценки могут осуществляться независимо и синхронно. Результат соотношения первичной и вторичной оценки – решение о приоритетном для организма типе реакции на стресс, а также выработка копинг-стратегии.

Активные копинг-стратегии, ориентированные на решение проблемы, ведут к уменьшению имеющейся симптоматики, в то время как избегание и другие копинг-стратегии, направленные на редуцирование эмоционального напряжения, приводят к усилению симптоматики.

Классификация копинг-стратегий [17, 59].

1) Копинг, ориентированный на саму ситуацию (проблему):

- активное влияние на ситуацию;
- бегство или уход из психотравмирующей ситуации;
- пассивность переживания.

2) Копинг, ориентированный на репрезентацию (стремление лучше узнать ситуацию):

- поиск информации – вигильность;
- вытеснение информации.

3) Копинг, ориентированный на оценку:

- переоценка событий;
- переосмысливание событий;
- изменение цели в жизни.

Отличия копинг-стратегий и психологической защиты.

Методы психологической защиты (МПЗ) действуют на бессознательном уровне, копинг – образование, формирующееся на сознательном уровне.

Действие МПЗ направлено на снятие эмоционального напряжения, а копинг действует в направлении восстановления нарушенных отношений между окружением и личностью.

МПЗ срабатывают мгновенно при столкновении с проблемной ситуацией, копинг же формируется последовательно.

МПЗ искажают объективную ситуацию, копинг – нет.

Теории о механизмах психологической защиты и копинг-стратегиях используются во время планирования интервенции [17, 38, 59, 67, 88]. При этом диагностируемые механизмы защиты свидетельствуют о наличии ригидности «Я-концепции». Диагностируемая копинг-реакция, в свою очередь, говорит о возможных вариантах совладания и тех ресурсах личности, которые эффективно помогают преодолевать проблемную ситуацию.

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

1. Что входит в понятие здоровьесозидающей направленности личности?
2. В чем заключается креативная (творческая) составляющая «Я-концепции» личности?
3. Какие ситуации являются рискованными? В чем их сущность?
4. В чем заключается профилактика девиантного поведения учащихся?
5. В чем заключается профилактика зависимого поведения?
6. В чем сущность и различие копинг-стратегий и психологической защиты?

Задание. Дайте описание одной из стрессовых ситуаций (личной или заимствованной, в том числе из публикаций). Предложите один из вариантов копинг-стратегий, приемлемый в представленной Вами стрессовой ситуации.

Глава 3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК АСПЕКТА РЕАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ

3.1. Компетенция здоровьесбережения в структуре личных и социальных компетенций обучающихся

В современной отечественной педагогике под *социализацией* понимают процесс и результат вхождения индивида в социальную структуру, усвоения норм и правил функционирования этой структуры, интериоризацию ее ценностей. Успешность социализации во многом обусловлена уровнем здоровья индивида.

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

Д. А. Болтов указывает, что социализация осуществляется через ряд условий (факторов), к которым ученый относит целенаправленное воспитание, обучение и случайные социальные воздействия в деятельности и общении [13]. По мнению А. В. Мудрика, процесс социализации есть совокупность четырех составляющих: стихийной социализации, относительно направляемой социализации, относительно социально контролируемой социализации (воспитания), более или менее сознательного самоизменения человека [70].

В контексте здоровьесориентированной деятельности социализация рассматривается в первую очередь как реализация социальной функции воспитания, особо организуемая образовательная деятельность, направленная на развитие у обучающихся социальной компетентности, связанной с охраной и укреплением здоровья. Как дополнительная сфера управляемой социализации может быть реализовано направление «относительно направ-

ляемой социализации» (А. В. Мудрик) [70] – например, социально полезная / социально одобряемая необразовательная деятельность обучающихся (волонтерство, участие в социальных проектах, оздоровительная деятельность и пр.), однако в любом случае в функционировании образовательной организации, опирающейся на основную образовательную программу, это лишь часть образовательной деятельности (часть воспитательной работы).

В содержании понятия «социализация» выделяются следующие компоненты:

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

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

Этап первичной социализации можно условно разделить на три фазы [87]. Первая фаза заключается в освоении социальных ценностей и норм – культурного опыта общества. Вторая фаза обусловлена стремлением личности к собственной персонализации, самоактуализации и воздействию на других членов общества (самоутверждение, поиск своего места в обществе). Третья фаза заключается в интеграции каждого человека в определенную социальную группу, где он раскрывает собственные возможности.

На этапе первичной социализации в определенные периоды взросления ребенка социализация имеет свои особенности.

Дошкольный возраст обеспечивает подготовку к социализации, первую фазу ее прохождения (развитие познавательного интереса к социуму, миру взрослых, их занятиям, а также понимание собственного «Я») через ведущий вид деятельности – игру. На этом этапе необходимо создание условий для развития ребенка, открывающих возможности для его позитив-

ной социализации, его личностного развития, развития инициативы и творческих способностей на основе сотрудничества со взрослыми и сверстниками (Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования).

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

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

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

Для обучающихся в качестве основного «агента» социализации (термин Д. А. Болтова) выступает институт образования, существующий в виде конкретных образовательных организаций, которые являются инициаторами целенаправленного процесса социализации и повышения его эффек-

тивности, в том числе через социальное партнерство с семьей и сетевое взаимодействие с другими организациями [13]. Поэтому субъектами социализации, помимо самого ребенка, будут выступать его родители и другие члены семьи, педагоги, сотрудники организаций непедагогического профиля, работающие с детьми, сверстники, представители различных общественных практик, имеющие авторитет в своей области и в детской аудитории, члены общественных организаций и т. д. Взаимодействие этих субъектов имеет характер социального партнерства, чертами которого являются, согласно Т. И. Бабаевой, готовность субъектов принять общую цель, задачи, найти согласованные пути решения, добиться установления благоприятного психологического климата коммуникации [74].

Социализация как образовательный феномен является одним из предметов научно-педагогических исследований. В методологии этих исследований заложены различные подходы к его трактовке. На основе анализа научно-методической литературы можно выделить четыре основных подхода.

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

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

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

а также самой ее жизнью; задача культуры в том и состоит, чтобы гармонизировать интересы и возможности социальных групп с запросами и склонностями личностей, в них входящих [12].

4. *Компетентный подход*. Социализация рассматривается как набор знаний, способностей, личностных характеристик, ценностей и стремлений, приводящих к успешному функционированию индивида в социальных общностях. Именно социальные компетенции, по утверждению И. А. Зимней, явились в западной практике в 1970–90-е гг. основой для разработки компетентного подхода в педагогике, психологии, социологии, теории менеджмента, лингвистике [28, 29].

В образовательной практике принято рассматривать социализацию в следующих направлениях [30]:

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

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

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

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

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

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

- содействие самоопределению и самоактуализации обучающихся: формирование адекватного образа «Я», стрессоустойчивости, развитие конструктивных копинг-стратегий, навыков продуктивной организации своего досуга, навыков конструктивного взаимодействия (в том числе коммуни-

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

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

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

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

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

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

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

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

Так, например, Т. Шульц получил Нобелевскую премию (1979) за доказательство того, что подавляющее число работодателей в мире хотят иметь в качестве работников людей с набором следующих качеств: три ви-

да здоровья (физическое, психическое и социальное – компоненты здоровья, согласно ВОЗ); два вида интеллекта (критическое мышление и творческая интуиция); совесть. Г. С. Беккер получил Нобелевскую премию по экономике (1992) за доказательство того, что эти же качества являются решающими при налаживании всех так называемых непроизводственных отношений (любовных, семейных, соседских, товарищеских, дружественных и т. д.) [72].

В докладе Международной комиссии по образованию для XXI в. «Образование: сокрытое сокровище» в 1996 г. Ж. Делор определил основные компетенции современного человека: научиться познавать, научиться делать, научиться жить вместе, научиться жить.

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

Довольно обширный список социальных компетенций представлен в трудах И. А. Зимней [28, 29]. Поскольку в отечественной психологии и педагогике сформулированы положения относительно того, что человек есть субъект общения, познания, труда (Б. Г. Ананьев), что человек проявляется в системе отношений к обществу, другим людям, к себе, к труду (В. Н. Мясищев), все компетенции, по мнению И. А. Зимней, можно разделить на три группы [28, 29].

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

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

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

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

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

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

2. Относящиеся к взаимодействию человека с другими людьми:

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

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

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

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

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

- компетенции информационных технологий: прием, переработка, выдача информации; преобразование информации (чтение, конспектирование); массмедийные, мультимедийные технологии; компьютерная грамотность; владение электронной, интернет-технологиями.

К собственно социальным компетенциям (в узком смысле слова), согласно И. А. Зимней, относятся компетенции здоровьесбережения, гражданственности, социального взаимодействия, общения и информационно-технологическая компетенция [29].

Согласно Федеральному государственному образовательному стандарту общего образования к основным компетенциям относятся:

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

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

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

- способность к самопознанию, саморегуляции, самоактуализации, непрерывному развитию в физическом, душевном, социальном (профессиональном и полоролевом), интеллектуальном и духовно-нравственном аспектах самоактуализации и самореализации (в том числе способность реализовывать здоровьеориентированную личностную позицию) – данная способность невозможна без способности к рефлексии, принятия ответственности и др.;
- способность опираться в своей деятельности на результаты самостоятельной мыслительной деятельности (с учетом всех видов мышления – образного, абстрактного, творческого, критического и т. д.);
- способность ориентироваться в своей деятельности на гуманистические ценности, национальные и культурные традиции и приоритеты гражданского общества;
- способность использовать информацию из любых доступных источников для решения текущих задач;

- способность конструктивно взаимодействовать – вербально и невербально – с социумом (обществом, общностью, коллективом, семьей, друзьями, партнерами) и отдельной личностью – в том числе в области кросс-культурных коммуникаций.

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

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

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

1. Урочная деятельность. Социальные компетенции, особенно способность к саморегуляции, самоактуализации, непрерывному развитию и самореализации, способность опираться в своей деятельности на результаты самостоятельной мыслительной деятельности, способность использовать информацию из любых доступных источников для решения текущих задач, формируются, по замыслу разработчиков федеральных государственных образовательных стандартов, на всех школьных предметах. Ориентация на гуманистические ценности, национальные и культурные традиции и приоритеты гражданского общества развивается наилучшим образом на предметах гуманитарного и естественнонаучного циклов. Способность конструктивно взаимодействовать в межличностном общении и при коллективной работе формируется в урочной деятельности при использовании учителем технологий активного обучения (например, игровых, технологий кооперативного обучения или тренинговых форм работы), но наилучшим образом – во внеурочной деятельности.

2. Внеурочная деятельность. Образовательная среда предоставляет школьникам разнообразные возможности для социализации во второй половине

дня (кружки, секции, научные общества, клубы по интересам, групповые занятия с психологом, соревнования, викторины, экскурсии, встречи с деятелями искусства и культуры, спортсменами, представителями различных профессий и др.). Одним из новых видов деятельности по развитию социальных компетенций школьников является проектно-исследовательская. Если говорить о методе проектов как о педагогической технологии, то он предполагает использование совокупности исследовательских, поисковых, проблемных методов, творческих по своей сути, т. е. в основе метода проектов лежит развитие познавательных навыков детей, умения самостоятельно конструировать свои знания, ориентироваться в информационном пространстве, развитие критического и творческого мышления – социальных компетенций. Проект предполагает практическую социальную направленность и конкретный общественно значимый продукт.

Система дополнительного образования обладает богатыми возможностями для социализации детей и подростков, поскольку в организациях дополнительного образования происходит интеграция личности в социально-креативную среду, где и осуществляются ее адаптация, развитие и саморазвитие в условиях усвоения и воспроизводства культуры общества [36].

В общих чертах, технология социализации в рамках дополнительного образования может иметь следующий алгоритм [36]:

1. Выбор обучающимся направления деятельности на основе свободного и добровольного принятия решения.
2. Социальная адаптация в условиях избранного вида деятельности или области знания. Воспитанники погружаются в традиции творческого коллектива, новые правила общения и сотрудничества с педагогом, в круг требований к занятиям и обязанностей обучающегося по освоению образовательной программы и др.
3. Социализация обучающихся в условиях становления и развития интереса к избранному виду деятельности.
4. Социализация обучающихся в условиях формирования устойчивого интереса к избранному виду деятельности.
5. Социализация обучающихся в условиях формирования допрофессиональных интересов в избранной области знания и творчества.

Развитие опыта социального партнерства, социальной инициативы и социального действия каждого проявляется в подготовке и реализации авторских творческих проектов.

В целом, формирование компетенций здоровьесбережения важно осуществлять и в урочной, и во внеурочной образовательной деятельности, что обеспечит ее результативность.

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

1. Какие трактовки социализации встречаются в педагогических трудах?
2. Из чего состоит социализация?
3. Каковы этапы и фазы социализации?
4. Как понимается социализация в контексте адаптационного, аксиологического, антропоцентрического и компетентностного подходов?
5. В каких направлениях рассматривается социализация в образовательной практике?
6. Что собой представляет компетентностная модель социализированной личности?
7. Какие основные компетенции выделяет в своих трудах И. А. Зимняя? Какие компетенции она относит к социальным (в узком смысле слова)?
8. Какие компетенции выделяются как основные в Федеральном государственном образовательном стандарте общего образования?
9. Что способствует формированию социальных компетенций обучающихся в урочной и внеурочной деятельности?

Задание 1. Проведите сравнительный анализ перечней основных компетенций, представленных в параграфе. Определите, в чем их сходство и различия. Попробуйте сгруппировать близкие компетенции, предложенные разными авторами, и составить обобщенный перечень компетенций; при этом можно использовать категории данных авторов или предложить собственные.

Задание 2. Рассмотрите какое-либо направление дополнительного образования детей с точки зрения его возможностей в социализации и формировании здоровьесориентированных социальных компетенций.

3.2. Профилактические программы как организационно-методическая основа формирования культуры здоровья

Принимая во внимание тот факт, что на здоровье существенное разрушающее действие оказывают факторы риска социально-гигиенического характера, связанные с поведением человека, важно рассмотреть особен-

ности этого поведения. Поведение, влекущее за собой разрушение здоровья, не может считаться нормальным; следовательно, его можно отнести к категории девиантного.

Девиантное поведение (от лат. *deviatio* – отклонение) – поступок, действия человека, не соответствующие официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе нормам или стандартам; социальное явление, выраженное в массовых формах человеческой деятельности, не соответствующих официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе нормам или стандартам.

Девиантное поведение следует отличать от делинквентного (действия конкретной личности, отклоняющиеся от установленных в данном обществе и в данное время законов, угрожающие благополучию других людей и социальному порядку и уголовно наказуемые в крайних своих проявлениях). При этом следует помнить, что девиантное поведение довольно часто приводит к делинквентному (хулиганству, нецензурной брани в общественном месте, участию в драке, кражам и т. п.).

Рассмотрим *критерии* (специфические особенности) девиантного поведения:

- поведение не соответствует общепринятым или официально установленным в данном обществе в данное время социальным нормам (законам, правилам, традициям, социальным установкам);
- поведение и личность, его проявляющая, вызывают негативную оценку со стороны других людей, что может иметь форму общественного осуждения, социальных санкций, в том числе уголовного наказания;
- поведение наносит реальный ущерб самой личности или окружающим людям: нарушение порядка, нанесение морального или материального ущерба, причинение боли, нанесение вреда здоровью, в крайнем проявлении – угроза жизни; психологический маркер ущерба – страдание личности или окружающих;
- поведение имеет разрушительный характер – деструктивное или аутодеструктивное; является стойко повторяющимся – многократным или длительным; согласуется с общей направленностью личности, т. е. не является следствием нестандартной ситуации – болезни, психотравмы, самообороны; рассматривается в пределах медицинской нормы и не отождествляется с психическим заболеванием или патологическим состоянием, хотя может с ними сочетаться; имеет выраженное индивидуальное и половоз-

растное своеобразие, т. е. по-разному проявляется у разных людей в разном возрасте и его индивидуальные различия затрагивают мотивы поведения, формы проявления, отношение к собственному поведению, динамику, частоту и степень выраженности; сопровождается различными проявлениями социально-психологической дезадаптации (в то же время состояние социально-психологической дезадаптации само по себе может быть причиной девиантного поведения).

Формы девиаций также разнообразны: курение, чрезмерное употребление спиртных напитков, наркомания (эти три формы принято называть наркотизацией, поскольку в основе каждой лежит химическая зависимость от вещества с наркотическим воздействием), тунеядство, бродяжничество, проституция, сквернословие, вымогательство, азартные игры, суицид и т. д. Девиантное поведение представляет собой нарушение социализации, в его основе лежит, как принято считать, процесс разрушения базовых элементов культуры – прежде всего, в аспекте этических норм.

Однако сущность девиантного поведения не так однозначна, как кажется. Поскольку факторы, определяющие склонность к девиантному поведению, весьма разнообразны (в том числе генетически обусловленные или связанные с последствиями определенных заболеваний, особенно перенесенных в раннем детстве), специалисты рассматривают девиантное поведение и как болезнь. Тогда с ней работают клинические психологи и наркологи, зачастую решая ее медикаментозно. Однако существенную долю причин девиантного поведения составляют причины педагогического свойства. Поэтому первичную профилактику девиантного поведения следует осуществлять именно в образовательной среде.

Одной из причин девиаций является маргинализация (процесс деградации человека, потеря им прежнего статуса, превращение в социальное явление, не типичное для данного цивилизованного общества). Главным признаком маргинализации выступает разрыв социальных связей, причем в «классическом» варианте вначале рвутся экономические и социальные связи, а затем и духовные. Таким образом, учебная неуспешность, нарушение психологического климата в коллективе или семье, низкий уровень достатка в семье являются значимыми стимулами, провоцирующими ребенка на проявление девиантного поведения. Представим причины девиантного поведения в системе: биологические, психологические, социальные, в том числе семейные.

Биологические причины девиантного поведения: органическое поражение головного мозга вследствие патологии беременности и родов, родовых травм, внутриутробных и ранних постнатальных вредностей, интоксикаций, мозговых инфекций, черепно-мозговых травм; патология нервной системы; соматическая ослабленность; врожденные уродства и косметические дефекты; наследственная отягощенность психическими, наркологическими, соматическими заболеваниями.

Личностные (психологические и психопатологические) причины девиантного поведения: специфические черты человека – в рамках психической нормы выделяются недостаточная сформированность эмоциональной сферы и навыков общения, низкий уровень самоконтроля, нарушения самооценки, расторможенность, склонность к риску, агрессивность, слабость «Я», тревожность, низкая стрессоустойчивость, внушаемость, нарушения гендерной идентичности, акцентуации характера, нравственная незрелость личности, узкий круг интересов; пограничные состояния, включающие психогенные расстройства (неврозы, реактивные депрессии, расстройства адаптации, острые и посттравматические стрессовые расстройства, депривационные нарушения), психосоматические заболевания, личностные расстройства (психопатии), социальную и педагогическую запущенность; психопатология, включающая задержку психического развития, умственную отсталость, шизофрению, эндогенные депрессии.

Социальные причины девиантного поведения: неблагополучное микросоциальное окружение (девиантная референтная группа, принадлежность к девиантной молодежной субкультуре); низкий статус в группе сверстников, отчуждение от социально-позитивного большинства; социальная депривация, недостаточность социально-позитивного опыта; макросоциальные причины (нестабильность социально-экономической ситуации, негативное влияние СМИ, терпимое отношение общества к поведенческим отклонениям, несовершенство законодательства, отсутствие развитой системы социальной поддержки).

Семейные причины девиантного поведения: нарушения детско-родительских (эмоциональная холодность, отвержение, авторитаризм, сверхконтроль, гипо- или гиперопека, воспитание по типу «кумир семьи») и/или супружеских взаимоотношений; жестокое обращение, насилие в семье, оскорбления, пренебрежительное отношение, безнадзорность; низкий социальный статус семьи; асоциальное или криминальное поведение близких членов семьи;

психические заболевания родителей; хроническая психологическая травматизация, серьезные изменения или стрессы, переживаемые семьей.

После того как сформулирована и подтверждена гипотеза, объясняющая возникновение девиантного поведения, необходимо выбрать адекватную форму коррекционной работы.

Одной из самых распространенных форм девиантного поведения в образовательной среде является зависимое (аддиктивное) поведение (некоторые специалисты полагают, что психологический механизм аддикции лежит в основе всех форм девиантного поведения). *Аддиктивное (зависимое) поведение* – болезненное пристрастие, стремление полагаться на кого-либо или что-либо в целях получения удовлетворения; способ ухода от реальности и сверхценное отношение к выбранному объекту.

Аддикция формируется постепенно и проходит через стадии психической и физической зависимости. Психическая зависимость – патологическое влечение к какому-либо объекту, связанное с возможностью достижения психологического комфорта преимущественно в состоянии или в результате взаимодействия с этим объектом. Физическая зависимость (свойственна преимущественно для психоактивных веществ и пищи) – непреодолимое влечение к алкоголю или иному психоактивному веществу, связанное с возможностью достижения физического комфорта преимущественно в состоянии опьянения.

Профилактика зависимостей (аддикций) представляет собой систему мер, направленных на предупреждение формирования зависимостей от психоактивных веществ (ПАВ) (табака, алкоголя, наркотиков), пищевых зависимостей, нехимических зависимостей (интернет-зависимости, игровой, компьютерной, телевизионной, мобильной и т. п.); устранение соответствующих факторов риска, усиление и развитие позитивных ресурсов личности и социальной среды [3, 15, 82, 88].

Рассмотрим основные мотивы употребления ПАВ. В первую «триаду» входит группа так называемых социально-психологических мотивов приема алкоголя:

1. *Традиционная мотивация.* Алкоголь употребляется по «санкционированным» поводам – праздники, банкеты, деловые встречи, банные дни и т. д.

2. *Субмиссивная мотивация,* или, иными словами, употребление алкоголя «за компанию». Такая мотивация отражает подчинение давлению других людей в плане приема алкоголя.

3. *Псевдокультурная мотивация.* Употребление алкоголя отражает желание привлечь к себе внимание окружающих утонченным знанием редких напитков, особых рецептов коктейлей, изысканностью ритуалов выпивки, стремлением почувствовать принадлежность к высшему свету, к «золотой молодежи». В этом случае алкоголь становится для человека символом красивой жизни.

Вторая «триада» состоит из группы личностных, персонально значимых мотивов:

4. *Гедонистическая мотивация* (от гр. *hedone* – наслаждение как высшее благо). Такая мотивация отражает стремление к физическому и психологическому удовольствию от действия алкоголя, к эйфории, хорошему настроению.

5. *Атарактическая мотивация* (от гр. *ataraktos* – невозмутимый, спокойный). Стремление к приему алкоголя имеет целью смягчить или устранить эмоциональный дискомфорт, тревожность, пониженное настроение. Атарактическая мотивация свидетельствует о психологическом неблагополучии человека.

6. *Мотивация с гиперактивацией поведения.* Алкоголь употребляется в качестве допинга для того, чтобы поднять тонус, стимулировать воображение и творческую деятельность, улучшить работоспособность. Ожидание стимулирующего эффекта алкоголя, желание выйти из состояния скуки и бездействия свойственно импульсивным, эмоционально неустойчивым людям с повышенной потребностью в острых ощущениях, в риске, стимуляции.

В третью триаду входят собственно патологические, т. е. болезненные, мотивы, которые чаще всего проявляются при уже сформированной зависимости:

7. *Похмельная мотивация.* Это стремление с помощью алкоголя снять явления абстинентного синдрома – физического дискомфорта, связанного с лишением спиртного. Алкоголь в данном случае используется как лекарство для улучшения самочувствия.

8. *Аддиктивная мотивация* (от англ. *addiction* – пагубное пристрастие). Имеется в виду пристрастие к алкоголю, психологическое влечение к нему. Встречается чаще всего на первой и второй стадиях алкоголизма.

9. *Мотивы самоповреждения.* Такие мотивы проявляются стремлением пить назло себе и другим. В основе может лежать протест против не-

выносимых условий, потеря перспективы, ощущение беспомощности или невозможности справиться со своим пристрастием, утрата смысла трезвости и даже смысла жизни.

Общими идеологическими основаниями педагогической профилактики употребления ПАВ являются следующие положения: 1) здоровье не абсолютная, а инструментальная ценность; 2) роль социальной компоненты в определении здоровья достаточно высока; 3) содержательное наполнение культуры здоровья как социального феномена определяется приоритетными идеями и ценностями, выступающими основой культуры общества.

Педагогическая профилактика – комплексная системная модель организации обучения и воспитания детей и подростков, обеспечивающая снижение риска зависимого поведения, приобщения к деструктивному для здоровья образу жизни за счет развития социальных компетенций, формирования личностных свойств и качеств, повышающих устойчивость к негативным влияниям среды [15, 60, 82, 88].

Педагогическая профилактика в системе государственной профилактической работы занимает одну из ключевых позиций, поскольку является первичной и имеет дело либо с обучающимися без опыта употребления психоактивных веществ или без признаков иных форм зависимости (нехимических), либо с обучающимися, имеющими отдельные случаи приобщения к объектам, вызывающим зависимость.

Поскольку у детей первое приобщение к табаку и алкоголю происходит не только из любопытства, но и из стремления подражать значимым взрослым или сверстникам, из желания быть принятым в компанию, важными направлениями профилактической работы являются, с одной стороны, создание здоровьесориентированной среды (где употребление ПАВ немодно, неактуально), а с другой стороны, формирование у детей и подростков навыков сопротивления давлению (умение сказать «Нет!», критическая автономия, коммуникативные навыки и т. д.). Если курению и употреблению спиртного в молодежной среде приписываются такие «функции», как облегчение общения, взрослость, «крутизна», то подросток, преодолевая неприятные ощущения от первых проб и страх наказания, может начать курить и пить, и это будет удовлетворять важные для него потребности.

Сами по себе особенности подросткового возраста могут подтолкнуть к экспериментированию с различными психоактивными (изменяющими сознание) веществами. Это присуще большинству подростков: лю-

бопытство, жажда новых ощущений, склонность к риску, чувство протеста против правил и ограничений, повышенная потребность в общении, желание получить признание в компании сверстников, стремление к взрослости (особенно привлекательной оказывается внешняя атрибутика).

Другие причины вытекают из особенностей характера: пониженной стрессоустойчивости, неумения справляться с неприятностями, склонности к депрессии, повышенной тревожности. Фактором риска является и присущее некоторым подросткам выраженное стремление к получению удовольствий при низком самоконтроле, неумение получать удовлетворение от деятельности, требующей усилий, творчества. Подобные свойства личности, особенно в сочетании с семейным неблагополучием и неблагоприятной наследственностью, увеличивают риск не только первых проб алкоголя или наркотиков, но и последующего злоупотребления ими.

Под семейным неблагополучием в первую очередь понимаются проблемы алкоголизма у родителей, особенно у матери. Недостаток тепла и доброго отношения в семье также может заставить подростка искать «утешения» в компании сверстников. Результатом авторитарного воспитания обычно становятся либо зависимость и пассивность ребенка, либо подростковый бунт, сопровождающийся разными нарушениями поведения. Кроме того, употребляемые алкоголь и наркотики могут создавать у таких подростков иллюзию душевного комфорта.

Методы профилактики зависимого поведения. Это, в первую очередь, развитие тех свойств характера, которые делают употребление ненужным и бессмысленным [3, 15, 46, 60, 82, 88, 102].

Если человек в состоянии получать от жизни удовольствие, умеет уверенно общаться, справляться с неприятностями, решать проблемы, ставит себе определенные цели и активен в их достижении, то и потребности в алкоголе или наркотике у него не возникает. Конечно, может случиться так, что подросток попробует алкоголь или даже наркотик, но вероятность дальнейшего употребления значительно уменьшается.

Очень важно, как родители ребенка сами относятся к употреблению наркотиков или алкоголя. Например, в семье может считаться, что алкоголь – незаменимое средство в праздники, от усталости, для аппетита, при простуде, в горе и в радости. Такие же представления складываются и у детей, причем задолго до первой пробы; подрастая, дети начинают им следовать. Также не рекомендуется провоцировать ребенка на первую пробу,

предлагая спиртное за праздничным столом. Многие родители рассчитывают подобным образом контролировать поведение ребенка и количество выпитого им алкоголя. Однако сами дети воспринимают такое знакомство с алкоголем как снятие запрета, у них пропадает «страх перед первой рюмкой», и расчет родителей на строго регламентированное семейное употребление не всегда оправдывается. Доказано: чем позже происходит первая проба, тем меньше риск последующего злоупотребления.

Другой формой девиантного поведения, на которую направлена педагогическая профилактика, является *суицидальное поведение* – осознанные действия, направляемые представлениями о лишении себя жизни.

Существуют следующие формы суицидального поведения: истинный, аффективный и демонстративный суицид [3, 88].

Истинный суицид – намеренное, обдуманное поведение, направляемое желанием умереть. Суициду предшествуют угнетенное настроение, депрессивное состояние, мысли об уходе из жизни. Характерны переживания и размышления о смысле жизни. Такой суицид не бывает спонтанным, хотя внешне может таковым казаться (травма может прорабатываться только во внутреннем плане).

Аффективный суицид совершается на высоте аффекта. В основе – сильное переживание обиды, недовольства, стремление наказать, отомстить обидчику, возможно, на фоне реакции протеста. Решение не обдумывается, а возникает по типу «короткого замыкания». Совершается, как правило, в одиночестве.

Демонстративный суицид – изображение попытки самоубийства; способ обратить внимание на свои проблемы, вызвать жалость, сочувствие, способ ухода от наказания, способ возмездия, шантажа. Смертельный исход возможен в результате случайности.

Некоторые исследователи выделяют косвенный суицид (скрытое самоубийство) – вид суицидального поведения, не отвечающий его признакам в строгом смысле, но с теми же направленностью и результатом. Действия, сопровождающиеся высокой вероятностью смертельного исхода. Это может быть поведение, связанное с риском (экстремальные виды спорта, употребление сильных наркотиков, поездки в горячие точки и т. д.). Это так называемые аварийные люки – выходы из экзистенциальных тупиков – опустошающая работа, поведение жертвы, алкоголизм и другое рискованное поведение (в психоанализе есть объяснение алкоголизма как хронического суицидального поведения).

Суицидальное поведение у детей до 5 лет встречается крайне редко. У младших школьников, в основном после 9 лет, уже наблюдается суицидальная активность. На более младший возраст приходится лишь 2,5 % от общего числа суицидов у детей. Суицидальное поведение у детей очень редко связано с серьезными психическими заболеваниями и реактивной депрессией. В подавляющем большинстве случаев речь идет о ситуационных реакциях, чаще реакциях протеста. В 80 % случаев их источником являются внутрисемейные конфликты. Чаще всего молодежь совершает суицид в возрасте от 15 до 24 лет. На одного подростка с завершенным суицидом приходится 100 суицидальных попыток. Суицид – это вторая по частоте причина смерти в молодом возрасте [38, 88].

Дети, а нередко и подростки, совершая суицид, прямо не предусматривают смертельного исхода. Тем не менее, последствия аутодеструктивных действий могут быть чрезвычайно опасными для жизни. В отличие от взрослых, у них отсутствуют четкие границы между истинной суицидной попыткой и демонстративно-шантажирующим аутоагрессивным поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидности суицидального поведения.

Типичными факторами риска суицидального поведения в подростковом возрасте являются следующие:

- семейное неблагополучие (ранняя потеря или развод родителей; конфликтные или остро враждебные взаимоотношения, жестокое обращение, случаи суицида в семье);
- состояния школьной дезадаптации, усиленные отвержением референтной группы сверстников (низкий социальный статус в коллективе); ситуации обиды, унижения;
- проблемы во взаимоотношениях с противоположным полом и проблемы сексуального характера, безответная влюбленность;
- переживание стрессовых ситуаций с острыми аффективными реакциями: страх наказания и позора, чувство протеста и мести, нежелательная беременность;
- депрессивные и субдепрессивные состояния;
- незрелость личности подростка, слабый контроль эмоциональных состояний и выраженные акцентуации характера некоторых типов;
- подражание человеку, совершившему суицид.

Выделяют следующие виды профилактики суицидального поведения [38, 88]:

- *специализированные психиатрические (собственно суицидологические)*: терапевтические (медикаментозные и немедикаментозные) мероприятия, направленные на предотвращение формирования (рецидивирования) суицидальной активности, а также на лечение психических расстройств, приведших к возникновению аутоагрессивных проявлений;

- *психологические*: коррекционные мероприятия, направленные на изменение личностных установок в отношении суицидальных проявлений, повышение уровня психологической защищенности, формирование «анти-суицидального барьера» (активизацию антисуицидальных факторов личности) и, таким образом, предотвращающие формирование (рецидивирование) суицидальной активности;

- *общемедицинские*: лечебные мероприятия, направленные на устранение соматических последствий (осложнений) совершенной суицидальной попытки;

- *социальные*: мероприятия, направленные на изменение социального статуса, социально-экономических условий жизни потенциальных суицидентов и способные предотвратить формирование (рецидивирование) суицидальной активности или осуществление суицидальных действий;

- *информационно-обучающие*: мероприятия, направленные на распространение знаний об особенностях генеза и формирования аутоагрессивного (суицидального) поведения, способах самопомощи при возникновении суицидальных проявлений, наличии и характере работы суицидологических служб.

Педагогический аспект профилактики суицидального поведения. Предупредить суицидальный поступок, который наиболее вероятен в кризисных ситуациях, можно посредством своевременного распознавания и коррекции суицидогенных факторов, формирования и развития «анти-суицидальных» психологических особенностей личности, воспитания личности, способной противостоять суицидогенным факторам. Базовыми компонентами жизнестойкости как интегральной характеристики личности являются оптимальная смысловая регуляция, адекватная самооценка, развитые волевые качества, высокий уровень социальной компетентности, развитые коммуникативные способности и умения [82, 88].

При выборе и/или составлении программы профилактической направленности целесообразна соответствующая постановка целей. Следует

акцентировать внимание на содержании авторских программ здоровьесформирующей направленности. Целесообразно составлять собственную программу, если педагог планирует по максимуму учесть особенности обучающихся, класса/группы, их интересы, жизненный опыт. Рекомендуется использовать не авторитарные, а демократические способы определения содержания программы, например, выявление актуальности тех или иных тем путем анкетирования обучающихся или их родителей (дается перечень тем, предлагается выбрать те из них, по которым респондентам хотелось бы получить подробную информацию) или методом мозгового штурма (можно реализовать его, предложив обучающимся или их родителям подобрать ассоциации к слову/словосочетанию, которое представляет обобщенно тему планируемой программы).

Несмотря на то, что программа может быть направлена на какой-то один аспект здоровьесориентированной деятельности, все же рекомендуется, чтобы она своим содержанием способствовала комплексному решению задачи формирования культуры здорового и безопасного образа жизни, позволяла формировать в целом (или по большинству аспектов) социальные компетенции, представленные в компетентностной модели социализированной личности.

Специалисты используют следующие основные *стратегии организации профилактической работы* в рамках здоровьесберегающей деятельности [37, 38]:

- информирование – формирование представлений о негативных последствиях употребления психоактивных веществ (данная стратегия может иметь форму запугивания, поскольку обучающимся демонстрируются неприятные, порой ужасающие последствия употребления психоактивных веществ);
- валеологическая – формирование ценностного отношения к здоровью;
- поведенческая – формирование навыков безопасного поведения в ситуациях риска;
- лично ориентированная – развитие личностных свойств и качеств, снижающих риск формирования зависимого поведения;
- социокультурная – включение ребенка в процесс освоения социально одобряемого культурного опыта.

Рассмотрим особенности каждой стратегии.

Информирование (запугивание). Основная идея стратегии – приобщение к зависимому поведению происходит потому, что человек не знает об

ее опасности. Основные методы воздействия: информационно-эмоциональные, ориентированные на пробуждение негативного отношения к аспектам зависимого поведения. Возникающие проблемы: «отсроченность» негативных результатов приобщения к ПАВ; различие в содержании актуальных ценностей подростков и взрослых, привлекательность для подростков факторов, оцениваемых в среде взрослых как «опасные», «негативные»; нарушение принципа информационной безопасности.

Валеологическая стратегия. Основная идея стратегии: человек, ценящий свое здоровье и заботящийся о нем, не будет разрушать его с помощью ПАВ. Основные методы воздействия: информационные, игровые, тренинговые. Возникающие проблемы: осознание человеком ценности здоровья не гарантирует соблюдения им правил здорового и безопасного образа жизни; формирование привычек здорового и безопасного образа жизни основывается на длительном, комплексном воздействии на личность, охватывающем разные стороны его жизни; формировать культуру здоровья может человек, в полной мере освоивший эту культуру.

Поведенческая стратегия. Основная идея стратегии: подросток приобщается к ПАВ потому, что не знает о том, как правильно вести себя в ситуации риска. Основные формы воздействия: информационные, тренинговые. Возникающие проблемы: не формируются мотивы безопасного поведения; не обеспечивается включение освоенных поведенческих схем в актуальное поведение подростков; организация тренинга требует специальной подготовки педагога.

Личностно ориентированная стратегия. Основная идея стратегии: риск формирования зависимого поведения обусловлен рядом личностных и возрастных особенностей ребенка или подростка. Основные формы воздействия: игровые, тренинговые, информационные, включение в социально значимую деятельность и т. д. Возникающие проблемы: в качестве факторов риска рассматриваются объективные характеристики индивидуального и возрастного развития (в настоящее время около 50 характеристик); «неограниченность» задач и содержания педагогической профилактики; отсутствие адекватных критериев оценки эффективности педагогической профилактики.

Социокультурная модель. Основная идея стратегии: профилактика зависимого поведения как явления культуры должна осуществляться в социокультурном же контексте. Основные факторы риска – специфические

условия развития ребенка или подростка, имеющие социокультурную обусловленность. Основные формы воздействия – коррекция или предупреждение влияния факторов риска за счет актуальных (значимых и доступных) для ребенка или подростка компонентов современной культуры.

Практика показывает, что наилучший эффект дает сочетание различных стратегий профилактики при минимизации стратегии запугивания, соблюдении принципов информационной безопасности, доступности, последовательности, антропоцентризма (в центре внимания профилактической деятельности не объект зависимости, а личность обучающегося), культуросообразности (содержательное наполнение культуры здоровья как социального феномена определяется приоритетными идеями и ценностями, выступающими основой культуры общества) и т. д. Акцент в профилактической работе, согласно современным научным представлениям в области профилактической деятельности, ставится на развитии личностных ресурсов, формировании устойчивой позитивной мотивации на здоровый образ жизни, критической автономии и адекватной «Я-концепции».

Рассмотрим примеры образовательных программ профилактической направленности.

Сегодня существует большое количество авторских программ, по которым реализуется образование в области формирования здорового и безопасного образа жизни. Остановимся лишь на некоторых – рекомендованных к реализации в образовательных организациях.

1. Программа «Все цвета, кроме черного» (М. М. Безруких, А. Г. Макеева, Т. А. Филиппова).

Методическое оснащение программы включает в себя рабочие тетради и блокноты для школьников, пособия для педагогов, брошюры для родителей.

При определении содержания, форм и методов работы авторы руководствовались следующими принципами:

- персонификация целевого воздействия – учет состава социальной группы, референтной для конкретного возраста, опора на социально значимые авторитеты;
- дифференциация форм и методов работы в зависимости от степени вовлеченности ребенка или подростка в наркотизацию;
- использование имеющихся образовательных и воспитательных ресурсов образовательной организации;

- использование атрибутов, являющихся модными, популярными в детской и подростковой среде, с целью подкрепления желательных форм поведения;

- возрастная адекватность – дифференциация используемых форм и методов работы в зависимости от возрастных психофизиологических особенностей адресной группы;

- активное вовлечение родителей в реализацию программы.

Сама программа носит модульный характер. Это выражается вариативностью площадок реализации (программа может быть представлена на базе образовательных организаций различного типа: школ, интернатов, учреждений дополнительного образования, учреждений системы среднего профессионального образования и пр.), возможностью использовать различные варианты реализации (традиционные для образовательного учреждения организационные формы – внеклассная работа, интеграция в базовые учебные курсы), вариативностью временных рамок реализации программы. Педагог может сам выбрать схему реализации в зависимости от актуальности конкретной темы для аудитории, а также своего профессионального функционала.

Программа базируется на интерактивных формах и методах реализации. Обучающиеся непосредственно включены в процесс формирования оценок и суждений как об аспектах наркотизма, так и об иных социальных проблемах, имеющих для них актуальное значение, однако напрямую с наркотизмом не связанных. Интерактивный характер используемых методик обеспечивает условия для освоения обучающимися навыков эффективной социальной адаптации, расширения их социальной компетенции.

Содержание тем программы охватывает круг вопросов, актуальных и значимых для конкретной возрастной группы в плане социальной адаптации и развития (взаимоотношения с окружающими, формирование самооценки, развитие навыков общения и т. д.). Информация, непосредственно связанная с наркотизмом, «встроена» в тематическую канву и рассматривается как один из аспектов анализируемой проблемы. Такое построение программы дает возможность, во-первых, сосредоточиться на формировании у обучающихся навыков эффективной социальной адаптации, позитивных социальных представлениях, которые играют роль альтернативы наркотизму. Во-вторых, оно помогает осознать реальную опасность наркотизма для реализации их актуальных желаний и интересов.

При работе с младшими школьниками учитывается то, что в этом возрасте опыт употребления наркогенных веществ, как правило, отсутствует или носит разовый, «пробный» характер, связан с употреблением алкоголя, курением. Поэтому на обсуждении вопросов, непосредственно относящихся к проблеме наркотизма, внимание школьников специально не фиксируется; анализ ситуаций, в которых младший школьник может столкнуться с наркотизацией, вплетается в общий социально ориентированный контекст.

В подростковом возрасте при организации профилактической работы следует учитывать, что у значительной части школьников уже имеется реальный опыт употребления наркогенных веществ, сформированы личные оценки различных аспектов наркотизма (которые, как правило, носят либеральный характер), учащиеся критически оценивают компетентность педагогов в вопросах, связанных с наркотизмом, не доверяют их оценкам и мнению. Поэтому в качестве форм реализации педагогической профилактики предлагается система деловых, ролевых игр, проектная деятельность. В этом случае задача педагога заключается в том, чтобы обеспечить условия для проявления самостоятельности, творческой активности подростков, выступающих в роли соведущих при определении содержания и форм организации профилактической работы. Таким образом, обеспечивается реализация значимых для подростка потребностей в общении, признании, осознании собственной значимости.

2. Программа по работе с подростками «Смотри по жизни вперед» (Г. В. Латышев, М. В. Орлова, Д. О. Речнев, О. А. Титова, С. М. Яцышин).

Программа направлена на создание оптимальных условий для формирования у подростков качеств личности, препятствующих началу употребления наркотиков. Изложены основные принципы профилактики и практические рекомендации по организации профилактической работы среди молодежи. Программа призвана помочь специалистам и молодежным лидерам, работающим в области профилактики наркозависимости.

3. Программа «Мой выбор» (И. Ахметова, Т. Иванова, А. Иоффе, А. Прутченков, Г. Смирнова).

Программа рассчитана на обучающихся в средней и старшей школах. Программа для средней школы представляет собой 12-часовой курс для учащихся 8–9-х классов. Данный курс помогает осознать необходимость личного выбора из нескольких вариантов поступков, поведения в различных жизненных ситуациях и свою личную ответственность за сделанный вы-

бор. Курс задуман таким образом, чтобы у школьников была возможность ознакомиться с последствиями сделанного выбора. Рабочая тетрадь содержит задания, тесты, кроссворды, дополнительную информацию для учащихся по курсу. Курс для старшеклассников состоит из 6 занятий по темам «Человек свободного общества», «Учимся строить отношения», «Мое здоровье», «Преступление и наказание, или Цена скейтборда», «Я и политика», «Свобода и ответственность – выбор XXI века».

4. Программа «Формирование здорового жизненного стиля» (Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский).

Программа предполагает работу с подростками среднего (12–14 лет) и старшего (15–17 лет) возраста – школьниками и обучающимися в организациях системы СПО. В процессе реализации программы проводится работа с подростками, а также с учителями и родителями. В каждой группе выделяются лидеры (волонтеры) для проведения дальнейшей профилактической деятельности.

Программа состоит из четырех разделов:

1. Информационный раздел.
2. Когнитивное познавательное развитие.
3. Развитие личностных ресурсов.
4. Развитие стратегий и навыков высокофункционального поведения.

Работа с подростками предполагает 18 занятий по 2 часа каждое. Перед циклом занятий и после него проводится тестирование с целью определения эффективности программы.

5. Школьная профилактическая программа «Полезные привычки, навыки, выбор» (под общей редакцией О. Л. Романовой).

Программа включает три комплекта пособий: «Полезные привычки» – комплект для начальной школы, «Полезные навыки» – для основной школы, «Полезный выбор» – для средней школы.

Одна из лучших современных превентивных программ создана международной некоммерческой организацией «Проект НОРЕ» в сотрудничестве с Министерством образования и науки Российской Федерации. Началась с разработки по заказу московского комитета образования учебного пособия по предупреждению употребления табака и алкоголя младшими школьниками «Полезные привычки» в 1997 г.

Программа одобрена Федеральным экспертным советом Минобробразования России. Разрабатывалась в качестве модуля школьного курса «Основы безопасности жизнедеятельности».

Комплекты включают в себя рабочие тетради для учащихся, материалы для родителей, пособия для учителей (с поурочным планированием), методические рекомендации по оценке эффективности.

Программа создана на основе современной научной теории превентивного образования. Используются активные методы обучения. Построена по принципу спирального расписания. Концептуально является комбинацией двух подходов: информационного и тренинга личностных и социальных навыков.

Таким образом, существует достаточное число профилактических программ, модификация которых под соответствующую аудиторию позволит обеспечить разработку авторских программ.

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

1. Что такое девиантное поведение, делинквентное поведение, аддиктивное поведение?

2. Каковы основные стратегии и принципы педагогической профилактики девиантного поведения?

3. Какие стратегии профилактической деятельности используются в образовательной среде? Каковы их плюсы и минусы? Приведите пример образовательного мероприятия на каждую из стратегий.

4. Какие программы профилактической направленности Вы знаете? Кратко охарактеризуйте их.

Задание 1. Проанализируйте фрагмент из книги С. Минаева «Dyxless: Повесть о ненастоящем человеке»:

«Здесь несколько иной контингент, чем в “Галерее”. Моложе и свежее. И у всех мальчиков прокачанные руки, а у всех девочек прокачанные животы. Все очень спортивные, слегка загорелые, кричаще модные и гиперсексуальные. Одним словом, молодые боги, с шикарными спортивными телами, пышущими здоровьем, и совершенно порочными лицами...

И все беседы строятся здесь вокруг двух диаметрально противоположных тем – наркотиков и здорового образа жизни:

– Тридцать подходов, как обычно, брали у Вани, она на диете по Волкову – полностью раздельное питание, кокос пополам с “герасимом”, новый корт с хорошим баром... Плавали два километра, не забывает про тренажеры, ага, он уже полгода по вене двигается – у него норма два грамма

в день; я сегодня умру, если не поеду в фитнес; я щас сдохну, если не возьму ЛСД; я после спортзала; я на отходняках.

Так и живут. Утром к тренеру, вечером к дилеру. С утра изматывают себя тренажерами, вечером – наркотиками. Мне кажется, что они так усердно занимаются собственным здоровьем утром только для того, чтобы было чего гробить вечером».

Кратко обозначьте индивидуальные особенности молодых людей, описанных в этом фрагменте, и подберите стратегии, методы и формы профилактической работы с этой аудиторией; обоснуйте свой выбор.

Задание 2. Составьте схему-модель профилактического направления своей профессиональной деятельности и кратко опишите ее (какую цель Вы преследуете, какие задачи решаете, на каких принципах строите свою деятельность, какие разделы, темы включаете, в каких формах реализуете работу с обучающимися, какой результат ожидаете получить и как планируете его оценивать).

3.3. Программы, направленные на приобщение обучающихся к физической культуре и спорту

Образовательные программы по физической культуре на уровне общего образования в целом отражают и развивают ключевые идеи Государственной программы Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта» [4, 26, 75]. Основой образовательных программ каждого уровня общего образования являются примерные программы (начального, основного и среднего (полного) образования): на них ориентируются авторы учебных программ и учебников, сохраняя при этом собственную логику, структуру обучения, технологическую основу образовательного процесса, варьируя в определенной степени содержание обучения. Примерные программы по физической культуре предполагают не только достижение предметных образовательных результатов, но и развитие метапредметных (общеучебных) умений и навыков, овладение личностными и социальными компетенциями.

В 1–11-х классах общеобразовательной школы Министерством образования и науки Российской Федерации рекомендованы к использованию следующие программы по физической культуре: «Комплексная программа физического воспитания. 1–11-й класс» (В. И. Лях, А. А. Зданевич), программа физического воспитания учащихся 1–11-х классов А. П. Матвеева

и Т. В. Петровой, программа «Физическая культура» Г. И. Погадаева, модульная программа по физической культуре для 1–11-х классов общеобразовательных учреждений «ФизкультУРА!» и ряд других. Данные программы помогают учащимся осваивать знания о физической культуре и спорте, их истории и современном развитии, роли в формировании здорового образа жизни; обеспечивают укрепление здоровья, развитие основных физических качеств и повышение функциональных возможностей обучаемых; формируют у школьников культуру движений, обогащают их двигательный опыт физическими упражнениями с общеразвивающей и корригирующей направленностью, техническими действиями и приемами базовых видов спорта; обеспечивают преемственность изучения учебного материала и развития учащихся на различных ступенях обучения в соответствии с их возрастными, психологическими и индивидуальными особенностями.

В качестве вариативной части учебного плана реализуются программы прикладного характера, основанные на углубленном знакомстве с определенным видом спорта (чаще всего футболом, волейболом, баскетболом, гимнастикой, фитнес-аэробикой, плаванием, восточными единоборствами).

Также существует практика разработки и реализации авторских экспериментальных программ для обучающихся подготовительной медицинской группы, компенсирующих трудности в освоении детьми этой категории новых двигательных навыков, учитывающих их повышенную утомляемость, недостаток познавательной активности в области физкультуры и прочие проблемные аспекты физического воспитания детей с особенностями здоровья.

В целом специалисты уже давно обозначают кризис современной системы физического воспитания в школе, необходимость поиска новых механизмов и средств повышения интереса школьников и их родителей к физической культуре, к массовому спорту [18, 26, 75]. Также стоит отметить, что физическое воспитание нельзя считать комплексным решением проблемы формирования культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся, так как программы направлены в первую очередь на физическое совершенствование человека и практически не работают с психическим, социальным, духовно-нравственным компонентами здоровья.

Постановлением Правительства России от 15 апреля 2014 г. № 302 в Государственную программу «Развитие физической культуры и спорта» включен Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс «Готов к труду

и обороне» (ВФСК ГТО). Одним из целевых ориентиров программы является увеличение доли российских граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом и ведущих здоровый образ жизни, а также повышение уровня физической подготовленности граждан Российской Федерации через создание условий, обеспечивающих возможность систематических занятий физкультурой и спортом. Такие условия должны быть созданы для всех групп населения. Для детей и подростков это особенно важно, поскольку двигательная активность на этом этапе онтогенеза является одним из важнейших факторов гармоничного развития (не только физического, но и психического, эмоционального, интеллектуального, духовно-нравственного), сохранения и укрепления здоровья (в том числе профилактики заболеваний опорно-двигательного аппарата, органов дыхания, нарушений обмена веществ, вегетативных дистоний, психических перегрузок и т. п.) и успешной социализации.

Следовательно, общеобразовательные организации, в которых дети находятся, по мнению специалистов, более 70 % времени, обязаны сделать все возможное, чтобы обеспечить оптимальную двигательную активность обучающихся и сформировать у них потребность в регулярных занятиях физкультурой и спортом через реализацию физкультурно-оздоровительных программ и другие механизмы, органично вписывающиеся в образовательный процесс.

Для поэтапного внедрения Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» Правительством Российской Федерации разработан план мероприятий (утвержден распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2014 г. № 11650-р) и определен координатор ее реализации (Министерство спорта России), предусмотрено финансирование в пределах федерального бюджета.

Обозначим мероприятия по поэтапному внедрению Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» [18, 26, 75]:

1) внесение изменений в нормативно-правовую базу и Государственную программу Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта»;

2) разработка содержания ВФСК ГТО – видов многоборий и таблиц оценки их результатов;

3) разработка нормативно-инструктивной документации, в том числе требований к уровню физической подготовленности населения при выполнении нормативов ГТО, порядка организации и проведения тестирования

населения в рамках ВФСК ГТО, методических рекомендаций по организации подготовки и тестирования населения для физкультурно-спортивных, медицинских и иных работников;

4) организационно-экспериментальная апробация ВФСК ГТО в некоторых субъектах Российской Федерации, в образовательных организациях Общероссийской общественно-государственной организации «Добровольное общество содействия армии, авиации и флоту России», в деятельности общероссийского движения «Спорт для всех» и согласование мероприятий по внедрению ВФСК ГТО в субъектах Российской Федерации;

5) создание центров тестирования электронной базы данных и проведение ежегодного мониторинга внедрения ВФСК ГТО;

6) обучение специалистов, задействованных в реализации ВФСК ГТО, обсуждение опыта внедрения ВФСК ГТО на научно-практических конференциях;

7) создание условий для подготовки и самоподготовки населения к сдаче нормативов ГТО (в частности, оборудование малобюджетных спортивных площадок по месту жительства, методическое обеспечение процесса подготовки, включение в единый календарный план межрегиональных, всероссийских и международных физкультурно-спортивных мероприятий, предусматривающих выполнение испытаний/тестов и нормативов ГТО, и т. д.);

8) стимулирующие меры и массовая пропаганда участия населения в ВФСК ГТО, в том числе награждение граждан знаками отличия ВФСК ГТО; мероприятия по формированию национальной системы физкультурно-спортивного воспитания населения, направленной на возрождение массовой физической культуры и спорта (включая поддержку общественных организаций данной направленности).

Также план предусматривает мероприятия, имеющие непосредственное отношение к системе общего образования:

1) внесение изменений в ФГОСы основного и среднего (полного) общего образования и образовательные программы по предмету (дисциплине) «Физическая культура» для приведения их в соответствие с требованиями ВФСК ГТО и организационно-методическая поддержка внедрения ВФСК ГТО в школьную практику;

2) внесение изменений в порядок приема граждан на обучение в организации высшего профессионального образования для учета сведений, связанных с наличием знаков отличия ВФСК ГТО, полученных ранее;

3) проведение фестивалей ВФСК ГТО в образовательных организациях и награждение сдавших нормативы знаками отличия;

4) поощрение обучающихся, выполнивших нормативы и требования ВФСК ГТО со знаком отличия.

Согласно Федеральному закону «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» от 4 декабря 2007 г. № 329-ФЗ (в редакции от 21 июля 2014 г.), образовательная организация самостоятельно определяет с учетом местных условий и интересов обучающихся формы занятий физической культурой, средства физического воспитания, виды спорта и двигательной активности, методы и продолжительность занятий физической культурой на основе федеральных государственных образовательных стандартов и нормативов физической подготовленности.

Образовательные организации должны проводить следующие мероприятия в области физического воспитания:

1) обязательные занятия физической культурой и спортом в пределах основных образовательных программ;

2) дополнительные (факультативные) занятия физической культурой и спортом в пределах дополнительных общеобразовательных программ;

3) мероприятия по созданию условий для вовлечения обучающихся в занятия физической культурой и спортом;

4) физкультурные мероприятия во время учебных занятий;

5) содействие организации и проведению спортивных мероприятий с участием обучающихся;

6) медицинский контроль за организацией физического воспитания;

7) ежегодный мониторинг физической подготовленности и физического развития обучающихся;

8) формирование ответственного отношения родителей (лиц, их замещающих) к здоровью детей и их физическому воспитанию;

9) содействие развитию и популяризации школьного спорта, участию обучающихся в международных спортивных мероприятиях, включая всемирные универсиады и официальные спортивные соревнования.

Образовательные организации обязаны создавать условия для проведения комплексных мероприятий по физкультурно-спортивной подготовке обучающихся, в том числе обеспечивать их спортивным инвентарем и оборудованием. Среди обязательных условий физического воспитания и развития обучающихся – учет их индивидуальных способностей и состояния здоровья [18, 26, 66, 75].

Основной формой физического воспитания в образовательной организации является урок. Урочная деятельность опирается на ФГОСы [4, 32, 50, 54]. ФГОСы общего образования (с учетом преемственности образовательных программ начального общего, основного общего, среднего (полного) общего, начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования) включают дисциплину «Физическая культура» в перечень обязательных и определяют требования в части физического воспитания к структуре основных образовательных программ (ООП), условиям их реализации и результатам освоения следующим образом.

В стандарте начального общего образования (1–4-е классы) обозначены требования к предметным результатам освоения ООП: формирование первоначальных представлений о значении физической культуры для укрепления здоровья человека (физического, социального и психологического), о ее позитивном влиянии на развитие человека (физическое, интеллектуальное, эмоциональное, социальное), о физической культуре и здоровье как факторах успешной учебы и социализации; овладение умениями организовывать здоровьесберегающую жизнедеятельность (режим дня, утренняя зарядка, оздоровительные мероприятия, подвижные игры и т. д.); формирование навыка систематического наблюдения за своим физическим состоянием, величиной физических нагрузок, данных мониторинга здоровья (рост, масса тела и др.), показателей развития основных физических качеств (силы, быстроты, выносливости, координации, гибкости). Помимо предметных результатов содержательный раздел основной образовательной программы по физкультуре должен быть ориентирован на достижение обучающимися личностных (овладение начальными навыками адаптации в динамично изменяющемся и развивающемся мире, принятие и освоение социальной роли, развитие мотивов учебной деятельности, развитие самостоятельности и личной ответственности за свои поступки, формирование установки на безопасный, здоровый образ жизни и др.) и метапредметных (овладение способностью принимать и сохранять цели и задачи учебной деятельности, поиска средств ее осуществления, освоение способов решения проблем творческого и поискового характера, освоение начальных форм познавательной и личностной рефлексии и т. д.) результатов. ООП должна учитывать образовательные потребности и запросы обучающихся.

Основными задачами реализации содержания предметной области «физическая культура» на уровне начального общего образования являются-

ся укрепление здоровья, содействие гармоничному физическому, нравственному и социальному развитию, успешному обучению, формирование первоначальных умений саморегуляции средствами физической культуры. Формирование установки на сохранение и укрепление здоровья, навыков здорового и безопасного образа жизни.

Еще одна образовательная программа, отражающая задачи в области физического воспитания, – программа формирования экологической культуры, здорового и безопасного образа жизни. Она предполагает использование оптимальных двигательных режимов для детей с учетом их возрастных, психологических и иных особенностей, развитие потребности в занятиях физической культурой и спортом. Эта программа должна содержать модели организации работы, виды деятельности и формы занятий с обучающимися по физкультурно-спортивной и оздоровительной работе, критерии и показатели эффективности деятельности образовательной организации в этой области, методику и инструментарий мониторинга достижения планируемых результатов.

Федеральным государственным образовательным стандартом начального общего образования предусмотрен обязательный план внеурочной деятельности, в котором обозначено в том числе и спортивно-оздоровительное направление развития личности, включая такие формы работы, как олимпиады, соревнования и др. План составляется с учетом интересов обучающихся и возможностей образовательной организации.

Финансирование основной образовательной программы начального образования (в том числе в части организации физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы) должно осуществляться по установленным нормативам финансирования государственного образования, однако могут привлекаться и дополнительные финансовые средства (платные дополнительные услуги за счет средств родителей / законных представителей обучающихся, добровольные пожертвования и целевые взносы физических и/или юридических лиц).

Материально-техническое и информационное оснащение образовательного процесса должно обеспечивать возможность физического развития, участия в спортивных соревнованиях и играх.

В стандарте основного общего образования (5–9-е классы) дисциплина «Физическая культура» входит в предметную область «физическая культура и основы безопасности жизнедеятельности» и также является

обязательной; к результатам ее освоения предъявляются следующие требования: понимание роли и значения физической культуры в формировании личностных качеств, в активном включении в здоровый образ жизни, укреплении и сохранении индивидуального здоровья; овладение системой знаний о физическом совершенствовании человека, создание основы для формирования интереса к расширению и углублению знаний по истории развития физической культуры, спорта и олимпийского движения, освоение умений отбирать физические упражнения и регулировать физические нагрузки для самостоятельных систематических занятий с различной функциональной направленностью (оздоровительной, тренировочной, коррекционной, рекреативной и лечебной) с учетом индивидуальных возможностей и особенностей организма, планировать содержание этих занятий, включать их в режим учебного дня и учебной недели; приобретение опыта организации самостоятельных систематических занятий физической культурой с соблюдением правил техники безопасности и профилактики травматизма, освоение умения оказывать первую доврачебную помощь при легких травмах, обогащение опыта совместной деятельности в организации и проведении занятий физической культурой, форм активного отдыха и досуга, расширение опыта организации и мониторинга физического развития и физической подготовленности, формирование умения вести наблюдение за динамикой развития своих основных физических качеств, оценивать текущее состояние организма и определять тренирующее воздействие на него занятий физической культурой посредством использования стандартных физических нагрузок, функциональных проб, определять индивидуальные режимы физической нагрузки, контролировать направленность ее воздействия на организм во время самостоятельных занятий физическими упражнениями с разной целевой ориентацией; формирование умений выполнять комплексы общеразвивающих, оздоровительных и корригирующих упражнений, учитывающих индивидуальные способности и особенности, состояние здоровья и режим учебной деятельности; овладение основами технических действий, приемами и физическими упражнениями из базовых видов спорта, умением использовать их в разнообразных формах игровой и соревновательной деятельности; расширение двигательного опыта за счет упражнений, ориентированных на развитие основных физических качеств, повышение функциональных возможностей основных систем организма.

Стандарт предполагает достижение в ходе физического воспитания и других результатов освоения ООП: метапредметных (освоение регулятивных, познавательных и коммуникативных универсальных учебных действий, самостоятельность планирования и осуществления учебной деятельности, построение индивидуальной образовательной траектории и т. д.) и личностных (готовность и способность к саморазвитию и личностному самоопределению, сформированность мотивации к обучению, системы ценностно-смысловых установок и т. д.).

На уровне основного общего образования частью ООП является программа воспитания и социализации, где предусмотрена необходимость участия обучающихся в детско-юношеских организациях, движениях, школьных и внешкольных организациях, в том числе спортивных секциях, формирование установки на систематические занятия физической культурой и спортом, готовности к выбору индивидуальных режимов двигательной активности на основе осознания собственных возможностей. В программе должны быть обозначены основные формы организации педагогической поддержки социализации обучающихся по каждому из направлений (в том числе физкультурно-оздоровительному и спортивно-массовому) с учетом урочной и внеурочной деятельности, а также формы участия специалистов и социальных партнеров по направлениям социального воспитания, модели организации физкультурно-спортивной и оздоровительной работы, система поощрения социальной успешности, критерии и показатели эффективности деятельности образовательной организации в данном направлении, методика и инструментарий мониторинга и планируемые результаты реализации программы воспитания и социализации.

Условия реализации ООП основного общего образования в целом аналогичны условиям, требуемым для реализации ООП начального общего образования.

В стандарте среднего (полного) общего образования (10–11-е классы) дисциплина «Физическая культура» относится к предметной области «Физическая культура, экология и основы безопасности жизнедеятельности» и имеет два уровня освоения: базовый – его требования обозначены в стандарте, и профильный, который не входит систему общего образования.

На базовом уровне результатами освоения курса физической культуры является следующее: умение использовать разнообразные формы и виды физкультурной деятельности для организации здорового образа жизни,

активного отдыха и досуга; владение современными технологиями укрепления и сохранения здоровья, поддержания работоспособности, профилактики предупреждения заболеваний, связанных с учебной и производственной деятельностью; владение основными способами самоконтроля индивидуальных показателей здоровья, умственной и физической работоспособности, физического развития и физических качеств; владение физическими упражнениями разной функциональной направленности, использование их в режиме учебной и производственной деятельности с целью профилактики переутомления и сохранения высокой работоспособности; владение техническими приемами и двигательными действиями базовых видов спорта, активное применение их в игровой и соревновательной деятельности.

Программа среднего (полного) общего образования ориентирована на активное профессиональное самоопределение обучающихся, поэтому предполагает изучение дополнительных учебных предметов, курсов по выбору, в том числе в области физической культуры, и мероприятия внеурочной деятельности, которые нацелены на развитие личности, общей культуры, мировоззрения обучающихся, их ценностно-смысловых установок, познавательных, регулятивных и коммуникативных способностей, готовности и способности к саморазвитию и профессиональному самоопределению, к непрерывному самообразованию, овладению ключевыми компетентностями, составляющими основу умения: самостоятельному приобретению и интеграции знаний, коммуникации и сотрудничеству, эффективному решению проблем, осознанному использованию информационных и коммуникационных технологий, самоорганизации и саморегуляции и т. д.

Еще одним аспектом среднего (полного) общего образования является индивидуальное проектирование (учебное исследование, учебный проект, в том числе и по физической культуре, выполняемые в течение 1–2 лет и представляемые в виде завершеного продукта социального, прикладного, творческого, инновационного и другого характера).

В целом ООП основного (полного) общего образования обеспечивает развитие у обучающихся способностей к самопознанию, саморазвитию и самоопределению, достижение личностных, предметных и метапредметных результатов (по дисциплине «Физическая культура» они, равно как и требования к структуре и условиям реализации ООП, в целом схожи с результатами предыдущего образовательного уровня, за исключением целенаправленной подготовки к выбору дальнейшего образования и профессиональной деятельности).

Одной из активно развивающихся форм внеурочной деятельности является *волонтерская деятельность* [66]. К числу ведущих направлений волонтерской деятельности относится деятельность по приобщению населения к здоровому и безопасному образу жизни и увеличению числа граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом в рамках внедрения Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» [26, 75].

Профессиональная подготовка волонтеров может осуществляться как до включения их в деятельность, так и в период активного участия в деятельности. Процесс подготовки волонтеров к работе должен быть непрерывным и постоянным.

Представим *программы дополнительного образования детей в области физической культуры*.

В дополнительном образовании в области физической культуры реализуются две стратегии: 1) ориентированная на углубленную спортивную подготовку, 2) оздоровительной направленности.

Примерами программ, реализующих первую стратегию, являются программы, рекомендованные Министерством образования и науки РФ, например, программа по физической культуре для общеобразовательных организаций на основе гольфа, разработанная коллективом специалистов Общероссийской общественной организации «Ассоциация гольфа России». Подобные программы продвигают различные спортивные ассоциации для приобщения населения к определенному виду спорта и выявления одаренных в этом виде спорта обучающихся.

Косвенно развивают спортивное направление в организациях общего и дополнительного образования детей программы дополнительного профессионального образования педагогов по какому-либо виду спорта, например:

- дополнительная профессиональная программа (повышение квалификации) по курсу «Организация занятий по физической культуре в общеобразовательных организациях на основе акробатического рок-н-ролла»;
- дополнительная профессиональная программа (повышение квалификации) по курсу «Программа переподготовки педагогов “Креативное шахматное образование”»;
- дополнительная профессиональная программа (повышение квалификации) по курсу «Организация занятий по физической культуре в общеобразовательных организациях на основе фитнеса».

Однако на фоне ухудшения здоровья обучающихся более актуальным является оздоровительное направление в дополнительном образовании. Приведем пример программы в области физической культуры, ориентированной на оздоровление.

Это программа, представляющая собой методическую основу *технологии психофизической тренировки (ПФТ)* (автор – Н. Н. Нежкина). Суть технологии заключается в принципиально новом подходе к стратегии физического воспитания обучающихся и воспитанников: сами дети называют ПФТ «физкультурой через голову», «физкультурой для тела, для души, для ума».

Здоровьеформирующий потенциал технологии реализуется благодаря тому, что, помимо практического раздела, программа обучения содержит актуальный для детей теоретический материал, поясняющий значение тех или иных упражнений в профилактике и улучшении состояния организма при наиболее распространенных нарушениях здоровья. Обязательной частью программы является раздел самодиагностики, который предполагает осознание человеком индивидуальных представлений о своем здоровье и стремления достичь этого образа.

Иначе выглядит и структура урока физической культуры, в рамках которого наиболее уместна реализация данной технологии:

- первая часть урока состоит из динамических упражнений аэробного характера, обеспечивающих тренировку сердечной мышцы, более экономичный и эффективный режим ее работы, повышение тонуса организма, «отработку» стресса, т. е. сжигание адреналина и ряд других эффектов;

- вторая часть – это статические упражнения, формирующие хороший мышечный корсет, тренирующие способность к произвольному регулированию мышечного тонуса, а значит, и к снятию мышечных зажимов, позволяющие развивать гибкость, умение сосредоточиться, ждать, тормозить, быть выдержанным, последовательным и настойчивым в достижении поставленной цели и другие важные психологические качества;

- третья часть представляет собой оздоровительный сеанс релаксации, где гармонизируется физическое и психологическое состояние, происходит усвоение формул желаемого уровня здоровья. Например, таких: «Я верю в себя и свои силы. Все трудности будут преодолены! Я стану гармоничным, счастливым, здоровым! Упругие мышцы; радостные мысли; подтянутое, послушное тело! У меня все получится! Я нравлюсь себе, мною любуются окружающие!». Глубокое мышечное расслабление способно осво-

бодить организм от напряжения, снять отрицательное эмоциональное состояние, оздоровить организм.

Технология психофизической тренировки представлена семью программами на русском языке, дифференцированными по индивидуальным особенностям здоровья занимающихся (необходимость профилактики заболеваний вегетативной нервной системы, опорно-двигательного аппарата, зрения, обмена веществ), и одной экспериментальной программой на английском языке. Программа на иностранном языке вводится после изучения аналогичного комплекса на русском языке, чтобы мышечная память позволяла создавать аудиовизуальную и кинестетическую наглядность, основываясь на интуитивном восприятии языка (особенно на начальных этапах его изучения). Это позволяет повышать иноязычную коммуникативную компетенцию и мотивацию к двигательной активности у ребенка в рамках, например, третьего урока физкультуры – и все это с учетом его индивидуальных особенностей здоровья.

Таким образом, ПФТ позволяет:

1) сформировать у ребенка осознанный интерес к своему здоровью (что не является данностью психологической характеристики школьного возраста) и развить потребность получать и применять знания о способах улучшения своего самочувствия и настроения;

2) развить навыки самоорганизации в области здоровья: научить ребенка произвольно регулировать свое психофизическое состояние с помощью различных по форме, интенсивности и психологическому воздействию физических упражнений;

3) не только ликвидировать гиподинамию, но и обеспечить дифференцированную тренировку вегетативных структур, которые помогают ребенку эффективно адаптироваться в жизни;

4) обеспечить разумный выход всех накопившихся эмоций: гиперстенических – на первой части занятия (динамические упражнения); эмоций радости, спокойствия, умиротворения – во время второй и третьей частей (статические упражнения, релаксационный сеанс).

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

1. В чем сущность мероприятий по приобщению обучающихся к физической культуре и спорту?

2. В чем сущность мероприятий по поэтапному внедрению Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне»?

3. Каковы условия реализации образовательных программ физкультурно-спортивной направленности?

4. Какие мероприятия в области физического воспитания должны проводить образовательные организации?

5. Как отражено физкультурное образование в федеральных государственных образовательных стандартах общего образования?

6. Какие дополнительные образовательные программы в области физической культуры Вы знаете?

Задание. Составьте схему-модель физкультурно-оздоровительного направления своей профессиональной деятельности и кратко опишите ее (какую цель Вы преследуете, какие задачи решаете, на каких принципах строите свою деятельность, какие разделы, темы включаете, в каких формах реализуете работу с обучающимися, какой результат ожидаете получить и как планируете его оценивать).

3.4. Программы, формирующие у обучающихся навыки безопасного поведения

Социальная безопасность – наиболее благоприятное состояние и защищенность общественных отношений и институтов, которые обеспечивают стабильную реализацию и развитие законных политических, экономических, духовных интересов личности и социальных групп, исключают применение незаконного ограничения и насилия со стороны других социальных субъектов [37, 38]. Законное (созидающее или сохраняющее) насилие оправдано лишь как мера защиты важнейших общественных и персональных ценностей, жизни и здоровья людей.

Критериями социальной безопасности общества и государства являются [37, 38]:

1) *демографические показатели* – показатели продолжительности жизни, смертности, рождаемости, брачности, разводимости, миграции, характеризующие воспроизводственный потенциал общества и его жизнеспособность в целом. Демографические показатели развития российского общества на протяжении достаточно длительного периода времени свиде-

тельствуют о серьезной опасности, нависшей над страной и ее населением, которое катастрофически уменьшается и характеризуется высоким уровнем социальной заболеваемости. Ряд исследователей обосновывают положение о том, что вымирание российского народа связано не столько с экономическими причинами, сколько с социальными, создающими напряженность и нервозность, неопределенность и нестабильность современной социальной жизни в России, рост алкоголизации и наркотизации в стране, ухудшение материального благополучия и, соответственно, качества питания, лечения, отдыха. В комплексе это создает основу для подрыва социального и физического здоровья населения и его высокой смертности;

2) *уровень социального здоровья населения* как совокупность показателей физического и духовного самочувствия народа. При сохранении продолжительной тенденции снижения социального благополучия населения происходит снижение духовно-нравственного потенциала общества и, как следствие, под угрозой оказывается стабильное и безопасное развитие социума и государства. Отечественные ученые, говоря о современном российском обществе, указывают на то, что оно имеет явно выраженные симптомы социального нездоровья, к которым относятся рост нервных заболеваний и суицида, всплеск алкоголизма и наркомании, а также заболеваемости социальными инфекционными болезнями: туберкулезом, гепатитами, ВИЧ-инфекциями и в целом инфекциями, передающимися половым путем (ИППП);

3) *качество жизни* как комплексная характеристика условий жизнедеятельности населения, которая выражается в объективных показателях и субъективных оценках удовлетворения материальных, социальных и культурных потребностей и связана с восприятием людьми своего положения в зависимости от культурных особенностей, системы ценностей и социальных стандартов, существующих в обществе;

4) *уровень девиации и преступности*, отражающий количество преступлений и их динамику за определенный период времени. Кроме того, немалое значение имеет анализ половозрастных особенностей преступности (детская, подростковая, молодежная, женская, мужская), а также ее типовая характеристика (тяжесть преступлений, динамика рецидивов и т. д.);

5) *индекс нравственного состояния общества* (ИНСО), основанный на интеграции таких показателей, как количество (на 100 жителей) убийств; беспризорных детей; индекс коррупции; индекс Джини – неравномерность распределения доходов. По оценкам специалистов, а также самих россиян,

проблема падения нравов в нашей стране является главной проблемой – на каждом шагу мы сталкиваемся с нарушением общественной морали, норм социальной справедливости, представлений о гражданской чести и ответственности. Начиная с 1992 г., нравственное состояние российского общества ухудшается, происходит духовная деградация российского народа, который спокойно наблюдает духовно-нравственное разложение нации, проникается безразличием к происходящему и без всякого протеста и нравственного неприятия стремится выжить в условиях тотальной коррупции, всеохватывающего взяточничества, разгула криминалитета, что, как отмечает К. Н. Брутенц, «формирует терпимость к злу и смирение перед ним, способствующие его утверждению во все более жестоких формах»;

б) *индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП)* как показатель интеллектуального потенциала общества, под которым понимается совокупность человеческих, материальных и финансовых ресурсов, задействованных в двух тесно связанных между собой ключевых областях духовной жизни общества – науке и образовании, и измеренная величина которых показывает созданную и накопленную в обществе способность к творческому созданию новых знаний, технологий, продуктов. ИРЧП измеряется во всех странах мира по инициативе ООН с 1990 г.: высокий уровень ИРЧП – 80 пунктов и выше;

7) *уровень социального расслоения и поляризации в обществе*, изменение которого предполагает изучение социальной структуры общества, уровня бедности и степени социальной поляризации, наличия и численности среднего класса в обществе. Социальная структура российского общества после распада СССР и кардинальных социально-экономических реформ претерпела сильную трансформацию, в результате которой большая часть российского населения стала испытывать серьезные материальные трудности, феномен бедности стал самой негативной реальностью российской жизни на фоне тех немногих, которые в результате перестройки и перехода к рыночным отношениям получили доступ к некогда национальным ресурсам и используют их в сугубо личных целях обогащения. Расколота на бедных и богатых страна без мощного среднего класса является той рискованной средой, которая не только не способствует снижению социальной напряженности, а наоборот, выступает источником роста конфликтогенности, эскалации социальных рисков и угроз социальной безопасности;

8) *уровень социальной конфликтогенности в обществе*, отражающий характер социальных отношений между различными социальными груп-

пами в социально-политической, экономической, этнокультурной, религиозной и других сферах общественной жизни. Рост социальной конфликтности в обществе является серьезной угрозой целостности и стабильности государства, особенно такого полиэтничного, как Россия;

9) *уровень соблюдения прав и свобод личности и гражданина в обществе*, который отражает характер правового пространства в государстве, систему контроля за соблюдением правовых норм и практику защиты прав и свобод его граждан. Этот показатель зависит от уровня развития гражданского общества и развитости его гражданских структур, что, в свою очередь, определяется наличием традиций либерализма и демократизма в социуме как основы для становления гражданского общества и правового государства, строительство которого провозглашено в России с момента перехода к демократическому режиму. Однако в этой области российское общество сталкивается с рядом сложностей, связанных с историческим прошлым российского общества и государства, в котором отсутствовали даже признаки правовой культуры и правового государства. Закон и право в нашей стране никогда не имели столь высокого значения, как на Западе. Ничего не изменилось и на сегодняшний день: уровень правового нигилизма только растет в стране в условиях неадекватности многих правовых актов, а также по причине противоречий, возникающих в процессе их реализации;

10) *уровень стабильности институциональной системы*, отражающий степень эффективности функционирования социальных институтов. Кризисный характер функционирования институциональной системы в обществе или какого-либо социального института является источником угрозы безопасности общества как социальной системы. К примеру, кризисное состояние основных социальных институтов, ответственных за образование и воспитание молодого поколения (семья, образование, спорт), имеет самое непосредственное отношение к росту показателей девиантности и делинквентности молодежи, снижению ее духовно-нравственного потенциала, социального здоровья. В массовом масштабе эти явления в молодежной среде представляют собой одну из самых опасных угроз безопасному существованию общества и его существованию вообще;

11) *уровень стабильности и целостности системы ценностей общества и его мировоззренческих основ*. Система ценностей является фундаментом общества, на котором выстраиваются все типы социальных отношений: экономические, политические, культурные, семейные и т. д. Так как ценно-

сти придают обществу необходимую степень порядка и предсказуемости, поскольку через них осуществляется регуляция человеческой деятельности, они выступают гарантом национальной безопасности общества, а их изменение, в свою очередь, формирует угрозу безопасности общества.

Угрозы социального характера в современном обществе актуализировали идею самоценности человека, понимание его как цели, а не средства экономической, политической и культурной жизни страны. Обеспечение социальной безопасности населения, особенно подрастающего поколения, в условиях мирной жизни должно стать приоритетным направлением как государственной политики, так и деятельности общественных организаций, профессиональной деятельности людей в предметной сфере, прежде всего образовательной [37, 38].

Понятие «безопасность человека» впервые было сформулировано в документах ООН (1994), где оно понималось следующим образом. Безопасность человека – это не просто безопасность страны, это безопасность народа; это не просто безопасность, достигнутая в результате обладания оружием, это безопасность, достигнутая в результате развития; это не просто безопасность государств, это безопасность каждого человека в своем доме и на своем рабочем месте; это не просто защита от конфликтов между государствами, это защита от конфликтов между народами [37, 38].

Безопасность человека – это когда ребенок не умирает, болезни не распространяются, этнические распри не выходят из-под контроля, женщину не насилюют, бедняк не голодает, диссидента не заставляют молчать, человеческий дух не подавляют [37, 38].

Безопасность человека – это защищенное, гармоничное состояние его физических, социальных и духовных систем и процессов, которое обеспечивает и устойчивое развитие человека, и успешную реализацию его законных прав и интересов [37, 38].

Социальная безопасность личности – это система взаимодействия личности со средой, включающая осознание личностью негативных воздействий социальной среды; умения и навыки самозащиты, обеспечивающие ей успешное взаимодействие с другими людьми, реализацию способностей и удовлетворение потребностей [37, 38].

В структуре социальной безопасности личности можно выделить следующие *компоненты* [37, 38]:

- психологическая безопасность;

- безопасность в опасных/чрезвычайных ситуациях социального характера;
- безопасное социальное взаимодействие;
- физическая безопасность и реализация здорового и безопасного образа жизни;
- информационная безопасность;
- духовно-нравственная безопасность;
- гражданско-правовая безопасность;
- религиозная безопасность.

Рассмотрим опасности социального характера, в том числе связанные с нарушением здоровья человека.

Опасность социального характера – возможное или реальное явление, событие или процесс, способные нанести вред человеку, социальной группе, народу, обществу, государству или даже уничтожить их; нанести ущерб их благополучию, разрушить природные, материальные и духовные ценности [37, 38].

Чрезвычайная ситуация социального характера – обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате возникновения опасных противоречий и конфликтов в сфере социальных отношений, которые повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, значительные материальные потери или нарушение условий жизнедеятельности людей [37, 38].

Социальные опасности возникают в результате действий одних людей (групп), затрагивающих интересы здоровья, прав и свобод, важных условий жизни других. Негативное влияние социальных опасностей проявляется в непроизводительных затратах на защиту от них, что часто ведет к замедлению развития, причинению ущерба, физической и духовной деградации, может привести к разрушению личности, семьи, этноса, общества, народа, государства.

Социальные опасности весьма многообразны по своему характеру и источникам возникновения. Это террористические акты, социально-экономические кризисы, дефолты, безработица, инфляция, бедность, голод, фальсификация товаров. Это военные и межнациональные конфликты, проявления экстремизма и расизма, массовые беспорядки, сектантство и конфликты на религиозной почве, криминальные опасности, наркомания и алкоголизм, суициды, социально-бытовые конфликты, все формы физиче-

ского и морального насилия, проституция, детская безнадзорность, другие негативные явления и процессы, наносящие ущерб личности, обществу, государству.

По природе воздействия на человека можно выделить *три класса социальных опасностей* [37, 38].

1. Опасности, связанные с воздействием на человека:

- психическое воздействие на человека (информационный терроризм);
- физическое воздействие на человека (террор, насилие).

2. Опасности, связанные с нарушением здоровья человека:

- употребление веществ, разрушающих организм человека (наркомания, алкоголизм, табакокурение);
- социальные болезни (ВИЧ/СПИД, туберкулез, венерические заболевания);
- нарушение психики (игромания, суицид, сектантство).

3. Опасности, связанные с воздействием на группы людей (профессиональные, национальные, конфессиональные, партии, общественные объединения, союзы и пр.):

- экономические (инфляция, безработица, высокий уровень бедности, нехватка продовольствия);
- политические (терроризм, национализм, антисемитизм, геноцид, сепаратизм, межэтнические противостояния, экстремизм);
- демографические (связаны с нарушением воспроизводства населения: перенаселение Земли, вымирание отдельных народов).

В зависимости от вида и характера той или иной ситуации выбираются соответствующие стратегии, способы воздействия, предотвращения, ликвидации последствий.

Существует *концепция обеспечения безопасности образовательных организаций*, которая представляет собой систему взглядов на обеспечение безопасности участников образовательного процесса от угроз для их жизни и здоровья в сфере педагогической деятельности.

Одним из значимых понятий этой сферы является *«дидактогения»*. Известный детский психолог А. И. Захаров обратил внимание, что именно повышенная «стимуляция» детей посредством угроз, осуждений, наказаний, приоритет негативных оценок, порицаний, так характерная для нашей системы образования, – фактор, прямо ведущий к нарушению психического здоровья, появлению и развитию психогенных «образовательных» (ди-

дактогенных) неврозом. Задолго до этого, в период становления советской педагогики и психологии, К. И. Платонов подчеркивал, что дидактогения проявляется в школьной педагогике чаще, чем можно предполагать, так как в деле образования и воспитания приходится иметь дело с внушаемостью, особенно присущей детскому и юношескому возрасту [76]. Следует заметить, что, введя данный термин еще в 1930-х гг. по аналогии с существующим в то время термином «ятрогения», обозначающим психическую травму, причиняемую врачом, указанный автор предложил понимать под *дидактогенией* любой вред, причиненный педагогом в ходе образовательного процесса.

В современных толковых словарях психиатрических терминов обычно указывается, что *дидактогения* – это, с одной стороны, действия педагога (неуважительное, несправедливое, предвзятое отношение к учащемуся, прилюдное высмеивание его ответов, поведения, внешнего вида, способностей, грубое унижающее порицание), приводящие к психической травме, а с другой стороны, это сама травма: разновидность невротического расстройства, причиной которого стали вышеуказанные действия педагога.

В настоящее время ряд ученых предлагают уточнить терминологию и под результатом понимать невротическое (психогенное) расстройство, а под дидактогенией – воздействие педагога («брак в педагогической работе»), приводящее к указанному расстройству.

По мнению некоторых ученых, к дидактогении можно отнести любые противоправные действия педагога, совершенные им в ходе образовательного процесса, включая применение физического насилия, вымогание взяток и склонение учеников или студентов к сексуальным связям, приведшие к появлению у последних психического расстройства или соматического заболевания.

Однако семантический анализ термина «*дидактогения*» (от гр. *didaktikos* – обучающий, *genesis* – рождающий) указывает, что это действия педагогов в ходе образовательного процесса и непосредственно с ним связанные, повлекшие немедленно или впоследствии развитие невротических или соматических заболеваний, имеющих психическую основу (ранее мы их обозначили как психосоматические).

При этом, основываясь на традициях и опыте отечественных психиатрии, психотерапии, клинической (медицинской) психологии, где при выборе лечения принято выявлять не только симптомы и синдромы заболева-

ния, но и его нозологию (установление структурно-функциональных, причинно-следственных взаимосвязей при патологии), следует подчеркнуть, что к дидактогенным неврозам и другим дидактогенным психосоматическим заболеваниям относятся лишь болезни, возникшие в ходе образовательного процесса вследствие некомпетентных действий педагога.

По данным Я. В. Дмитренко, к основным психотравмирующим учащих факторам относятся [6, 9, 38, 84]:

- оценка действий и/или деятельности учеников в оскорбительной форме – 60 % опрошенных выделяют такие факты;
- предъявление неодинаковых требований к ученикам – более половины опрошенных (71 %) выделяют такие факты;
- неаргументированные требования, непонятные для учеников – 56 % опрошенных выделяют такие факты;
- предъявление требований, зависящих от сиюминутной ситуации; необъективное выставление отметок учителем – 45 % опрошенных;
- определение объема домашнего задания по усмотрению учителя – 48 % опрошенных;
- отказ в законной просьбе ученика – 21 % опрошенных.

Таким образом, причины дидактогении кроются в противоправных, но процессуально трудно доказуемых действиях педагога, ущемляющих право ребенка на свободу выражения своего мнения, нарушающих его право на неприкосновенность чести и личного достоинства в ходе удовлетворения потребности в личностно-профессиональном развитии в процессе обучения.

Представим *принципы обеспечения безопасности образовательных организаций* [6, 9, 38, 84, 101].

1. Гуманность, уважение и учет интересов личности независимо от ее возраста и положения.

2. Законность. «Права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства» (Конституция Российской Федерации, ч. 3 ст. 55).

3. Демократичность, учет мнений родителей, органов правопорядка, коллектива работников и обучаемых, а также специалистов.

4. Рациональность и экономичность. Любые меры по обеспечению безопасности стоят дорого, но они того стоят. Речь идет о реальных мерах, а не о декоративных стендах и папках для проверяющих.

5. Организованность, непрерывность. Обеспечение безопасности образовательных организаций – непрерывный повседневный процесс, а не одноразовый акт.

6. Предвидение и упреждение. Чем точнее предвидение, тем эффективнее упреждающие профилактические меры.

7. Системность и целостность, комплексный охват всех элементов системы безопасности образовательных организаций как единого целого. Реальная безопасность может быть обеспечена только при комплексном учете всех ее аспектов, при использовании всех средств защиты и противодействия во всех структурных элементах образовательных организаций, на всех этапах образовательного процесса, а также на путях перемещения учащихся.

8. Научность и информационная поддержка. Обеспечение безопасности требует не только затрат, но и, в первую очередь, знаний и определенной подготовки, научных рекомендаций.

Задачи обеспечения безопасности образовательных организаций:

1) экономическое, техническое, информационное и правовое обеспечение системы безопасности образовательной организации;

2) улучшение качества жизни, повышение благополучия воспитанников и педагогов (за счет снижения смертности и травматизма, повышения сохранности здоровья, имущества, окружающей среды);

3) раннее выявление причин и признаков опасных ситуаций, их предотвращение и устранение;

4) обеспечение условий и возможностей для самозащиты, спасения и защиты других людей;

5) снижение ущерба от негативных воздействий и последствий опасных и чрезвычайных ситуаций;

6) формирование у участников образовательного процесса готовности к противодействию опасностям через изучение видов опасностей, способов их преодоления;

7) формирование культуры безопасного мышления и поведения, интереса каждого обучаемого, родителя и педагога к обеспечению безопасности образовательных организаций.

В образовательной организации обучающийся проводит зачастую больше времени, чем в семейной среде, поэтому степень влияния данного микросоциума на развитие, здоровье и поведение ребенка или подростка трудно переоценить.

Понятие «среда» закрепились в психолого-педагогических исследованиях и, более того, стало соотносимым функциям учебно-воспитательного процесса, что отразилось в появлении термина «образовательная среда» [105].

Образовательная среда представляет собой психолого-педагогическую реальность, содержащую специально организованные условия для формирования личности, а также возможности для развития, включенные в социальное и пространственно-предметное окружение, психологической сущностью которой является совокупность деятельностно-коммуникативных актов и взаимоотношений участников учебно-воспитательного процесса.

Образовательная среда – это и физическое пространство образовательной организации (его физическое состояние, цвет, дизайн и прочее), и, безусловно, отношения, и учебно-воспитательный процесс, и деятельность обучающегося и педагога в этой среде.

Можно выделить следующие *структурные компоненты безопасной образовательной среды* [37, 38]:

1) физическое окружение – архитектура здания, степень открытости-закрытости конструкций дизайна, размеры и пространственная структура учебных кабинетов и других помещений в здании;

2) предметное окружение – материальные условия организации учебно-воспитательного процесса в рамках учебных занятий, форм внеучебной работы; образовательные ресурсы (средства, компьютерное оборудование и др.); физико-химические, биологические, гигиенические условия (микроклимат, чистота воздуха и т. д.);

3) социальное окружение – социально-контактный компонент среды как личный пример преподавателей, их личностно-профессиональная культура, опыт, образ жизни, продукты деятельности, задающие основания для образования (учебные программы, реализуемые методики обучения и воспитания, обеспечивающие продуктивное личностно-профессиональное саморазвитие обучающихся; нормы поведения и взаимоотношений (сотрудничества, взаимопомощи); социально-педагогическое «устройство» группы и коллективов, реальное место учащегося и преподавателя в структуре микро- и макросоциума, включенность субъектов в другие группы и группировки, уровень защищенности его в данном коллективе от различного рода посягательств.

В практике и теории формирования безопасной среды выделяют следующие компоненты, непосредственно связанные с деятельностью субъектов образования [9, 38, 84]:

- 1) здоровьесберегающая среда;
- 2) психологически безопасная среда;
- 3) толерантная среда.

Здоровьесберегающая среда образовательных организаций представляет собой совокупность социально-педагогических условий, физиологических компонентов, способствующих реализации адаптивных возможностей учащихся, сохранению и развитию их здоровья.

Здоровьесберегающая среда является важным фактором успешной реализации целей и задач учебно-воспитательной работы в образовательных организациях и позволяет минимизировать отрицательные социальные, биологические, психолого-педагогические влияния в образовательной среде.

Можно выделить следующие *компоненты здоровьесберегающей среды*:

1. Здоровьесберегающая и безопасная инфраструктура, обеспечивающая нормативные санитарно-гигиенические условия питания, воспитания и обучения (в каких-то случаях проживания) учащихся.

2. Здоровьесберегающие технологии в учебно-воспитательном процессе: рациональная организация учебно-воспитательного процесса, гигиенический контроль инновационных методов и средств обучения и воспитания.

3. Условия для активного отдыха учеников, занятий физической культурой и спортом.

4. Система комплексного профилактического медицинского обслуживания учащихся. Осуществление медико-физиологического, социологического и психолого-педагогического контроля за состоянием здоровья субъектов образовательного процесса.

5. Система профилактики курения и употребления алкоголя в здании и на прилегающей территории.

6. Поддержание благоприятного психологического климата.

Психологический климат связан с понятием психологической безопасности образовательной среды (И. А. Баева и др.) [6, 38].

Психологическая составляющая образовательной среды – это, прежде всего, характер общения субъектов образовательного процесса, на фоне которого реализуются потребности, возникают и разрешаются межличност-

ные и групповые конфликты. В этом процессе приобретают отчетливый характер скрытые содержательные ситуации взаимодействия между людьми. Этот компонент несет на себе основную нагрузку по обеспечению возможностей удовлетворения и развития потребностей субъектов образовательного процесса в ощущении безопасности, в сохранении и улучшении самооценки, в признании со стороны общества, в самоактуализации.

В. А. Ананьев, обрисовывая отношения личности с социальной средой, говорил о том, что сформировавшиеся и ставшие устойчивыми образованиями комплексы личностных свойств регулируют объем и меру активности социальных контактов личности и оказывают влияние на образование собственной среды развития [3].

Психологическая характеристика образовательной среды – это, прежде всего, сложная, многослойная «ткань» межличностного общения ее участников: учителей, детей, родителей, администрации школы – всех тех, кого принято сегодня называть субъектами образовательного процесса. Именно этот компонент несет основную социально-психологическую нагрузку и является центральным, по мнению И. А. Баевой, в ряду других структурных элементов образовательной среды школы [6]. Подтверждением этому является концепция «школьных факторов риска» (М. М. Безруких), среди которых стрессовая педагогическая тактика занимает первое место [9]. Действительно, общение является основной сферой проявления эмоций и вообще психических состояний, необходимым условием формирования психологических свойств личности, ее самосознания. И. М. Сеченов отмечал, что моральные качества, комплекс соответствующих душевных состояний, который составляет основу и регулятор всякого общежития, рождается из общения. Таким образом, психологический ресурс межличностного взаимодействия может выступать показателем качества образовательной среды и являться предметом постоянного мониторинга.

Взяв за основу исследования И. А. Баевой, под *психологически безопасной средой образовательной организации* мы понимаем среду взаимодействия, свободную от проявления психологического насилия, имеющую референтную значимость для включенных в нее субъектов (в плане положительного отношения к ней), характеризующуюся преобладанием гуманистической центрации у участников (т. е. центрации на интересах (проявлениях) своей сущности и сущности других людей) и отражающуюся в эмоционально-личностных и коммуникативных характеристиках ее субъектов [6].

Согласно идеям И. А. Баевой, проектирование безопасной образовательной среды должно осуществляться на следующих принципах [6]:

- *принцип защиты личности* каждого субъекта учебно-воспитательного процесса через развитие и реализацию его индивидуальных потенций, устранение психологического насилия между участниками. Незащищенный должен получить ресурс, психологическую возможность, чтобы быть равноправным;

- *принцип опоры на развивающее образование*, главная цель которого не обучение, а личностное развитие, развитие физической, эмоциональной, интеллектуальной, социальной и духовной сфер сознания. В основе такого образовательного процесса находится логика взаимодействия, а не воздействия;

- *принцип оказания помощи в формировании социально-психологической умелости.*

Одной из ключевых проблем в области проектирования безопасной образовательной среды является проблема наличия психологического насилия в образовательной организации. Причем наряду с межличностными отношениями «учитель – ученик» (рассмотренное ранее понятие «дидактогенения») рассматривается и другой вид психологического насилия – издевательства ребенка над ребенком. Такое явление получило название «буллинг» – издевательства в школьной среде.

Издевательства – проблема для многих детей. За время обучения в школе их испытывает большинство учеников. Проведенный в 1994 г. в Великобритании опрос 8 тысяч школьников показал:

- один из пяти учащихся страдал от издевательств;
- каждый второй считал издевательства проблемой своей школы;
- один их десяти из-за издевательств «отвернулся» от школы;
- один из двадцати переносил ежедневные издевательства годами.

Совершаемые, как правило, на глазах свидетелей-учеников издевательства ранят. И расцветают издевательства в атмосфере секретности и страха. Издевательства часто начинаются с таких тривиальных вещей, как дразнилки и обзывания детьми друг друга, которые, тем не менее, являются ничем иным, как злоупотреблением силой. Если их оставить без внимания, постепенно издевательства могут принять иные, менее «безобидные» формы, вплоть до жестокого обращения в семье, национальных гонений, сексуальных оскорблений и др.

Основные пути предотвращения издевательств в образовательных организациях [6, 48, 51, 84, 101]:

- «традиционные» представления о безобидности издевательств должны быть отброшены;
- каждый член коллектива должен знать, что издевательства в образовательной организации недопустимы;
- образовательная организация должна всерьез взяться за преодоление издевательств и заверить в этом родителей и детей;
- образовательная организация и родители должны вместе работать над преодолением издевательств;
- в образовательной организации должна быть создана атмосфера открытости.

Издевательства происходят во взаимоотношениях, которым присуще злоупотребление силой (властью). Издевательства могут быть словесными, физическими, психологическими, социальными, а также принимать вид причинения материального ущерба. *Выделяют следующие виды издевательств* [84 и др.]:

- 1) словесные издевательства – клички, прозвища, обзывания, злобные или непристойные (пошлые) замечания (комментарии);
- 2) физические издевательства – нападения одного обучающегося на другого;
- 3) психологические издевательства – угрозы, давление, принуждение к конформному поведению: поступать или быть «как все»;
- 4) социальные издевательства – с обучающимся не разговаривают, не дают чего-то необходимого для совместной учебной деятельности, исключают из общения, всячески изолируют;
- 5) причинение материального ущерба – кража вещей, денег, порча одежды, обуви, личных принадлежностей обучающегося.

Жертвой издевательств может стать каждый. Многие дети становятся жертвами издевательств без какой-либо определенной причины. Вероятность издевательств над некоторыми детьми сравнительно более высокая. Это уязвимые дети, «другие» дети и дети, о которых говорят, что они сами по себе.

Уязвимые дети – это дети, которые выглядят так, что они сами за себя не смогут постоять и поэтому воспринимаются обидчиком как «легкая добыча». Это могут быть чувствительные, спокойные или застенчивые дети.

Поведенческие признаки того, что ребенок является жертвой издевательств:

- нежелание ходить на учебу, стремление пропустить определенный день недели или урок/занятие;
- страх идти на учебу или с учебы;
- изменение привычной дороги в образовательную организацию;
- опоздания в образовательную организацию;
- стремление избежать окружающих и друзей;
- снижение успеваемости;
- забывание учебников и учебных принадлежностей;
- постоянная потеря денег;
- отказ рассказать, что происходит.

Физические признаки:

- наличие выдуманных болезней, частые жалобы на плохое самочувствие на уроке/занятии;
- наличие необъяснимых ран и синяков;
- потеря личных вещей;
- порванная одежда, испорченные учебные принадлежности.

Эмоциональные признаки:

- уход в себя, снижение (ограничение) активности;
- пугливость, раздражительность, агрессивность;
- утрата уверенности в себе;
- внезапная слезливость на уроке/занятии.

Одной из основных форм профилактики негативных явлений в области социальной безопасности является *формирование навыков социальной безопасности в рамках основных и дополнительных образовательных программ.*

Рассмотрим несколько образовательных программ, реализуемых в основном (базовом) компоненте ФГОСов общего образования.

1. Л. П. Анастасова, Н. В. Иванова, П. В. Ижевский. Основы безопасности жизнедеятельности (учебное пособие по курсу «Окружающий мир»: 1–2-е и 3–4-е классы).

Учебно-методический комплект соответствует программе «Окружающий мир» (авторы Н. Ф. Виноградова и др.), рекомендованной Министерством образования Российской Федерации, МЧС России. Основная цель учебного пособия для 1–2-х классов – познакомить детей с возможными опасными ситуациями в повседневной жизни. В книге расширены

традиционные разделы («Безопасность в быту», «Правила поведения на дорогах») и включены новые разделы по формированию здорового образа жизни. В основе рабочих тетрадей для 1–2-х классов лежит принцип сюжетности материала, что способствует его легкому усвоению и запоминанию и соответствует возрастным и психофизиологическим особенностям младших школьников. Учебное пособие для 3–4-х классов является продолжением пособия для 1–2-х классов и имеет целью дальнейшее формирование у младших школьников сознательного отношения к вопросам личной безопасности и безопасности окружающих. Рабочие тетради для 3–4-х классов ориентированы на то, чтобы научить младшего школьника предвидеть реальные опасности, существующие на каждом шагу. Учебные пособия входят в комплект учебников начальной школы «Школа России».

2. *Учебно-методический комплект И. К. Топорова «Основы безопасности жизнедеятельности»*. В комплект входят учебник для 5–6-х классов, учебник для 7–8-х классов, учебник для 9-го класса, учебник для 10–11-х классов; пособие для учителя «Методика преподавания курса “Основы безопасности жизнедеятельности” в общеобразовательных учреждениях»; рабочие тетради по курсу «Основы безопасности жизнедеятельности» для 5–6-х и 7–8-х классов (Э. Г. Антюхин, Ю. Ф. Мелихов, М. Б. Сулла).

В учебниках даны советы и рекомендации, как избежать опасностей дома и на улице и как действовать в случае пожара, производственных и технологических аварий, дорожно-транспортных происшествий, стихийных бедствий. В рабочих тетрадях материал представлен в виде кроссвордов, загадок и ребусов. Тетради предназначены для закрепления знаний и умений у учащихся. Работа с данным учебно-методическим комплектом поможет сформировать у учащихся сознательное и ответственное отношение к вопросам личной безопасности и безопасности окружающих, привить основополагающие знания и умения распознавать и оценивать опасные и вредные факторы среды обитания человека. В книге для учителя рассмотрены цели и задачи курса «Основы безопасности жизнедеятельности», на психолого-педагогической основе изложены общие методические идеи и положения по его преподаванию, содержатся рекомендации по изучению тем и отдельных вопросов.

3. *Учебно-методический комплект под редакцией А. Т. Смирнова*. В комплект входят учебники «Основы безопасности жизнедеятельности» для 5-го класса (А. Т. Смирнов, Б. О. Хренников, Б. И. Мишин), 7-го класса (А. Т. Смирнов, Б. О. Хренников), 10-го класса (А. Т. Смирнов, Б. И. Мишин,

В. А. Васнев), 11-го класса (А. Т. Смирнов, Б. И. Мишин, В. А. Васнев); учебник для 10–11-х классов «Основы медицинских знаний и здорового образа жизни» (А. Т. Смирнов, Б. И. Мишин, П. В. Ижевский); методические материалы и документы по курсу «Основы безопасности жизнедеятельности»: книга для учителя (А. Т. Смирнов, Б. И. Мишин), книга для учителя «Основы подготовки к военной службе: методические материалы и документы» (В. А. Васнев, С. А. Чиненный), учебное пособие для учащихся 10–11-х классов «Армия государства Российского и защита Отечества» (под общей редакцией В. В. Смирнова).

Учебники нового поколения реализуют ФГОСы общего образования. Основное внимание уделяется формированию индивидуальной системы здорового образа жизни для сохранения и укрепления здоровья. Особое место в учебниках занимает новый раздел курса «Основы безопасности жизнедеятельности» (ОБЖ) «Основы военной службы», изучая который, старшеклассники получают сведения об обороне государства, истории создания Вооруженных сил и т. д. Учебник «Основы медицинских знаний и здорового образа жизни» написан в соответствии с одноименным разделом новой программы по курсу «Основы безопасности жизнедеятельности», рекомендованной Министерством образования Российской Федерации. Старшеклассницы узнают о роли женщины в современном обществе и семье, о правах и обязанностях родителей. Особое внимание уделено репродуктивному здоровью женщины и факторам, которые могут ему угрожать. Книги для учителя включают в себя основные документы по курсу ОБЖ, работа с которыми должна быть включена в педагогическую практику преподавателя-организатора по этому предмету.

4. Примером *дополнительной* образовательной программы может служить программа «*Защитим нашу школу*» (под редакцией О. Л. Романовой), целью которой является профилактика издевательств в школьной среде.

Задачи программы:

- сообщить учащимся, что за издевательства несут ответственность все без исключения;
- довести до сведения учащихся, что издевательства неприемлемы и о них следует сообщать;
- способствовать обсуждению учащимися и формированию взглядов на издевательства;
- способствовать формированию учащимися способов преодоления издевательств.

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

1. Что такое социальная безопасность личности, безопасность человека, чрезвычайная ситуация социального характера?
2. Какие существуют опасности социального характера?
3. Что такое дидактогенная и какова сущность этого явления?
4. Что входит в понятие «психологическая безопасность образовательной среды»?
5. Что такое здоровьесберегающая среда образовательной организации, какие компоненты в нее включаются?
6. Что такое буллинг и какова сущность этого явления?
7. Какие образовательные программы, направленные на формирование у обучающихся навыков в области социальной безопасности, Вы знаете? Кратко их охарактеризуйте.

Задание 1. Проанализируйте методические рекомендации по предотвращению издевательств в школьной среде и представьте свои предложения по включению этого аспекта профилактической работы в Вашу профессиональную деятельность.

Задание 2. Проведите диагностику образовательной среды с позиций психологической безопасности, используя методику И. А. Баевой «Психологическая безопасность образовательной среды школы» [73].

3.5. Комплексные программы формирования культуры здоровья обучающихся

При выборе и составлении здоровьесформирующих программ необходимо учитывать отношение человека к здоровью в различные периоды онтогенеза.

Понятие «отношение к здоровью» базируется на понимании отношения как сущности, состоящей из трех компонентов: эмоционального, познавательного и волевого, которые соответствуют выделяемым в современной психологии трем сферам психического – эмоциональной, когнитивной и мотивационно-поведенческой [71]. Важно, что возникшее отношение не остается неизменным, оно непрерывно трансформируется с приобретением нового жизненного опыта, порой довольно болезненно. В связи с этим особое значение имеет целенаправленное формирование правильного отношения к здоровью как ценности на ранних этапах развития личности.

Отталкиваясь от общепринятого значения слова «отношение» (характер обращения с кем-либо, чем-либо, взгляд на что-либо, мнение о чем-либо) [14, 78], Т. Н. Леван трактует отношение к здоровью как мнение человека о здоровье (в том числе своем здоровье) и характер обращения со здоровьем, определяемый, в свою очередь, уровнем и характером мотивации на здоровьесозидающий образ жизни [54].

Структура данного понятия включает в себя следующие компоненты:

1) образ своего «Я», понимание себя, своих чувств и ощущений, мотивов своего поведения;

2) субъективная оценка своего самочувствия, настроения (как ситуативное, «здесь и сейчас», отражение внутренней картины здоровья);

3) наличие индивидуального опыта нездоровья, характер этого опыта;

4) принятие ценности здоровья, понимание того, что быть здоровым важно для себя и окружающих людей, а усилия, прилагаемые человеком для того, чтобы сохранять и укреплять здоровье, стоят полученного результата;

5) личная ответственность за выбор в пользу здоровья или против этого (данный компонент включает понимание того, что полезно, а что вредно для здоровья, т. е. привлекается когнитивный компонент культуры здоровья);

6) активность в формировании своего здоровья (выполнение рекомендаций родителей, педагогов, специалистов, интерес к вопросам сохранения здоровья);

7) независимость в принятии решений (присутствие/отсутствие феномена социальной желательности, влияния «значимого взрослого», сверстников, средств массовой информации и т. д.);

8) характер мотивации на здоровьесозидающую деятельность (осознанная/неосознанная; позитивная/негативная; устойчивая/ситуативная).

Учет педагогом и родителями отношения ребенка к здоровью помогает выстраивать грамотную педагогическую стратегию формирования его здоровья, что, в конечном счете, позволяет *перевести заботу о человеке в заботу человека о самом себе*.

В дошкольном возрасте отношение детей к здоровью основано на интуитивном холистическом (целостном, неразделенном) понимании сущности человека.

Незавершенность развития памяти, воображения, образного мышления говорит о необходимости опоры в здоровьесформирующей деятельно-

сти на конкретные понятия и ощущения (такие, как самочувствие, настроение, эмоции, радость, активность и т. д.), избегая абстрактных категорий «здоровье», «жизнь» и т. п. Как существо «от природы», ребенок еще не до конца потерял ощущение цельности, осознание себя как части гармоничного мира. Его реакции спонтанны и полны естественной наивности. В связи с этим интересны данные В. А. Деркунской, представленные в книге «Психология здоровья дошкольника»: дети этого возраста, рассуждая о здоровье, считают здоровым не только человека, который выздоровел или не болеет, не принимает лекарства, не ходит в поликлинику, но и веселого, радостного, счастливого и даже умного [23]. Как утверждает исследователь, здоровье часто связывается детьми старшего дошкольного возраста с хорошим настроением, улыбкой, добротой. Также встречается мнение, что здоровый человек – это тот, который помогает другим не болеть.

Б. Д. Эльконин отмечает, что в дошкольном возрасте ребенок достигает довольно высокого уровня восприятия отдельных внешних свойств вещей и решения практических и познавательных задач, заданных в наглядно-образной форме, однако он еще не проникает за видимость вещей, вещи существуют для него и интересуют его только как объекты непосредственной практической деятельности [103].

И. Б. Куркина обращает внимание на целесообразность пояснения ребенку-дошкольнику смысла действий, связанных со здоровым образом жизни (закаливающие, гигиенические процедуры и др.), а также на то, что при введении каких-либо действий для поддержания здоровья необходимо акцентировать внимание ребенка на приятных ощущениях, связанных с ними – это способствует более осознанному отношению к здоровому образу жизни и формированию устойчивой позитивной мотивации на выполнение этих действий, так как дошкольник практически не способен руководствоваться мотивом «должен» и стремится делать то, что ему хочется, что ему приятно [44].

Исследования Т. Н. Леван показывают, что дошкольники не всегда осознают и могут объяснить взрослым свое настроение, однако в отношении самочувствия все дети могут в целом описать свои ощущения [99, с. 8–26]. 85 % опрошенных детей задумывались над тем, что ребенку важно быть здоровым (здесь можно в целом говорить об эффективности педагогического взаимодействия с дошкольниками по формированию ценностного отношения к здоровью). Интересно, каким образом дети стараются осознанно заботиться о своем здоровье: одеваются по погоде 75 % опрошен-

ных, соблюдают чистоту и гигиену 67 %, не едят вредную пищу 50 %, не пьют вредные напитки 47,5 %, не играют в опасные игры 47,5 % дошкольников, не смотрят долго телевизор 30 % и не ругаются 30 % детей. Эти цифры показывают, скорее, не то, как в реальной жизни обстоят дела, а их субъективную позицию по отношению к определенным действиям, связанным со здоровым образом жизни (обратим внимание, что тематика образовательной деятельности по формированию здорового и безопасного образа жизни в дошкольных образовательных организациях, как правило, связана с навыками гигиены, рациональным питанием и занятием физкультурой).

Примечательно, что на вопрос «Кто должен заботиться о твоём здоровье?» большинство детей ответили, что родители, но 45 % опрошенных уверены, что они сами тоже должны это делать. Среди причин заботы о своём здоровье, которые называют дети, – «чтобы ничего не болело» (67,5 %; эти данные закономерны, так как дошкольники усваивают от взрослых стереотип, выражающийся в русской пословице «Пока гром не грянет, мужик не перекрестится»), «потому что все в моей семье хотят быть здоровыми» (30 %), «чтобы быть сильным/красивым» (27,5 и 17,5 % соответственно). И, наконец, в области обеспечения собственной безопасности дети склонны ориентироваться на такие возможные негативные последствия, как риск собственному здоровью – 77,5 %, недовольство и наказание взрослых – 17 %. Примечательно, что любопытство пересилило чувство безопасности у 12,5 % опрошенных.

Современные школьники часто ошибочно полагают, что здоровье и долголетие человека – случайный дар. Особенности отношения школьников к здоровью емко и точно определены в Федеральных требованиях к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников (п. 3 – факторы, оказывающие влияние на состояние здоровья обучающихся, воспитанников):

1) отсутствие у детей опыта «нездоровья» (за исключением детей с серьезными хроническими заболеваниями);

2) восприятие ребенком состояния болезни главным образом как ограничения свободы (необходимость лежать в постели, болезненные уколы);

3) неспособность прогнозировать последствия своего отношения к здоровью;

4) невосприятие ребенком деятельности, связанной с укреплением здоровья и профилактикой его нарушений, как актуальной и значимой (ре-

бенок всегда стремится к удовлетворению своих актуальных потребностей, он не знает, что такое будущее, и поэтому ни за что не пожертвует настоящим ради будущего и будет сопротивляться невозможности осуществления своих желаний).

Согласно исследованиям Т. Н. Ле-ван, *младшие школьники* задумываются о том, что ребенку важно быть здоровым, далеко не всегда (это характерно примерно для 2/3 ответов). Как нам кажется, это связано с тем, что формирование ценностного и осознанного отношения к здоровью в детских садах стало активно развиваться совсем недавно, поэтому нынешние ученики младших классов (2–4-е классы) не обладают устойчивой осознанной здоровьесориентированной личностной позицией. Тем не менее, дети 7–11 лет довольно часто используют некоторые способы заботы о собственном здоровье (преимущественные ответы – более 50 % – «одеваюсь по погоде», «соблюдаю гигиену», «не играю в опасные игры»). Стоит обратить внимание на тот факт, что только 40 % младших школьников указали, что для заботы о собственном здоровье они избегают вредных привычек. Этот ответ настораживает, поскольку под вредными привычками дети этого возраста понимают не только химические зависимости (курение, алкоголизм, наркоманию), но и «нездоровые» предпочтения в досуге (компьютерную и мобильную зависимости), нерациональное питание. Можно сделать вывод, что 60 % респондентов, согласно их собственному мнению, имеют какие-либо вредные привычки.

Относительно ответственности младших школьников за свое здоровье. 100 % опрошенных равноправно разделяют ее с родителями, примерно треть указывают на медицинских работников и лишь немногие – на учителей.

Мотивом соблюдения здорового образа жизни в младшем школьном возрасте становится успешность («чтобы все получалось в жизни»), а также остается, как и в дошкольном возрасте, нежелание испытывать болезненное состояние – эти ответы характерны более чем для 80 % респондентов. Семейные традиции быть здоровыми уже не являются, как мы говорили ранее, значимыми для младших школьников (соответственно, получено только около трети ответов в пользу этой мотивации).

Осознанное отношение к собственной безопасности продемонстрировали 100 % респондентов. Основная мотивация связана с наличием здоровьесозидающего мышления («чтобы не навредить себе»). Однако встречаются ответы (порядка 10 %), где дети указывают в качестве основного мотива соблюдения правил безопасного поведения избегание наказания от

взрослых. Эти дети составляют группу риска: в подростковом возрасте, когда вступят в силу нигилистические позиции личности, у такого ребенка уже не будет сдерживающих механизмов, пересиливающих любопытство, в познании опасных сторон жизни.

Ученики 5–9-х классов указывают на то, что быть здоровым выгодно для них, потому что это позволяет им выбирать любое хобби (спорт, танцы, музыку и т. д.) (25 %), любые продукты питания (55 %), видаться с друзьями, когда хочется (37 %), они не утомляются от учебы и не чувствуют неприятных ощущений в теле (около 25 %). Интересно, что в качестве «выгод» нездоровья называют возможность пропустить учебу или работу 40 % учеников средней школы, 33 % старшеклассников; повышенную заботу со стороны семьи и друзей – 40 % учеников 5–9-х классов и 20 % старшеклассников.

Среди предпочтительных способов заботы о своем здоровье подростки называют соблюдение гигиены, неупотребление наркотиков, отсутствие зависимости от табака, подвижный образ жизни, соблюдение правил дорожного движения, отказ от общения в рискованных обстоятельствах (сомнительная компания, приглашения от незнакомых людей и пр.), подбор одежды в соответствии с погодой (50 %). В этом возрасте подавляющее большинство детей (более 90 %) отвечают, что они сами должны заботиться о своем здоровье, и только четверть учеников 5–9-х классов разделяют это право с родителями (в группе старшеклассников таких нет совсем), а 17 и 31 %, соответственно, – с врачами. Примечательно, что старшеклассники не включают в круг лиц, заботящихся об их здоровье, учителей, и только 17 % учеников 5–9-х классов оставили за педагогами это право. Видимо, дети пресыщены неэффективными педагогическими мероприятиями по формированию здорового образа жизни и не воспринимают их всерьез.

Важно, что в подростковом возрасте (5–9-е классы) дети стремятся вести здоровый образ жизни, имея в виду следующие цели:

- быть свободным в выборе хобби, питания и принятия других решений самостоятельно (75 %);
- хорошо выглядеть и иметь здоровых детей в будущем (50 % опрошенных девочек указали эту причину как значимую, для мальчиков более значимым закономерно стало желание «быть сильным»);
- чтобы ничего не болело (50 %);
- чтобы все получалось в жизни (50 %).

В отношении безопасности ученики 5–9-х классов в большинстве случаев (около 70 %) ответили, что не согласятся попробовать что-то новое, если будут знать, что есть какой-то риск себе навредить. Другое дело, что подростки не всегда способны этот риск распознать. Поэтому одними из самых эффективных стратегий профилактики в подростковом возрасте являются:

- обучение навыкам распознавания рисков и нерискованного поведения;
- развитие личностных ресурсов.

Вопреки распространенному мнению о невнимании подростков к своему здоровью на самом деле его ценность осознают более 68 % респондентов. Это подтверждается исследованиями других авторов, например, А. Г. Макеевой, которая установила, что здоровье занимает у подростков второе место в перечне социокультурных факторов, обеспечивающих благополучное существование человека: карьера, семейное благополучие, здоровье, материальный достаток, образование, работа, которая приносит радость, свобода и независимость, наличие близких друзей, интересное общение [60]. Треть опрошенных указывают на то, что здоровье им нужно для профессионального самоопределения. 54 % подростков считают, что их здоровье напрямую зависит от их образа жизни.

Для поддержания своего здоровья участники опроса избегают вредных привычек (55,5 %), занимаются физическими упражнениями (53,6 %), заботятся о режиме сна и отдыха (34,7 %).

По данным А. Г. Макеевой, несмотря на то, что подростки отнесли здоровье к числу приоритетных жизненных ценностей, их образ жизни сложно назвать здоровым [60]. Так, только треть подростков регулярно занимаются спортом, лишь 25 % школьников спят не менее 7 часов, 13 % юношей и девушек соблюдают режим питания и т. д. При этом сами респонденты не считают сложившуюся ситуацию опасной. Больше половины из них оценивают свой образ жизни как «вполне способствующий сохранению и укреплению здоровья».

При обосновании причин, почему не соблюдаются те или иные правила здорового образа жизни, подростки чаще всего сетуют на «нехватку времени», «загруженность домашними делами», «нехватку материальных средств» и гораздо реже упоминают о личностных факторах – дисциплинированности, организованности, наличии знаний о том, как заботиться о своем организме.

Таким образом, наблюдается несоответствие между потребностью обладать хорошим здоровьем и теми усилиями, которые подросток предпринимает для сохранения и укрепления своего физического и психологического благополучия более чем в половине случаев. В этом сказываются особенности подросткового возраста, когда здоровье воспринимается как нечто безусловно данное или само собой разумеющееся, потребность в котором хотя и осознается, но ощущается лишь в ситуации дефицита.

Существует большое количество авторских программ здоровьесформирующей направленности. Рассмотрим примеры *комплексных образовательных программ, рекомендуемых для использования в педагогической работе.*

1. Учебно-методический комплекс (УМК) «Экология учебной деятельности» (Е. Н. Дзятковская).

На примере воспитательных ситуаций с экологической направленностью разработан вариант содержания внеурочной деятельности с интегрированной в него психолого-педагогической программой профилактической направленности («Учусь учиться» – начальное общее образование, «Учусь общаться» – основное общее образование, «Учусь быть взрослым» – среднее (полное) общее образование). Занятия носят игровой характер, моделируются проблемные ситуации работы с учебной и неучебной информацией, ситуации общения, создается пространство деятельностных проб по переносу и применению универсальных учебных действий в жизненные ситуации с информационными рисками. На основе экологической познавательной модели формируются представления об адаптивном характере здорового образа жизни, ресурсах успешной учебы – биологических, эмоциональных, интеллектуальных, волевых, коммуникативных; о роли учебной культуры в сохранении здоровья человека. Развиваются представления об особенностях здорового образа жизни в разной информационной среде. Закладываются основы здоровьесберегающей учебной культуры. Разработанные учебные материалы имеют выраженную воспитательную направленность на формирование этических, патриотических, экологических, гуманистических ценностей, ценности природной и культурной информации, языка, культурных традиций разных народов России, самоидентификацию (в культуре и мире природы) и межэтническую толерантность. В них красной линией проходит идея ответственности каждого человека за защиту уникальной биологической и культурной информации, в том числе путем

контроля собственной деятельности по получению, преобразованию и распространению информации. Проблема обеспечения безопасности в информационной среде рассматривается с акцентом не на негативных ее воздействиях на человека, а на уникальной роли в сохранении жизни на Земле. Разнообразие нематериальной культурной и этнокультурной информации как ценное наследие цивилизации обосновывается как средство сохранения биологической информации на планете. Формируется опыт организации безопасной персональной образовательной среды, контроля за рисками, экологически сообразного управления (на примере группы).

В начальной школе подбираются упражнения, направленные на компенсацию сенсорной и эмоциональной депривации ребенка (учащиеся экспериментируют не с предметами, а со звуками, цветом, формами, поверхностями, движениями, эмоциями и т. д., их многообразием, тренируют возможности органов чувств); обеспечение этнофункциональной адаптации учащихся (совместно с родителями); формирование способов самопомощи в учебе (проблемы регуляции во времени, в пространстве и т. д.); формирование первичного опыта участия в создании информационно безопасной образовательной среды (класса).

В основной школе центральным объектом экспериментирования выступают модель успешного общения, разные виды коммуникаций, в том числе с использованием компьютерной техники, уклад школьной жизни. Как и в начальной школе, основная направленность материалов – воспитательная (профилактика сквернословия, противоправного поведения, курения; формирование межэтнической толерантности и др.).

В пролонгированных исследованиях (536 учащихся группы риска с 1-го по 11-й класс) было доказано, что направленность учебного процесса на совершенствование регуляции работы с информацией и создание необходимой для этого информационной среды позволяет педагогическими средствами снизить развитие информационных патологий в 3–4 раза (немедикаментозно и без отрыва от учебы), формировать здоровый образ жизни, адаптированный к современной информационной среде, закладывать основы здоровьесберегающей учебной культуры.

На современном этапе апробированы формы реализации УМК и его сопровождения: 1) внеурочная деятельность (ведет педагог-психолог; учитель, имеющий психологическую подготовку); 2) по отдельным темам – учебные модули, интегрированные с информатикой, окружающим миром,

ОБЖ, литературой, биологией и др.; 3) школьный компонент; 4) физкульт-минутки и перемены; 5) работа с родителями; 6) кружки в учреждениях дополнительного образования (ведет педагог-психолог). Комплексность такой работы обеспечивается составом УМК, предусматривающим, помимо учебных материалов для учащихся и методических – для учителя, большой комплект учебно-методической литературы для психологов, школьных врачей, администрации школы и брошюры для родителей для координации направленности их действий с занятиями в школе. Комплект рекомендован региональным органам образования к внедрению в качестве учебно-методического сопровождения программы ФГОС НОО «Формирование экологической культуры, здорового и безопасного образа жизни» (письмо Минобрнауки РФ № 03–470 от 9 октября 2012 г.).

2. УМК для 1–11-х классов «Здоровье» (под редакцией В. Н. Касаткина, Л. А. Щеплягиной).

Программа создана коллективом врачей, психологов, педагогов. В методическом пособии для учителя изложены примеры проведения уроков, описаны психологические особенности преподавания тем, связанных со здоровьем. Представленная программа ориентирована на школьника. Это попытка создать единый предмет, в котором информация по анатомии, физиологии, психологии, антропологии и многим другим предметам служит самопознанию, самопринятию и самоуважению. Программа построена ступенчато с учетом психофизиологических особенностей каждого возраста.

3. Программа «Мой выбор» (И. Ахметова, Т. Иванова, А. Иоффе, А. Прутченков, Г. Смирнова).

Программа рассчитана на учащихся средней и старшей школы. Программа для средней школы представляет собой 12-часовой курс для учащихся 8–9-х классов. Данный курс помогает осознать необходимость личного выбора из нескольких вариантов поступков, поведения в различных жизненных ситуациях и свою личную ответственность за сделанный выбор. Курс задуман таким образом, чтобы у школьников была возможность ознакомиться с последствиями сделанного выбора. Рабочая тетрадь содержит задания, тесты, кроссворды, дополнительную информацию для учащихся по курсу. Курс для старшеклассников состоит из 6 занятий по темам «Человек свободного общества», «Учимся строить отношения», «Мое здоровье», «Преступление и наказание, или Цена скейтборда», «Я и политика», «Свобода и ответственность – выбор XXI века».

4. «Формирование здорового жизненного стиля» (Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский).

Программа предполагает работу с подростками среднего (12–14 лет) и старшего (15–17 лет) школьного возраста. В процессе реализации программы проводится работа с подростками, а также с учителями и родителями. В каждой из групп выделяются лидеры (волонтеры) для осуществления дальнейшей профилактической деятельности.

Программа состоит из четырех разделов:

1. «Информационный раздел».
2. «Когнитивное познавательное развитие».
3. «Развитие личностных ресурсов».
4. «Развитие стратегий и навыков высокофункционального поведения».

Работа с подростками рассчитана на 18 занятий по 2 часа. Перед циклом занятий и после него проводится тестирование с целью определения эффективности программы.

Не смотря на существование ряда программ, в процессе работы возникает необходимость в разработке своей, авторской, программы. Рассмотрим *технологии составления авторской программы здоровьесформирующей направленности*.

Образовательная рабочая программа – «визитная карточка» дисциплины (курса, факультатива), являющаяся своеобразным путеводителем, в первую очередь, для заказчиков данных образовательных услуг – обучающихся и их родителей.

Рабочая программа – нормативный документ, определяющий объем, порядок, содержание изучения и преподавания какой-либо учебной дисциплины, основывающийся на типовой программе по учебному предмету. Цель учебной рабочей программы – планирование, организация и управление учебным процессом по определенной учебной дисциплине.

Задачи рабочей программы – конкретное определение содержания, объема, порядка изучения учебной дисциплины с учетом особенностей учебного процесса той или иной образовательной организации и контингента обучаемых.

Требования к содержанию рабочей программы (можно использовать в качестве основных критериев при ее экспертизе):

- 1) соответствие современному уровню развития науки;
- 2) четкое определение места, роли и задач учебной дисциплины (курса, факультатива);

- 3) реализация принципов системного подхода в отборе программного материала;
- 4) единство и логическая преемственность элементов содержания программы;
- 5) учет межпредметных связей;
- 6) конкретность определения требований к приобретаемым обучающимися знаниям и умениям;
- 7) рациональный выбор форм организации процесса обучения с учетом специфики учебной дисциплины;
- 8) мотивированная дозировка разделов и тем программного материала с учетом возраста обучаемых.

Рекомендуемая структура образовательной программы представлена на рис. 3.

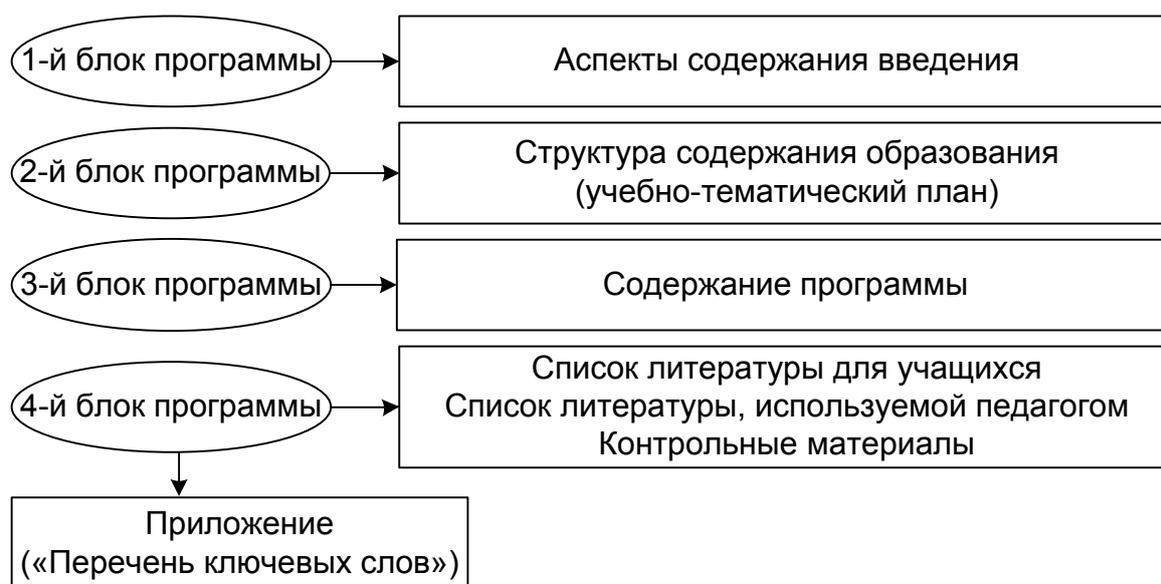


Рис. 3. Структура образовательной программы

Содержание итоговых форм контроля, обозначенных в учебно-тематическом плане, необходимо подробно описать в виде нетестовых и тестовых заданий. Они могут быть представлены контрольными (зачетными, экзаменационными) вопросами (заданиями) по вариантам или тестам (табл. 7).

Следует сказать несколько слов о содержании авторских программ здоровьесформирующей направленности. Целесообразно составлять собственную программу, если педагог планирует по максимуму учесть особенности обучающихся его класса/группы, их интересы, жизненный опыт. Ре-

комендуется использовать не авторитарные, а демократические способы определения содержания программы, например, выявление актуальности тех или иных тем путем анкетирования обучающихся или их родителей (дается перечень тем, предлагается выбрать те из них, по которым респондентам хотелось бы получить подробную информацию) или методом мозгового штурма (можно проводить его, предложив обучающимся или их родителям подобрать ассоциации к слову/словосочетанию, которое представляет собой обобщенно тему планируемой программы).

Таблица 7

Характеристика контрольных заданий

Нетестовые задания	Тестовые задания
1	2
Вопросительная или отрицательная форма	Тестовое задание в утвердительной форме, например, предложение, которое нужно закончить или вставить в него пропущенные слова, символы, формулы
Вопрос понимается неоднозначно (есть возможность его уточнить в беседе)	Четко, однозначно сформулированное задание
Вопрос включает в себя несколько более простых вопросов	Задание содержит только одну законченную мысль
Вопрос перегружен синтаксическими конструкциями, содержит двойное отрицание	В задании используется не более одного деепричастного (причастного) оборота (чаще это простое распространенное предложение)
Вопрос содержит вводные фразы, повторы и сведения, мало связанные с основным вопросом	Задание очищено от материала, не связанного или мало связанного с ним
Вопрос допускает неоднозначность ответа (это нормально для творческих задач)	Задание имеет один однозначный правильный ответ
Короткий вопрос и длинный ответ	Четкий (при необходимости длинный) вопрос и краткий ответ
Ответ на вопрос зависит от ответа на предыдущий вопрос	Задания не связаны друг с другом
Вопрос имеет целью выяснение мнения обучающегося по поводу изученного материала	Задание позволяет оценить уровень владения учебным материалом

1	2
Вопрос неявно содержит правильный ответ	Задание не содержит вербальных ассоциаций, помогающих выбрать правильный ответ с помощью догадки
Вопрос с «ловушкой»	Задания с «подвохом» отсутствуют, так как они вводят в заблуждение наиболее подготовленных обучаемых (остальные просто могут не увидеть «ловушки» в задании)
Различные способы представления правильных ответов	Одна инструкция для группы однотипных заданий
Время ответа на вопрос колеблется в широких пределах	Ограничение на время выполнения каждого задания (1–2 мин) и теста в целом
Ответ на вопрос требует дополнительных сложных вычислений и оформления	Ответы краткие, их форма оговорена в инструкции, они не требуют сложных расчетов («вижу – пишу»)
Ответ требует заученной формулировки, пересказа	Ответ требует умения применять полученные знания в конкретных ситуациях
Ответ может быть оценен как частично правильный	Задание оценивается или как верное, или как неверное – промежуточных оценок нет
Распространенная форма вопроса «да-но – найти»	В заданиях предлагается сравнить, сопоставить, найти закономерность и т. д.
Обязательное участие преподавателя в оценке правильности ответов	Технологичная процедура выставления оценок, не требующая участия в ней преподавателя
Вопросы требуют только знания конкретных фактов, определений, законов, правил	Задание имеет «второй» план, требующий определенных общеинтеллектуальных умений
Вопросы случайны, не проверяют задаваемый целями учебной дисциплины уровень подготовки ученика	Задания соответствуют целям учебной дисциплины

Несмотря на то, что программа может быть направлена на какой-то один аспект здоровьеориентированной деятельности, все же рекомендуется, чтобы она своим содержанием и видами деятельности способствовала комплексному решению задачи формирования культуры здорового и безопасного образа жизни, позволяла формировать в целом (или по большин-

ству аспектов) социальные компетенции, представленные в компетентностной модели социализированной личности.

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

1. Что представляет собой отношение к здоровью?
2. Каковы основные особенности отношения к здоровью детей различных возрастных групп?
3. Какова суть комплексных программ здоровьеориентированной направленности?

Задание 1. Изучите таблицу «Учет социокультурных представлений подростков о здоровье в педагогической деятельности по формированию культуры здоровья» (по А. Г. Макеевой). Используя материалы, составьте подобную таблицу для детей любой другой возрастной группы.

Что в содержании представлений подростков можно использовать в качестве опоры и подкрепления при формировании основ культуры здоровья	Что следует изменить в содержании представлений подростков	Вывод для педагогической практики
1	2	3
Сформировано представление о здоровье как социальном приоритете, здоровье рассматривается как безусловная ценность	Представление о здоровье как приоритетной жизненной ценности носит формальный характер	Опираясь на признанный в подростковой среде высокий статус здоровья, необходимо развивать понимание его личностной ценности
Сформировано представление о характеристиках и критериях состояния здоровья (хорошее самочувствие, физическое и психологическое благополучие)	Представление о здоровье ограничивается телесно-физическим и психологическим аспектами	Необходимо развивать представление о сущности здоровья как факторе, обеспечивающем человеку возможность реализации своих способностей и талантов, помогающем обрести смысл существования
Подростки признают высокую степень зависимости здоровья от поведения	Подростки недооценивают роль соблюдения конкретных	Необходимо развивать представление о роли конкретных форм поведения, на-

Окончание таблицы

1	2	3
самого человека	правил здорового образа жизни, сами не соблюдают их	правленных на укрепление здоровья, формировать позитивную мотивацию в отношении форм поведения, связанных с укреплением здоровья

Задание 2. Проанализируйте годовой тематический план своего предмета (любой класс/группа). Перечислите темы, в которые можно включить валеологический компонент. Дайте примеры заданий/вопросов/упражнений такого рода на каждую тему.

Глава 4. СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМАЯ ЗДОРОВЬЕОРИЕНТИРОВАННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОБУЧАЮЩИХСЯ ВНЕ РАМОК ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ

4.1. Пиар-мероприятия с участием обучающихся по тематике здорового и безопасного образа жизни

Пиар (PR) – связи с общественностью. В широком понимании пиар включает и рекламу, в узком – только публичные мероприятия и действия, направленные на создание положительного имиджа и поддержание хорошей репутации. Социальный пиар имеет иное назначение – формирование общественного мнения по значимой для общества проблеме [90].

PR-кампания (пиар-кампания) представляет собой комплекс действий, целенаправленно выстраиваемую публичную деятельность, необходимую для воздействия на мнения и отношения людей (как внешней общественности, так и принимающей участие в деятельности организации) для достижения определенных целей:

- 1) формирование определенного имиджа организации;
- 2) привлечение мнений, голосов в поддержку какой-либо деятельности;
- 3) повышение интереса к организации (в частности, привлечение новых клиентов, спонсоров, партнеров).

Основное предназначение деятельности по связям с общественностью – укрепление позиций образовательной организации в условиях рынка образовательных услуг, повышение конкурентоспособного статуса, утверждение положительного имиджа в информационно-образовательном пространстве.

Объектами PR-деятельности (целевой аудиторией) могут быть:

- 1) общественные организации (культурные и общественные центры, учреждения дополнительного образования, учреждения систем среднего и высшего профессионального образования);
- 2) спонсоры, инвесторы;
- 3) широкая общественность (потенциальные «клиенты»), в том числе родительская общественность;
- 4) школьная общественность (родители, педагогический коллектив, обучающиеся).

Суть PR-технологий состоит в осведомлении потребителя о спектре услуг и степени их качества. Основные методы и средства PR, применяемые для продвижения образовательных услуг, – это пресса, телевидение, радио, реклама, презентации, благотворительные акции, политические мероприятия.

По словам крупного специалиста в области образовательного пиара Г. Г. Почепцова, информационный статус организации не менее важен, чем его реальный статус [79]. В современную эпоху средств массовой информации (СМИ) для потребителя услуг (а образование рассматривается законодательно как услуга) существует только то, о чем говорят по телевизору и пишут в прессе. Конкретная образовательная организация может замечательно организовать свою работу, но, не уделяя внимания пиар-деятельности, останется малоизвестной и непопулярной.

То же самое стоит сказать и о деятельности класса/группы как коллектива, социального организма, в который не включены непосредственно родители, хотя они и являются законодательно участниками образовательного процесса. Вся деятельность (особенно яркая, интересная, необычная, социально значимая) должна найти должное освещение с помощью пиар-технологий, например, сайта, блога, информационного буклета, газеты (стенгазеты, электронной газеты), журнала, акции, пиар-рассылки, конференции и т. п. Все эти мероприятия могут быть организованы классным руководителем/куратором с привлечением обучающихся.

Специальные мероприятия в системе связей с общественностью: выставки и ярмарки, конференции, дни открытых дверей, публичные выступления (концертные, театрализованные и пр.), презентации.

Рассмотрим *алгоритм организации и проведения школьной пиар-кампании*.

Для организации школьных PR-кампаний в области здоровья и профилактики зависимостей необходимо иметь четкое представление о содержании ряда ключевых понятий:

- *здоровый образ жизни* – активная форма поведения, связанная с определенными жизненными установками и обеспечивающая сохранение здоровья и повышение адаптационных возможностей организма;
- *профилактика зависимостей (аддикций)* – система мер, направленных на предупреждение формирования зависимостей от психоактивных веществ (табака, алкоголя, наркотиков), пищевых зависимостей, нехимических зависимостей (интернет-зависимости, игровой, компьютерной, телевизион-

ной, мобильной и т. п.); устранение соответствующих факторов риска, усиление и развитие позитивных ресурсов личности и социальной среды;

- *общешкольный PR-проект* – мероприятие (система мероприятий) по привлечению внимания школьной общественности (в первую очередь, детей, а также родителей и педагогов) к решению каких-либо выявленных путем исследований проблем, актуальных для данного образовательного учреждения.

Школьные PR-кампании в области здоровья могут преследовать одну или несколько целей:

- привлечение внимания общественности к проблеме, связанной со здоровьем;
- профилактика деструктивных для здоровья явлений (ПАВ-зависимости, жестокости и насилия и т. д.);
- формирование ценностных ориентаций на здоровье и здоровый и безопасный образ жизни.

Адресатами (целевой аудиторией) школьных PR-кампаний (здесь мы говорим о кампаниях любой тематики) являются 1) внутришкольная общественность (в первую очередь, школьники, педагоги и родители учащихся), 2) внешкольная общественность (это могут быть потенциальные родители будущих учащихся, жители микрорайона, представители других образовательных учреждений, потенциальные спонсоры и т. д.). Если мы говорим о кампаниях в области здоровья как форме профилактической работы, то, естественно, ориентированы такие кампании на школьников (или на семью), хотя готовятся они с участием самих представителей целевой аудитории (в этом состоит специфика пиар-технологий как образовательных технологий).

Следует обратить внимание на то, чтобы цель планируемой PR-кампании ставилась ее организаторами как можно более конкретно, по возможности с указанием численных или иных индикаторов для последующей оценки ее эффективности.

Алгоритм организации школьных PR-кампаний можно в целом описать как ряд шагов.

1 шаг.

- Формирование штаба/команды.

На начальном этапе разумно собрать группу активистов (своего рода «штаб») для разработки PR-кампании. Это может быть какой-то класс, орган

ученического самоуправления, школьный клуб здоровья... Также к участию в работе штаба можно пригласить всех желающих с помощью объявления. Штаб разрабатывает план действий, организует своими силами или с привлечением других ребят и родителей социологическое исследование, определяет цели, задачи и стратегию PR-кампании (все это по силам школьникам при мудром руководстве педагога или родителей).

- Исследование общественного мнения по проблеме.

Как уже говорилось, предпочтение следует отдавать ученическим социологическим исследованиям под руководством педагогов или родителей. Такое исследование можно провести с помощью «бумажного» или виртуального анкетирования, интервьюирования, референдума и т. п. Исследование должно выявить, например, какая проблема в области здоровья (табакокурение, компьютеромания, мобильная зависимость, замусоренность территории школы или что-то другое) наиболее актуальна для учащихся школы, каковы, по мнению общественности, главные причины негативных явлений и как с ними справиться на уровне семьи и образовательного учреждения.

- Выбор актуальной темы.

В результате социологического исследования штаб (PR-группа, PR-центр) определяет тему кампании (можно сформулировать ее в виде девиза, слогана, однако следует избегать банальных цитат и пословиц типа «В здоровом теле – здоровый дух», лучше предложить участникам придумать что-то покреативнее).

- Определение целевой группы.

Анализ данных социологического исследования также позволит определить, какой контингент людей будет вовлечен в школьную PR-кампанию. Это может быть одно звено (начальная, средняя или старшая школа) или все классы, только мужская или только женская аудитория, только школьники или вместе с родителями, а может быть, педагогический коллектив или общественность микрорайона.

- Определение целей и задач кампании.

Формулировка должна быть предельно конкретной и выполнимой. То есть если мы, например, желаем сформировать ценностное отношение к здоровью у участников, выполнение этой задачи вряд ли будет делом одной кампании, а если мы ставим задачу уменьшения в 2 раза количества мусора в здании школы и на пришкольном участке, это уже более реально и, главное, измеримо (т. е. мы сможем оценить результативность кампании).

II шаг.

- Выбор формы проведения кампании (т. е. самого PR-события).

Это может быть выставка, ярмарка, концерт, конкурс, деловая игра, конференция, круглый стол, создание и презентация фильма, газеты, альманаха, акция, день открытых дверей школьного клуба здоровья и др. Выбор должен осуществляться, исходя из ресурсов, которыми обладает школа (техническими, человеческими и пр.), по возможности с учетом пожеланий, обозначенных в ответах респондентов при социологическом опросе.

- Массированная пресс-подготовка.

В специальной литературе встречается так называемое правило 21 дня, согласно которому анонсировать PR-событие и вообще начало кампании рекомендуется именно в течение этого срока: тогда общественность будет достаточно подготовлена к мероприятию. Формами пресс-подготовки могут быть как традиционные объявления (бумажные, радио-, виртуальные, просто словесные), так и выступления мобильных пресс-бригад, статьи в стенгазетах, анонсы в новостях на сайте школы и т. д.

- Подбор и систематизация информации по теме.

Для того чтобы PR-мероприятие было содержательно, убедительно, фактологически достоверно и, опять же, интересно для участников, штаб должен осуществить сам или поручить кому-нибудь поработать с разнообразными источниками – печатными, медиа-ресурсами, согласно классическим правилам исследовательского проекта.

- Выбор методов воздействия.

Здесь следует напомнить об основных профилактических моделях: «запугивании», основанном на формировании представлений о негативных последствиях деструктивного поведения; валеологической модели (формирование ценностного отношения к здоровью); формировании навыков безопасного поведения в ситуациях риска, т. е. поведенческой модели; и лично ориентированной модели, позволяющей снизить риск зависимости за счет развития личностных свойств и качеств. По мнению психологов и специалистов в области профилактики аддиктивного поведения, предпочтение в методах профилактики следует отдавать позитивным установкам, праву ребенка на информационную безопасность; следует избегать прямой демонстрации объекта зависимости (по крайней мере, не акцентировать на нем внимание, чтобы не «включать» механизмы «символическо-

го освоения» запретного предмета, когда фактически делается шаг навстречу преодолению страха перед опасностью употребления психоактивного вещества).

III шаг.

- Проведение PR-события.

Желательно добровольное присутствие на этом мероприятии большого числа представителей целевой аудитории (этому будут способствовать элементы интерактива, вовлечения аудитории в действие, а также предварительная пресс-подготовка), однако не исключается и интерес к нему других представителей школьной общественности. Еще раз подчеркнем, что именно массовый характер участия (здесь имеется в виду именно аудитория, а не организаторы) позволяет провести кампанию более эффективно. Но в любом случае второй центральной точкой PR-кампании является освещение события в средствах массовой информации.

- Освещение PR-события в СМИ (школьных, муниципальных, городских – в зависимости от цели кампании и ее статуса).

Это позволяет получить большой общественный резонанс события, закрепить спрогнозированное мнение и отношение к проблеме, продлить эффект от PR-кампании.

IV шаг.

- Оценка эффективности PR-кампании.

Формы оценки изменения общественного мнения могут быть аналогичными тем, что применяются в начале кампании; также показательным, но отложенным критерием эффективности кампании является изменение поведения целевой аудитории. Вспомним наш пример с уменьшением в 2 раза количества мусора в школе. В данном случае мы можем точно определить в течение недели, через месяц и через полгода, была ли правильно выбрана стратегия PR-кампании. Очень показательным примером эффективности PR-кампании стала высокая социальная активность учеников начальной школы Центра образования № 1492 Юго-Западного округа Москвы, которая выразилась после проведения PR-кампании в рамках городского марафона в письме Президенту Российской Федерации Д. А. Медведеву с предложениями по уменьшению риска компьютерной зависимости среди школьников.

Таков рекомендуемый алгоритм проведения школьных PR-кампаний в области здоровья и профилактики зависимостей, апробированный в рам-

ках московского городского марафона школьных PR-проектов в области здоровья и профилактики зависимостей (2009–2014 гг.).

Особое значение в пропаганде здорового и безопасного образа жизни имеет обеспечение публичности результатов пиар-деятельности.

Публичность (паблисити) (от англ. *publicity* – публичность, гласность) [42, 79] – 1) известность или популярность чего-либо, определяемая возможностью получения информации от ее источника, т. е. желанием источника информировать общество о чем-либо; 2) популярность, известность товаров или услуг, формирующиеся под действием рекламы и информации в СМИ, из других источников (таких, как письма, рассылка, отправка пресс-релизов в те же СМИ и не только, выставочная деятельность, раздача флайеров и другие маркетинговые мероприятия).

Основное отличие паблисити от рекламы – бесплатность. Нужный эффект достигается благодаря тому, что при использовании такой технологии PR, как паблисти, формируется информационный повод.

Деятельность обучающихся в области здоровья вполне достойна стать информационным поводом. Результаты проведенного в классе (группе) мероприятия, проекта, соревнования, учебного исследования и т. п. в области здоровья будут восприниматься детьми и взрослыми как более значимые, социально одобряемые, если вокруг них будет создан информационный повод, если они будут преданы огласке [45, 102].

Можно предложить обучающимся или воспитанникам создать собственную газету, чтобы освещать в ней результаты пиар-кампании. Также издание газеты может само по себе носить характер пиар-кампании.

Выпуск школьного печатного издания описан в методической литературе. Например, М. М. Лукина и С. Э. Некляев рекомендуют приступать к выпуску школьного периодического издания с определения его миссии, слогана и названия, ниши издания и читательской аудитории [57]. Затем следует изучить читательские запросы аудитории (провести опрос в фокус-группах, анкетирование потенциальных читателей, сбор мнений в ящик вопросов и предложений). Следующий шаг – определение содержания и структуры газеты (тематика, рубрики, полосы).

Далее следует создание выпусков по следующему графику технологических операций: планирование выпуска (планерка – обсуждение актуальных информационных поводов, определение главных и второстепенных тем номера, распределение обязанностей); работа с информационными по-

водами (сбор информации, работа с источниками – наблюдение, интервью, работа с документами, поиск информации в Интернете); подготовка материалов, рубрик, полос (авторская и редакторская работа над текстами); подбор иллюстраций (обсуждение фотографий и другого наглядного материала, в том числе графиков, инфографики и пр.).

В своих исследованиях М. М. Лукина и С. Э. Некляев рекомендуют издавать школьную газету как «большую прессу», серьезно относясь к процессу и руководствуясь этическим кодексом журналистов: точность и проверка информации, честность и достоверность информации, ссылки на источники, объективность и информационный баланс, разделение фактов и мнений, краткость и ясность [57]. Таким образом можно ознакомить младших школьников с содержанием разных видов журналистской деятельности: проектной, авторской, аналитической, редакторской, организационно-управленческой, производственно-технологической.

А. Ю. Дейкина предлагает издавать собственную печатную продукцию даже с детьми 3–6 лет [22]. Предложена следующая технологическая последовательность:

1) знакомство дошкольников с существующей детской периодикой (аудио-, видео- и печатной литературно-публицистической продукцией): история возникновения детской периодической печати, цели и задачи детской периодической печати, современные детские периодические издания, специфические формы трансляции информации детскими периодическими изданиями;

2) подготовка к выпуску собственной газеты: знакомство с разнообразной периодикой через познавательные игры и тренинги, знакомство с теоретическими основами журналистики, жанрами публицистики и газетными рубриками, определение целей и задач собственного издания;

3) производство и выпуск собственной газеты: подготовка (написание или запись взрослым со слов ребенка) газетных материалов, знакомство с основами полиграфического производства и изготовления газеты (детей знакомят с тем, как рукописный текст становится печатным, как устанавливается размер шрифта, как заметка находит свое место на будущей газетной странице, как затем файл выводится на печать);

4) анализ вышедшего номера (содержательная и внешняя оценка номера);

5) составление плана очередного номера газеты, включая определение тематики публикаций, назначение ответственных за конкретные публикации, определение источников получения необходимых сведений.

Таким образом, пиар-деятельность является эффективной педагогической технологией, которую можно использовать для формирования культуры здоровья, ценностного отношения ребенка к здоровому образу жизни.

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

1. Что такое пиар, публичность?
2. Как можно использовать пиар в качестве педагогической технологии? Опишите последовательность шагов (алгоритм организации) школьной пиар-кампании в области здоровья.
3. Какую роль можно определить обучающимся/воспитанникам в проведении пиар-кампании в области здоровья?
4. Какое значение имеет широкое освещение в прессе деятельности обучающихся в области здорового и безопасного образа жизни?

Задание 1. Используя лекционный материал, рекомендованные источники литературы, составьте «банк идей» для проведения пиар-кампаний в области здоровья с контингентом обучающихся, с которым Вы работаете / будете работать.

Задание 2. Выявите узкую проблему в области здоровья, с которой нужно «поработать». Разработайте стратегию и тактику проведения какого-либо пиар-мероприятия.

4.2. Развитие волонтерского движения обучающихся по продвижению культуры здорового и безопасного образа жизни

Рассмотрим понятия о волонтерстве, волонтерах и сущности волонтерской деятельности.

В ст. 5 Федерального закона от 11 августа 1995 г. № 135-ФЗ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» *добровольцы (волонтеры)* определены как граждане, осуществляющие благотворительную деятельность в форме безвозмездного труда в интересах благополучателя (лица, получающего благотворительные пожертвования от благотворителей, помощь добровольцев), в том числе в интересах благотворительной организации.

Добровольческую (волонтерскую) деятельность закон раскрывает как форму социального служения, осуществляемую по свободному волеизъявлению граждан, направленную на бескорыстное оказание социально зна-

чимых услуг на местном, национальном или международном уровне, способствующую личностному росту и развитию выполняющих эту деятельность граждан (добровольцев) [1, 26, 66].

Несмотря на то, что в законодательстве Российской Федерации закреплены понятия «*добровольцы*» и «*добровольческая деятельность*», чаще в СМИ и повседневной жизни используются понятия «*волонтер*» (от лат. *voluntarius* – добровольно) и «*волонтерство*».

Волонтер (доброволец) – это человек, который по собственному желанию делится своим временем, энергией, навыками и знаниями для того, чтобы помочь другим людям и окружающей среде. Он не преследует материальной выгоды, не ждет оплаты за свой труд и довольствуется моральным удовлетворением.

Волонтерство (добровольчество) – деятельность, осуществляемая группой лиц, объединенных общей идеей, и направленная на благо общества [66].

Волонтерское движение активно развивается в нынешнее время на базе образовательных организаций. Однако само по себе оно, как правило, не возникает. Необходимы педагогическая поддержка, содействие становлению гражданской позиции обучающихся, направление их усилий в конструктивное русло. В связи с этим актуально наделить кого-то из сотрудников образовательных организаций или опытных волонтеров функциями куратора (тьютора) волонтерского движения.

Тьютор волонтерского движения в образовательной организации – это сотрудник образовательной или иной организации или опытный волонтер, содействующий развитию волонтерского движения на основе поддержки индивидуальности каждого обучающегося.

Сегодня в обществе активно развивается *молодежное волонтерство* – практическая добровольческая деятельность молодежи по предметному решению общественных проблем, осуществляемая без принуждения и оказывающая социализирующее влияние на субъекта деятельности [1, 26, 66].

Основными задачами волонтерской деятельности являются:

- 1) вовлечение молодежи в социальную практику и ее информирование о потенциальных возможностях развития;
- 2) предоставление возможности молодым людям проявить себя, реализовать свой потенциал и получить заслуженное признание в России;
- 3) развитие созидательной активности молодежи; интеграция молодых людей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в жизнь общества.

К *прикладным задачам* относятся:

1) обучение молодых граждан определенным трудовым навыкам и стимулирование профессиональной ориентации;

2) получение навыков самореализации и самоорганизации для решения социальных задач;

3) сохранение профессиональных навыков, знаний и компетенций после получения профессионального образования в период временного отсутствия работы, занятости;

4) замещение асоциального поведения социальным; гуманистическое и патриотическое воспитание; обеспечение определенного временного формата занятости молодежи (замещающего обычные общественные работы) в период социально-экономического кризиса; формирование кадрового резерва.

Направления волонтерской деятельности многообразны: социальное патронирование детских домов, пожилых людей; медицинская помощь (службы милосердия в больницах); педагогическое сопровождение (поддержка детей и подростков); социально-психологическая и юридическая поддержка (молодежные психологические и юридические службы); экологическая защита; интеллектуальное развитие (организация и проведение интеллектуальных конкурсов); спортивная, туристическая и военная подготовка; творческое развитие (организация творческих мероприятий, конкурсов, праздников); досуговая деятельность (организация свободного времени детей, подростков и молодежи); социальное краеведение; трудовая помощь (трудоустройство лагеря и бригады); помощь в реставрационных работах; экскурсионная деятельность; ремесленные мастерские (помощь в возрождении традиционных ремесел); информационное обеспечение и др.

К числу ведущих направлений волонтерской деятельности отнесена деятельность по приобщению населения к здоровому и безопасному образу жизни и увеличению числа граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом в рамках внедрения Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне».

В рамках данного направления перед волонтерами стоят следующие задачи:

- пропаганда здорового образа жизни среди населения;
- популяризация физкультурно-спортивного комплекса ГТО;
- подготовка волонтеров-инструкторов, лидеров по пропаганде здорового и безопасного образа жизни и ГТО в образовательных организациях, трудовых коллективах, муниципальных образованиях;

- разработка и проведение информационных и пропагандистских мероприятий (групповых/индивидуальных) среди населения и в организованных коллективах по вопросам ведения здорового образа жизни и повышения двигательной активности;

- подготовка презентаций и информационных материалов по здоровому образу жизни и комплексу ГТО в доступной для населения форме;

- контроль усвоения материала.

Эффективность решения обозначенных задач в свою очередь будет зависеть от уровня компетентности волонтера. Он должен обладать определенными знаниями и умениями: общее устройство организма человека (основы школьного курса анатомии и физиологии человека); принципы правильного и здорового питания; способы борьбы с вредными привычками; основы психического здоровья; основы физической культуры (система базовых физических упражнений); современные методики пропаганды здорового и безопасного образа жизни; виды испытаний и нормативы ГТО; принципы гармоничных взаимоотношений с людьми (основы эффективной коммуникации); владеть основами правильной организации труда и отдыха; практически владеть несколькими оздоровительными методиками и др.

Представленные направления волонтерской деятельности могут расширяться в зависимости от существующих проектов действующих волонтерских объединений и организаций.

Помимо направлений волонтерская деятельность имеет разные *формы*:

- разовые мероприятия и акции, проекты и гранты, целевые программы;
- конференции, круглые столы, фестивали, конкурсы, лагеря, благотворительные сезоны;

- постоянная кропотливая работа (например, выполнение функции распространителя информации об организации).

Следует отдельно остановиться на организационных формах волонтерской деятельности – добровольных обществах и клубах. Их функционирование имеет свою историю. В СССР для развития физической культуры и массового спорта, несмотря на государственный характер управления, ключевое значение имела деятельность добровольных спортивных обществ (ДСО). Соответствующие организации объединяли трудящихся и учащуюся молодежь, занимающихся физкультурой, спортом и туризмом. Через свои первичные организации (коллективы физической культуры на предприятиях, в учреждениях, колхозах, совхозах, учебных заведениях и др.,

а также спортклубы) ДСО решали задачи развития массовой физической культуры, спорта и туризма, подготовки значкистов «Готов к труду и обороне СССР», «Турист СССР», спортсменов-разрядников, мастеров спорта и повышения мастерства спортсменов. ДСО создавались по территориальному (в союзных республиках) или производственно-отраслевому признаку, объединяя коллективы физической культуры района, области, республики, предприятий, строек, одной или нескольких отраслей народного хозяйства, учебных заведений и др. Деятельность ДСО строилась в соответствии с уставом обществ на основе принципа самостоятельности. Основные средства на работу ДСО поступали из профбюджета. Каждое общество имело флаг, эмблему, спортивную форму, нагрудный знак. Активная деятельность ДСО была прекращена в конце 1980-х гг.

Для повышения эффективности как физкультурно-спортивной работы с населением, так и работы по приобщению населения к здоровому и безопасному образу жизни целесообразно стимулировать развитие клубов, учреждаемых в форме общественных организаций по месту жительства, работы (службы) граждан, а также учебы детей, подростков и молодежи. В образовательных организациях деятельность таких клубов осуществляется на основании приказа Министерства образования и науки Российской Федерации «Об утверждении порядка осуществления деятельности школьных спортивных клубов и студенческих спортивных клубов» от 13 сентября 2013 г. № 1065.

Нормативной правовой базой, на которой основана волонтерская деятельность в Российской Федерации, являются следующие документы:

1. Всеобщая декларация прав человека (1948);
2. Конвенция о правах ребенка (1989);
3. Всеобщая Декларация добровольцев, принятая на XVI Всемирной конференции Международной ассоциации добровольческих усилий (Амстердам, январь 2001 г., Международный год добровольцев) при поддержке Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций и Международной ассоциации добровольческих усилий (IAVE);
4. Конституция Российской Федерации (ч. 4, 5 ст. 13, ч. 2 ст. 19, 30); Гражданский кодекс Российской Федерации (ст. 117);
5. Концепция содействия развитию благотворительной деятельности и добровольчества в Российской Федерации, одобрена распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 июля 2009 г. № 1054-р;

6. Федеральный закон «Об общественных объединениях» от 19 мая 1995 г. № 82-ФЗ (в редакции от 31 декабря 2014 г.);

7. Федеральный закон «О государственной поддержке молодежных и детских общественных объединений» от 28 июня 1995 г. № 98-ФЗ (в редакции от 5 апреля 2013 г.)

8. Федеральный закон «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» от 11 августа 1995 г. № 135-ФЗ (в редакции от 5 мая 2014 г.).

В качестве документа, идеологически объединяющего волонтерское движение в субъекте Российской Федерации, можно использовать *кодекс волонтера* [66].

В содержании кодекса должны быть отражены *принципы волонтерской деятельности*:

- солидарность с принципами и целями волонтерской организации (деятельность волонтера направлена на достижение целей данной организации и не противоречит ее принципам);

- добровольность (никто не может быть принужден действовать в качестве волонтера);

- безвозмездность (труд волонтера не оплачивается, однако могут быть компенсированы расходы волонтера, связанные с его деятельностью: командировочные расходы, затраты на транспорт и др.);

- добросовестность (волонтер, взявший на себя обязательство выполнить ту или иную работу, должен довести ее до конца);

- законность (деятельность волонтера не должна противоречить законодательству Российской Федерации).

В кодексе должны быть прописаны *цели волонтерской деятельности*:

- содействие и помощь волонтерской организации в достижении ее целей и задач;

- улучшение благосостояния общества;

- распространение идей и принципов социального служения среди населения;

- получение необходимого опыта и навыков для реализации собственных идей и проектов.

Согласно кодексу, *волонтер имеет право*:

- выбрать тот вид добровольческой деятельности, который отвечает его потребностям и интересам;

- получать всю необходимую информацию, оборудование, а также материальные средства для выполнения поставленных перед ним задач;
- запрашивать у волонтерской организации документы (справки, рекомендации), содержащие сведения о характере, качестве и объеме выполненных им работ, уровне проявленной квалификации;
- вносить предложения при обсуждении форм и методов осуществления волонтерской деятельности;
- на признание и благодарность за свой труд;
- на получение дополнительных знаний, необходимых волонтеру для выполнения возложенных на него задач;
- отказаться от выполнения задания (с объяснением уважительной причины);
- прекратить свою деятельность в волонтерской организации.

Волонтер обязан:

- четко и добросовестно выполнять порученную ему работу; знать, уважать и следовать целям и принципам волонтерской организации;
- соблюдать принцип конфиденциальности (не распространять не предназначенные для разглашения сведения об организации, а также информацию о личной жизни сотрудников и волонтеров);
- следовать инструкциям, выданным ему во время прохождения инструктажа;
- беречь материальные ресурсы, предоставленные волонтерской организацией;
- воздерживаться от выступления в качестве представителя волонтерской организации без предварительного согласования с руководителем организации;
- уведомить волонтерскую организацию о своем желании прекратить волонтерскую деятельность в организации не менее чем за 2 недели.

В кодексе также должны быть прописаны права и обязанности волонтерской организации.

Волонтерская организация имеет право:

- требовать от волонтера отчета за проделанную работу; требовать уважительного отношения к персоналу и имуществу волонтерской организации;
- отказаться от услуг волонтеров при невыполнении ими обязательств, нарушении дисциплины, некорректном поведении в отношении сотрудников волонтерской организации или других активистов;

- предоставлять возможность для получения волонтером дополнительной подготовки, необходимой ему для успешного осуществления его деятельности в волонтерской организации.

Волонтерская организация обязана:

- создать волонтеру все необходимые условия труда;
- разъяснять волонтеру его права и обязанности;
- обеспечить безопасность волонтера (провести инструктаж по технике безопасности или, в случае, если деятельность может представлять угрозу жизни и здоровью волонтера, обеспечить его медицинское страхование);

- предоставить волонтеру полную информацию о деятельности волонтерской организации;

- разрешать конфликтные ситуации, возникающие в процессе волонтерской деятельности;

- проводить обучающие семинары и тренинги.

Волонтерская организация может отказаться от сотрудничества с волонтером во всех или некоторых областях деятельности, если волонтер регулярно не выполняет порученную ему работу и нарушает положения кодекса волонтера.

Механизм практического осуществления волонтерской деятельности включает в себя, прежде всего, *поиск потенциальных волонтеров*.

Основным фактором, способствующим поиску и выявлению волонтеров, является привлекательность волонтерской деятельности. Также можно провести специальные мероприятия:

- специальные акции;
- тренинговые и другие образовательные мероприятия;
- информационные мероприятия.

Зачастую проблема неактивности молодежи в сфере волонтерской деятельности состоит в слабой информированности о ее возможностях. Поэтому необходимо определить целевую группу, к которой будет обращена информация, и выявить особенности этой группы: возраст, образовательный уровень, пол, индивидуальные интересы и способности и т. д.

Информация должна носить четкий, адресный, соответствующий форме работы характер. Особо важно обратить внимание на то, чтобы реклама волонтерской деятельности в полной мере соответствовала ее характеру и содержанию.

Обучение волонтеров может осуществляться как до включения их в деятельность, так и в период активного участия в деятельности.

Могут применяться следующие *методы обучения волонтеров*:

1) деловая игра – способ определения оптимального решения экономических, управленческих и иных задач путем имитации или моделирования ситуации и правил поведения участников;

2) инструктирование – мягкий способ организационного воздействия, заключающийся в разъяснении обстановки, задач, возможных трудностей и последствий неправомерных действий человека, в предостережении от возможных ошибок и т. д.;

3) кейс-метод, или метод ситуаций, – техника обучения, использующая описание реальных ситуаций. Обучающиеся должны проанализировать ситуацию, разобраться в сути проблемы, предложить возможные решения и выбрать лучшее из них;

4) группа качества – группа работников организации, регулярно собирающихся на добровольных началах для выработки направлений повышения качества производства продукции и услуг;

5) рабочий инструктаж – практика обучения на рабочем месте, включающая выбор и подготовку преподавателя и обучающегося к прохождению обучения; объяснение и демонстрацию процесса преподавателем; закрепление знаний на рабочем месте;

6) ротация кадров – «горизонтальные» перемещения работников с одного рабочего места на другое, предпринимаемые с целью ознакомления работников с различными производственными задачами организации;

7) тренинг – систематическая тренировка или совершенствование определенных навыков и поведения участников тренинга;

8) курсы повышения квалификации – специальные образовательные мероприятия, направленные на развитие квалификационной подготовки.

Организация исполнения работы волонтерским объединением должна строиться с использованием проектного метода.

Проект волонтерской деятельности – это логическая совокупность мероприятий, которая имеет начало и окончание и осуществляется для достижения поставленных целей в рамках устава данной организации, с установленным бюджетом, графиком работ и качественных показателей.

Проект включает следующие стадии:

- выявление актуальных проблем и формулирование названия проекта;

- формулирование миссии и цели;
- постановка задач;
- привлечение молодежи, общественности и родителей к проектированию;
- разработка проекта (план, этапы, реализация, ответственные, бюджет и т. п.);
- подготовка отчета.

Название проекта должно быть кратким, привлекательным, ярким, запоминающимся, отражать содержание предполагаемой деятельности.

Проекты волонтерской деятельности должны отвечать следующим основным требованиям. Во-первых, проект – это план действий по удовлетворению конкретных потребностей его участников и по решению конкретных проблем местного сообщества; во-вторых, проект – это способ привлечения дополнительных ресурсов (человеческих, материальных, информационных и т. п.).

Проект – психолого-педагогическое и материально-экономическое обоснование способов решения конкретных проблем и потребностей.

С учетом этих требований *проект должен*:

- 1) содержать описание актуальной проблемы, иметь четко сформулированное название, цель, задачи, планируемые результаты;
- 2) опираться на анализ имеющегося опыта и литературы в стране и в мире;
- 3) содержать описание конкретной деятельности по решению поставленных задач (что и как нужно сделать, чтобы решить заявленные проблемы; какие шаги, когда и в какой логике предпринять; кого и как привлечь к своей работе, каковы будут их обязанности, права, ответственность; кто, когда и как будет контролировать и оценивать достижение планируемых результатов; кто и как будет отчитываться о проделанной работе; как доказать эффективность своей деятельности);
- 4) быть качественно оформленным (грамотно составленный титульный лист, качественная бумага; аккуратность напечатания, отсутствие ошибок, противоречий, повторов, краткость подачи материала; профессиональный, интеллигентный тон; ясный и четкий стиль изложения);
- 5) иметь грамотно составленные и оформленные приложения (исследовательские анкеты, образцы выдаваемых документов, рецензии коллег-специалистов, независимых экспертов, рекомендательные письма; копии

публикаций, переписки с общественностью, СМИ, органами власти, спонсорами; брошюры, ежегодные отчеты и т. п.).

Проект должен включать ключевые для каждого события даты, оценку результатов и определение ответственных.

Популяризация волонтерской деятельности молодежи как формы ее трудового воспитания, патриотического и духовно-нравственного развития, открывающей возможности приобретения и совершенствования профессиональных навыков и компетенций, осуществляется органами исполнительной власти и органами местного самоуправления субъекта Российской Федерации с использованием имеющихся у них организационно-пропагандистских и информационных ресурсов, а также средств массовой информации и наружной рекламы.

В целях обеспечения возможности молодому гражданину участия в волонтерской деятельности органы исполнительной власти и местного самоуправления субъекта Российской Федерации формируют базы данных вакансий для волонтеров.

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

1. В чем заключается сущность волонтерской деятельности?
2. На основании каких документов осуществляется волонтерская деятельность?
3. Какие функции выполняет тьютор волонтерского движения в образовательной организации?
4. Каковы механизмы реализации волонтерской деятельности?
5. Что такое волонтерский проект и каков алгоритм его продвижения?

Задание 1. Составьте краткую обобщенную характеристику волонтерского проекта в образовательной организации.

Задание 2. Предложите форму организации в условиях образовательного заведения общественно полезной детской волонтерской деятельности. Дайте ее краткое описание.

Глава 5. ВЫСТРАИВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО МАРШРУТА РАЗВИТИЯ ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

5.1. Индивидуализация образовательного маршрута как основа тьюторской деятельности педагога

Обратимся к понятию «тьютор». *Тьютор* – это особая педагогическая должность. Профессия тьютора появилась и закрепилась в классическом университете Великобритании Оксфорде примерно в IV в. Тьютор был посредником между профессором и студентом. Университет в те времена – это территория, где собирались единомышленники, где профессор рассказывал о своем исследовании или комментировал свою книгу, а студенты сами решали, кого им слушать и на какие лекции ходить. Университет же предъявлял свои требования только на экзаменах. Студенты сами выбирали путь, которым они достигали того уровня знаний, который был необходим для получения степени. В этом им помогал тьютор.

Тьютор – это специалист, который помогает определить индивидуальный образовательный маршрут и составить индивидуальную образовательную программу, содействует достижению обучающимся поставленной цели. Тьютор сопровождает и направляет в процессе образования через максимальный учет индивидуальных возможностей и потребностей обучающегося [39].

Практика показывает, что какой бы самостоятельностью ни обладал человек, возникают ситуации, когда личность нуждается в сопровождении со стороны определенного специалиста: выбор профессии, принятие решения, выбор цели, трудная жизненная ситуация и пр. Сопровождать – буквально значит следовать рядом, вместе с кем-либо в качестве спутника или провожатого.

Таким образом, *тьюторское сопровождение* представляет собой выявление и развитие естественно возникающих реакций, процессов и состояний личности в русле социально одобряемых моделей и практик. Последнее немаловажно, поскольку тьюторское сопровождение является частью процесса обучения и социализации человека, следовательно, должно приводить к усвоению обучающимся социальных ценностей и компетентностей и его вхождению в культуру страны проживания.

Следует отметить, что, оказывая помощь субъекту (обучающемуся) в формировании «ориентационного поля развития», тьютор не принимает,

тем не менее, на себя ответственность за действия субъекта. Обучающийся и его родители (законные представители) – в случае его несовершеннолетия – осуществляют выбор направления и специфики реализации образовательного маршрута, несут ответственность за этот выбор. Это важно в ракурсе оценки качества деятельности тьютора: критерием является не достижение конкретного образовательного результата, а максимальное раскрытие потенциала обучающегося, осознание им своих возможностей и способов их достижения.

Философским основанием системы сопровождения человека является концепция свободного выбора как условия развития. Исходным положением для формирования теоретических основ сопровождения личности можно считать личностно ориентированный подход (Г. М. Анохина, Е. В. Бондаревская, Н. А. Морозов, С. А. Рогачев, В. В. Сериков, Е. Г. Силяева, В. И. Слободчиков, И. С. Якиманская и др.), в логике которого развитие понимается как выбор и освоение субъектом тех или иных инноваций, путей профессионального и личностного становления.

Основная задача тьютора в образовательной организации – помощь учащимся в построении индивидуального образовательного маршрута, исходя из познавательных интересов, склонностей, способностей восприятия учащихся. Главный инструмент обучения, воспитания и базовая функциональная обязанность педагога-тьютора – создание индивидуальной образовательной программы, которая постоянно уточняется и корректируется.

Несмотря на то, что юридически тьютор появился в российской системе образования в 2008 г. (приказы Министерства здравоохранения и социального развития от 5 мая 2008 г. № 216-н и № 217-н), его деятельность в образовательных организациях можно все еще считать инновационной, и не каждая школа или вуз могут позволить содержать в штате тьютора.

В основе профессии тьютора – установление взаимодействия между тьютором (педагогом) и тьюторантом (обучающимся). При этом характер такого взаимодействия предполагает не отношения типа «субъект (тьютор) – объект (тьюторант)», а равноправные, субъект-субъектные.

Тьюторская деятельность осуществляется в следующих направлениях:

- сопровождение обучающихся с особыми потребностями в процессе освоения ими федерального государственного образовательного стандарта;
- выявление и развитие познавательных интересов обучающихся;
- содействие развитию одаренности обучающихся;

- помощь обучающимся в профессиональном самоопределении;
- сопровождение профессионального образования обучающегося с учетом андрагогического подхода (андрагогика – наука об обучении взрослых, подразумевающая учет специфики нахождения человека с определенным жизненным и профессиональным опытом в позиции ученика) и т. д.

Актуальным и при этом новым направлением тьюторской деятельности является помощь обучающемуся в поиске и формировании индивидуального стиля жизни, ориентированного на здоровье. Синонимом понятия «тьютор» в этом смысле можно отчасти считать понятие «инструктор», однако здесь имеется в виду не только и не столько помощь обучающемуся в подборе индивидуальной программы физического развития.

Тьютор в области формирования индивидуального стиля жизни работает с технологиями оздоровления физического, психологического уровней личности, а также (и это наиболее важно) формирует мотивацию на здоровьесориентированный образ жизни, развивает здоровьесориентированную личностную позицию с учетом индивидуальных особенностей ребенка, его отношения к здоровью [49].

Таким образом, *тьютор* – это педагог, который действует по принципу *индивидуализации* и сопровождает построение учащимся своей *индивидуальной образовательной программы*. Синонимами слова «тьютор» могут быть «советчик», «куратор».

Тьютор здорового образа жизни (тьютор ЗОЖ) определяется как сотрудник организации системы образования, сопровождающий процесс выбора и реализации человеком здорового стиля жизни, соответствующего его индивидуальным особенностям и потребностям [49].

В связи с возрождением Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса появилось еще одно направление тьюторской практики – тьютор в области развития физической культуры, тьютор ГТО.

Тьютор в области развития физической культуры и спорта в сфере образования (тьютор ВФСК ГТО) – это сотрудник организации системы образования, осуществляющий педагогическое или методическое сопровождение процесса выбора и реализации обучающимися здорового образа жизни, формирования физической культуры в соответствии с их индивидуальными особенностями и потребностями в условиях внедрения Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса в образовательных организациях.

Говоря о тьюторе ВФСК ГТО, мы предполагаем, что это может быть организатор физкультурно-спортивной деятельности, учитель (инструктор) физической культуры, который, обладая необходимыми компетенциями, полученными в процессе повышения квалификации по программам подготовки тьюторов в области развития физической культуры и спорта, целенаправленно реализует деятельность, описанную в Положении о ВФСК ГТО и направленную:

1) на обеспечение уровня физической подготовленности обучающихся, необходимого для выполнения нормативов ВФСК ГТО;

2) повышение уровня знаний и умений обучающихся в области физической культуры, спорта, здорового образа жизни;

3) привлечение обучающихся к систематическим занятиям физической культурой и спортом (в организациях обязательного и дополнительного образования, спортивных организациях, самостоятельно);

4) на формирование у обучающихся осознанной потребности в занятиях физической культурой и спортом, физическом самосовершенствовании, ведении здорового образа жизни.

Профессия «тьютор» имеет свою профессиограмму, квалификационную характеристику и профессиональный стандарт.

Рассмотрим различия между педагогическими позициями тьютора и других специалистов системы образования.

Существуют различия между понятиями «педагогическое сопровождение» и «тьюторское сопровождение». Соответственно, под *педагогическим сопровождением* понимается такое учебно-воспитательное взаимодействие, в ходе которого ученик совершает действие по заранее известным нормам, а педагог создает условия для эффективного осуществления этого действия. Культурные нормы predeterminedены и априори не нуждаются в осмыслении, принятии либо отвержении. В ситуации *тьюторского сопровождения* педагогический фокус направлен на самостоятельное разработывание приемлемых для данной личности норм, которые затем обсуждаются в субъект-субъектной позиции.

Тьютор может быть сопоставлен с классным руководителем, однако эти направления педагогической деятельности не аналогичны. *Классный руководитель* организует взаимодействие школьников, объединенных в классе, по моделям развития коллектива, группы детей. Тьютор даже при групповых формах работы видит в каждом ребенке прежде всего индивидуальность и подразумевает развитие личности индивида как таковой.

В отношении усвоения обучающимся требований федерального государственного образовательного стандарта тьютор может работать в сотрудничестве с учителем. Однако *учитель* задает нормы: содержание, маршрут, темп – для всего класса. Тьютор, наоборот, отталкивается от возможностей, запросов и интересов ребенка, а также (в реальности) от «заказа» его родителей (законных представителей). В этом смысле тьюторская деятельность некоторым образом близка деятельности учителя, осуществляющего надомное обучение. При этом важна позиция, с которой он приходит к обучающемуся: если он сконцентрирован на объеме материала, который должен усвоить ребенок, то такую позицию едва ли можно назвать тьюторской.

Деятельность тьютора определенным образом близка деятельности психолога, однако это не одно и то же: *психолог* работает в направлении развития психических процессов, тьютор же развивает личность ребенка с педагогических позиций (развивает познавательные интересы, способности, потенциал).

На разных образовательных этапах тьюторское сопровождение направлено на помощь обучающимся в реализации различных задач:

1) *начальная школа*: тьюторское сопровождение познавательного интереса, помощь в выборе кружка и т. п.;

2) *средняя школа*: помощь в движении обучающегося к самообразованию, сопровождение проектной и исследовательской, творческой деятельности;

3) *старшая школа*: работа в русле профилизации, координация подготовки в вуз, выбор профессиональных стратегий.

В рамках концепции инклюзивного образования тьютор рассматривается как помощник учителя. Он помогает педагогу реализовывать учебные цели. Учитель прописывает индивидуальные упражнения и задания для ребенка, т. е. некоторую инструкцию, а тьютор, действуя по ней, помогает осуществить задуманное учителем.

В целом схема взаимодействия тьютора с классом и учителем может выглядеть таким образом.

В области организации здоровьесориентированной деятельности распространены два типа тьюторского сопровождения: сопровождение индивидуального маршрута развития педагогического работника по данной тематике либо сопровождение индивидуального маршрута развития обучающегося в области формирования у него культуры здорового образа жизни.

1. Тьюторская практика сопровождения профессионального развития педагога

Тьютор как представитель системы профессионального образования (в том числе дополнительного профессионального образования) педагогов, сотрудник органов управления образованием осуществляет взаимодействие образовательной организации с органами управления образованием по следующим направлениям:

- диагностика профессиональных достижений и затруднений, возникающих у специалистов образовательных организаций в практической деятельности;
- расширение профессиональных контактов между различными специалистами сферы образования в процессе разработки и реализации различных проектов;
- формирование сетевого сообщества, в том числе с использованием интернет-ресурсов;
- обучение и консультирование специалистов по вопросам разработки, внедрения моделей социализации обучающихся в образовательную практику;
- оценка (экспертиза) продуктов деятельности образовательных организаций, руководителей, специалистов.

2. Тьюторская практика сопровождения индивидуального маршрута развития обучающегося

Тьютор как педагогический работник сферы образования в области формирования социальных компетенций детей и подростков, связанных с сохранением и укреплением здоровья, обеспечения безопасности обучающихся, развития физической культуры оказывает содействие в самоактуализации и самореализации, помогает обучающемуся определить особенности личного стиля жизни, ориентированного на здоровье, разработать и реализовать индивидуальную программу развития в области здоровья и физической культуры.

Выделяют следующие *функции тьютора* [81]:

- 1) информационно-аналитическое сопровождение отдельных этапов образовательной деятельности, разработки и реализации индивидуальной образовательной программы (ИОП);
- 2) проектирование и самопроектирование сценариев собственного образования;
- 3) развивающая диагностика образовательных потребностей, возможностей и перспектив тьюторанта;

4) содействие в антропологическом развитии тьюторанта с целью успешной реализации ИОП в том числе через тренинги личностного и профессионального развития и саморазвития;

5) реализация технологий формирования тьюторской аутокомпетентности, самокомпетентности;

6) тьюторская навигация и консультирование по проблемам образования, разработки и реализации ИОП;

7) обсуждение с тьюторантом альтернативных сценариев образовательной деятельности;

8) ретроспекции образовательной деятельности (метод психобиографии);

9) организация рефлексии;

10) тренинги самоуправления, саморегуляции эмоционально-волевой сферы и самовосстановления личности.

Необходимо научить человека выбирать, помочь ему разобраться в сути проблемной ситуации, выработать план решения и сделать первые шаги. В этом состоит миссия тьютора и как специалиста со специфическими обязанностями, и как педагога в целом.

Одним из направлений работы *тьютора-организатора* (представителя регионального института повышения квалификации, руководящего работника, ответственного за направление) является организация здоровьесберегающей деятельности и здоровьесберегающей (адаптивно-развивающей) среды организации, необходимой для индивидуализации процесса приобщения обучающихся и воспитанников к культуре здорового и безопасного образа жизни и занятиям физической культурой.

В свою очередь, под *здоровьесберегающей деятельностью* образовательной организации понимается деятельность, представляющая собой создание безопасных для здоровья условий обучения, воспитания и развитие потенциала здоровья обучающихся, воспитанников, в том числе через реализацию образовательных программ и мероприятий, направленных на формирование у них культуры здорового и безопасного образа жизни. Термин созвучен распространенному словосочетанию «здоровьесберегающая деятельность», которое отражает лишь охранительную и тренирующую стратегии и не включает значимую в современных образовательных условиях преобразующую стратегию, направленную на развитие личностного потенциала обучающихся, воспитанников для приобщения их к культуре здорового и безопасного образа жизни.

Под *здоровьесберегающей (адаптивно-развивающей) средой* образовательной организации подразумевается совокупность условий (санитарно-гигиенических, материально-технических, эмоционально-психологических, организационно-педагогических), способствующих реализации приспособительных возможностей индивида (т. е. сохранению физического и психического здоровья), социализации и самоактуализации личности (т. е. развитию здоровьесозидающего личностного потенциала).

Тьютор ЗОЖ и ВФСК ГТО как педагогический работник помогает обучающемуся выстроить свою индивидуальную программу развития в области здорового образа жизни и физической культуры. Данное направление тьюторского сопровождения заключается в организации такого развивающего процесса, в основе которого лежит постоянное рефлексивное соотнесение достижений обучающегося с его интересами, устремлениями и возможностями.

Таким образом, можно сказать, что тьютор в области здорового образа жизни и развития физической культуры осуществляет сопровождение процесса формирования и осуществления здоровьесориентированной деятельности обучающегося в образовательной организации.

Тьютор обеспечивает индивидуализацию обучения как реализацию принципов здоровьесберегающей педагогики.

ФГОСы, выстроенные в логике личностно ориентированного подхода, предполагают, что на всех уровнях образования индивидуализация обучения является приоритетом, что необходимо создавать в образовательной организации оптимальные условия для учета индивидуальных особенностей и возможностей ребенка, для поддержки и развития его уникальности, его способностей. Эту задачу решает не какой-то один специалист образовательной организации, а весь педагогический коллектив. Таким образом, мы можем говорить об определенной тьюторской позиции педагога как его профессиональном качестве, обязательной составляющей его профессионального портрета.

Тьюторская позиция педагога – это отношение к каждому обучающемуся как к индивидуальности, осознание педагогической миссии раскрытия этой индивидуальности, содействие максимальной реализации ребенком своего потенциала с учетом социокультурных и других условий его жизнедеятельности.

В то время, когда о самостоятельной профессии «тьютор» в России не было и речи, тьюторское движение все же развивалось (с середины 1990-х гг.) и идеологически подпитывалось как раз идеей индивидуализации образования.

Принцип индивидуализации состоит в том, что каждый человек проходит собственный путь к освоению того, что именно для него является приоритетным. То есть индивидуализацию можно определить как фиксацию и развитие «самости», реализацию индивидуальной образовательной траектории. Цель педагога – помочь определить индивидуальную траекторию развития; по-разному двигаться к всевозможным областям знаний с отдельными учениками. Задача наставника-тьютора – научить подопечного планировать собственную деятельность, осуществлять ее анализ, самостоятельно ставить вопросы собственного развития, намечать перспективы роста.

Совместно с тьютором воспитанник планирует и выполняет индивидуальные исследовательские работы, участвует в групповой исследовательской деятельности, реализует личные и коллективные проекты, анализирует опыт учебной деятельности.

В профессиональном стандарте тьютора (разработка коллектива под руководством Т. М. Ковалевой) даны следующие специальные термины, связанные с индивидуализацией образования [49].

Индивидуализация – развитие и самореализация человека в качестве субъекта собственной жизни и деятельности; характеризуется накоплением особенного, уникального опыта, ростом творческого потенциала личности, ее универсальности, самостоятельности, осознанности, свободы и ответственности.

Индивидуализация в образовании: 1) развитие и самореализация человека в качестве субъекта собственного образования, предполагает постановку и реализацию индивидуальных образовательных целей; 2) применение в образовательном процессе психолого-педагогических средств по сопровождению процесса индивидуализации / индивидуализации в образовании в первом значении.

Индивидуальная образовательная программа – совокупность индивидуальных образовательных целей, средств и действий по их достижению.

Тьюторское сопровождение индивидуальной образовательной программы – педагогическая деятельность по сопровождению процессов формирования и реализации ИОП; включает в себя а) выявление образова-

тельного запроса (интереса) тьюторанта и помощь в постановке образовательных целей; б) организацию проектирования образовательной деятельности, в том числе анализ и поиск образовательных ресурсов; в) содействие в реализации проекта образовательной деятельности в образовательной среде; г) организацию рефлексии и проектирования следующего шага в образовании.

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

1. Что представляет собой профессия «тьютор»?
2. Существуют ли различия между понятиями «педагогическое сопровождение» и «тьюторское сопровождение»? В чем оно заключается? Обозначьте различия во взаимодействии с обучающимся тьютора и учителя, тьютора и психолога, тьютора и классного руководителя.
3. Каковы направления деятельности и основные функции тьютора?
4. Что понимается под тьюторской позицией педагога?
5. Что такое индивидуальная образовательная программа и из каких компонентов она может состоять?

Задание. Выберите из любого художественного произведения героя, которому необходимо, на Ваш взгляд, индивидуальное сопровождение в образовательной деятельности (в том числе в самообразовании). Опишите его индивидуальные особенности, возможности, образовательные запросы и потребности. Составьте для него индивидуальную образовательную программу.

5.2. Психолого-педагогическое сопровождение обучающегося в развитии здоровьесориентированной личностной позиции

Здоровье рассматривается, как ранее было показано, в качестве целевого ресурса личности, которым можно управлять вообще и в условиях образовательного процесса в частности.

Развитие личности в образовательном процессе обеспечивается, с одной стороны, воспитательной деятельностью, а с другой – через психолого-педагогическое сопровождение обучающегося.

Важным для уточнения сущности исследуемого понятия является его взаимосвязь с понятием «внутренняя картина здоровья», введенным в на-

учный оборот в 1990-х гг. А. Б. Орловым (как альтернатива термину А. Р. Лурии «внутренняя картина болезни») и развитым благодаря работам В. Е. Кагана, В. П. Казначеева, Б. М. Когана, И. И. Мамайчук, Г. С. Никифорова, Е. С. Романовой и других российских исследователей, а также их зарубежных коллег – М. Боухал, Я. Мак-Дермотт, Р. Конечный, Д. О’Коннор и т. д. Внутренняя картина здоровья передает отношение человека к своему здоровью, его чувства и знания о своих физических возможностях, биологических резервах, психофизиологических процессах, социально-личностных и морально-этических свойствах (сенситивная и интеллектуальная составляющие, по концепции А. Р. Лурии о внутренней картине болезни [58]; структура внутренней картины здоровья – по В. П. Казначееву [33]).

Внутреннюю картину здоровья можно определить, вслед за Г. С. Никифоровым [82], как один из элементов самосохранительного поведения, а в качестве его компонентов рассматривать:

1) *когнитивный* (знания о своем здоровье и понимание роли здоровья в жизнедеятельности, знание основных факторов, оказывающих деструктивное и конструктивное влияние на здоровье);

2) *эмоциональный* (отражает переживания и чувства человека, связанные с его здоровьем, особенности эмоционального состояния, обусловленные ухудшением физического или психического самочувствия);

3) *мотивационно-поведенческий* (место здоровья в индивидуальной иерархии ценностей человека, особенности мотивации в области здорового образа жизни, особенности поведения в сфере здоровья, степень приверженности к здоровому образу жизни, особенности поведения в случае ухудшения здоровья).

Важно отметить, вслед за В. П. Казначеевым, что в понятие внутренней картины здоровья входят определенная целевая установка и представления человека о возможных путях ее достижения [33]. Проявляется внутренняя картина здоровья через образ жизни человека. Следовательно, корректируя внутреннюю картину здоровья в сторону приоритета гуманистических ценностей, можно добиться изменения человеком своего образа жизни на здоровьесозидающий. Именно этот результат освоения основной образовательной программы проходит лейтмотивом через ФГОСы общего образования, что еще раз убеждает нас в том, что формирование здоровья в образовательной организации следует рассматривать в контексте педагогической позиции.

Детерминацию поведения человека в отношении сохранения и укрепления здоровья на уровне отдельной личности можно проследить в следующих теориях: теории убеждений о здоровье, теории здравого смысла и саморегуляции, теории причинного действия, теории социального научения, теории самоэффективности, теории поиска ощущений, теории стадий изменения поведения (транстеоретическая модель), концепции отношения к здоровью [93, 95].

1. Теория убеждений о здоровье (И. Розенсток). Теория базируется на следующих аспектах представлений о здоровье и поведении, его сохраняющем: во-первых, на восприятии угрозы (включает в себя представление о восприимчивости к болезни и ожидаемой тяжести болезни) и, во-вторых, на оценке поведения (включает представление об эффективности рекомендуемых мер для борьбы с болезнью и оценку требуемых усилий для исполнения этого поведения). Для исполнения поведения, направленного на сохранение здоровья, необходимы внутренние (личностные, связанные с ухудшением собственного здоровья) и внешние (социальные, связанные с распространением информации о заболеваемости и смертности населения) запускающие механизмы. Настоящая теория сегодня подвергается критике, поскольку здесь при рассмотрении личностных факторов, влияющих на поведение человека в отношении охраны здоровья, не затрагиваются характеристики социального окружения.

2. Теория здравого смысла и саморегуляции (Х. Левенталь). Приверженцы данной теории предполагают, что человек, опираясь на различного рода информацию (собственный опыт или доверительные информационные источники), самостоятельно формирует собственные ментальные представления о болезнях, предварительно осмыслив их. На основании чего он затем вырабатывает стратегию совладения с болезнями, в последующем определяющую выбор адекватного копинг-поведения (по А. Маслоу, это одна из форм поведения, направленная на приспособление к обстоятельствам; готовность индивида решать жизненные проблемы), направленного на адаптацию к болезни. Предполагается, что представления о болезни выступают своего рода фильтром и основой для толкования информации о болезни, они же определяют реакцию человека на восприятие опасности болезни. Исследователями было установлено, что переживание человеком собственной болезни связано с активными проблемно ориентированными стратегиями совладания. Если же чувство контроля отсутствует, представления

о протекании болезней чаще всего коррелируют с отрицанием или избеганием проблемной ситуации.

3. Теория причинного действия (А. Айзен). Согласно данной теории, поведение человека зависит от его намерений действовать в отношении здоровья определенным образом. В основе намерений лежат такие факторы, как установки человека в отношении реализации конкретных видов поведения и ранее усвоенные социальные (субъективные) нормы. Установки, в свою очередь, включают предположения о том, к каким результатам приведут конкретные действия, а также догадки о ценностности данных результатов. Субъективные нормы формируются на основании представлений о том, одобряют ли поведение окружающие, а также на основе мотивов вести себя соответственно желаниям окружающих. На оба представленных фактора оказывают влияние личностные особенности, опыт, социально-демографические характеристики, культура и т. д. Предполагается, что человек будет проявлять поведение, связанное с охраной здоровья, в случае, если оно со значительной степенью вероятности приведет к благоприятным результатам и будет одобрено членами социальной группы.

Определенным недостатком теории является тот факт, что она объясняет только те виды поведения, которые основаны на личностной мотивации человека, его воле. Однако следует учесть, что в сфере здоровьеориентированной деятельности имеются иные виды поведения, которые формируются не только волевой активностью человека, но и генетическими и физиологическими факторами.

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

5. *Теория самоэффективности (А. Бандура)*. Самоэффективность рассматривается как уверенность в эффективности собственных действий, предопределяющая их успех. Соответственно, человек избегает тех действий, для выполнения которых собственных ресурсов недостаточно, включаясь только в заведомо успешную деятельность, соответствующую его способностям и возможностям.

К ограничениям модели исследователи относят преимущественную ориентацию на описание только отдельных элементов поведения человека в отношении деятельности по охране здоровья без учета ее эмоционально-личностных аспектов.

6. *Теория поиска ощущений (М. Цукерман)*. Согласно данной теории, человек стремится к таким видам активности и получению такого опыта, которые способствуют удовлетворению его потребности в ощущениях низкого и высокого уровней. Теория применялась для объяснения поведения человека, связанного с высоким риском для здоровья.

7. *Теория стадий изменения поведения (транстеоретическая модель) (Й. Прохаска)*. Описываются стадии, которые человек проходит при изменении своего поведения в благоприятную для здоровья сторону: стадия, предшествующая размышлениям об изменении поведения; стадия размышлений об изменении поведения; стадия подготовки к изменениям; стадия действий; стадия поддержания изменений; завершающая стадия. Благодаря данной теории в профессиональном кругу сформировалось понимание того, что можно все население разделить на группы по признаку стадии изменения поведения и, соответственно, работать с каждой группой отдельно, изменяя старую и закрепляя новую модель поведения.

8. *Концепция отношения к здоровью (Р. А. Березовская, И. В. Журавлева, Л. В. Куликов, Г. С. Никифоров и др.)*. Концепция интегрирует выделенные в обозначенных выше теориях поведения в сфере здоровья факторы, обуславливающие данное поведение на уровне личности. Здоровье выступает ведущим элементом поведения, направленного на его охрану, содержащим в себе следующие компоненты: 1) когнитивный (знания человека о здоровье, о том, какие факторы оказывают на него разрушительное воздействие, а какие – позитивное, о том, какова роль здоровья в жизнедеятельности человека); 2) эмоциональный (чувства и эмоции, связанные с состоянием здоровья); 3) мотивационно-поведенческий (особенности поведения человека в области охраны здоровья, а также место здоровья в структуре жизненных ценностей индивида).

Положения последней концепции легли в основу концептуальных и методологических положений Н. В. Третьяковой о готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности [93, 95].

Тьюторское сопровождение обучающихся в области здоровья ориентировано на формирование и развитие *здоровьесориентированной личностной позиции и готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности* [49].

Готовность к данному виду деятельности, по Н. В. Третьяковой, представляет собой состояние мобилизации психофизиологических систем, позволяющее обеспечить эффективное выполнение определенных действий по сохранению и укреплению здоровья при оснащении соответствующими знаниями, умениями, навыками, программой действий и наличии решимости совершать их [93, 95], т. е., в целом, представляет собой комплексный *психологический феномен*. Основные компоненты готовности:

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

Все компоненты готовности взаимосвязаны и взаимообусловлены. В частности, ценностное отношение к здоровью стимулирует мотивацию, обеспечивающую осуществление здоровьесориентированной деятельности, оказывает влияние на развитие когнитивного компонента. В свою очередь,

мотивация оказывает воздействие на формирование эмоционального отношения к процессу здоровьесберегающей деятельности, стимулирует проявление волевых усилий. Эмоции, проявляющиеся в ситуации успеха, концентрируются в сознании и выступают стимулом в развитии рефлексивного и когнитивного компонентов. В свою очередь, рефлексивные способности делают возможным оценить адекватно собственную активность, оказывают влияние на выработку потребности в систематизации и углублении знаний в направлении сохранения и укрепления здоровья [95, с. 78–79].

Не вызывает сомнений, что *личностные факторы* занимают особое место в ряду предпосылок и условий здоровьесберегающей личностной позиции и готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности.

Среди них первостепенную значимость имеют *способности* – устойчивые индивидуально-психологические особенности, отличающие людей друг от друга и выражающие готовность к овладению и успешному выполнению определенных видов деятельности. Согласно психологической концепции о динамической функциональной структуре личности, способности содержат элементы следующих подструктур *личности*:

- *направленность* (интересы, убеждения, желания, мировоззрение, стремления, идеалы, т. е. социально определенные черты, не имеющие непосредственных врожденных задатков и являющиеся проявлением личности);
- *опыт* (знания, умения и навыки);
- *индивидуальные особенности* (мышление, память, восприятие, воля, чувства, ощущения, эмоции);
- *биопсихические свойства* (типологические свойства личности, в частности, темперамент).

Как отдельную категорию способностей можно выделить *здоровьесберегающие способности* – специфические качества человека (физические, психические, духовно-нравственные), необходимые и достаточные для эффективного осуществления здоровьесберегающей деятельности [93, 95]. Система здоровьесберегающих способностей включает элементы различных подструктур личности, задействованных в здоровьесберегающей деятельности, обладает внутренними связями и организует целостность личностной позиции по отношению к здоровью.

Для развития данных способностей обучающихся необходимы [95, с. 81]:

- своевременное и полное выявление имеющихся у обучающихся задатков;

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

- одновременное включение в различные виды деятельности, которые связаны со многими способностями;

- наличие грамотных, подготовленных педагогов, владеющих методикой развития способностей;

- применение для развития способностей современных эффективных средств и методов обучения; 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.

Говоря о личностных факторах, целесообразно также упомянуть *личный (индивидуальный) превентивный ресурс* – комплекс способностей, реализация которых обеспечивает психическое, соматическое и социальное благополучие человека и создает условия открытия своей уникальной идентичности и последующей самореализации, в том числе – развития здоровьесориентированной личностной позиции. Выделяются следующие аспекты превентивного ресурса:

- самоуважение, позитивная самооценка, ощущение собственной значимости, самодостаточность, сила «Я-концепции»;

- активная жизненная установка;

- позитивность и рациональность мышления;

- эмоционально-волевые качества;

- достаточные физические ресурсы (состояние здоровья).

Здоровьесозидающими ресурсами личности являются также самопознание, самоопределение и самоактуализация.

Обеспечение максимального развития возможностей обучающихся в плане сохранения и укреплении здоровья предполагает формирование внутренней мотивации (детерминации) поведения, механизмов самоконтроля и саморегуляции. Данная цель достигается через самопознание обучающихся, их саморазвитие и самоактуализацию во взаимодействии с педагогом, выступающим в качестве тьютора здорового образа жизни. Вслед за А. Г. Маджугой механизм активизации здоровьесозидающей личностной позиции обучающихся мы можем представить следующим образом [59].

На первом, мотивационно-ценностном, этапе решаются задачи постановки перед обучающимися здоровьеориентированной цели и мотивирования здоровьеориентированной деятельности. Деятельность педагога направлена на формирование у обучающихся установки на сохранение и укрепление здоровья собственными усилиями, деятельность обучающихся – на осознание и принятие цели, формирование личностных смыслов установки на сохранение и укрепление здоровья собственными усилиями.

На втором, ориентационно-диагностическом, этапе происходит инициирование самообследования и самопознания: педагог организует знакомство обучающихся с комплексом методик по определению ресурсов здоровья, а обучающиеся осуществляют с помощью педагога отбор и реализацию данных методик. Затем следует определение направлений здоровьеориентированной деятельности; педагог при этом оказывает обучающимся помощь в разработке конкретных целей и программы их достижения.

Третий, организационно-деятельностный, этап заключается в управлении здоровьеориентированной деятельностью обучающихся. Педагог осуществляет психолого-педагогическую поддержку реализации программы здоровьеориентированной деятельности (оказание помощи в определении знаний и умений, необходимых для здоровьеориентированной деятельности обучающихся, средств и способов увеличения здоровьесберегающего потенциала), вносит в нее необходимые коррективы. У обучающихся в таких условиях развивается способность к самоуправлению здоровьеориентированной деятельностью (приобретение соответствующих знаний, умений и навыков, освоение средств и способов увеличения ресурсов здоровья и их рационального использования).

Четвертый, результативно-оценочный, этап предполагает диагностику здоровьеориентированной деятельности обучающихся. Педагог оказывает обучающимся помощь в определении уровня готовности к здоровьеориентированной деятельности и инициирует принятие ими решений, связанных с сохранением и укреплением здоровья.

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

1. Дайте характеристику внутренней картины здоровья как представления, передающего отношение человека к своему здоровью.

2. Раскройте сущность существующих теорий поведения человека в отношении сохранения и укрепления здоровья на уровне отдельной личности. Какая из теорий, по Вашему мнению, наиболее актуальна в настоящее время?

3. В чем проявляется готовность обучающихся к здоровьеориентированной деятельности?

4. Раскройте основные аспекты здоровьесозидающего ресурса личности.

Задание. Определите наиболее значимые, по Вашему мнению, здоровьесберегающие способности человека.

Глава 6. ОЦЕНКА И САМООЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЗДОРОВЬЕФОРМИРУЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

6.1. Педагогическая рефлексия как ресурс здоровьесбережения

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

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

Критерии оценки и соответствующие им показатели сформированности компетентности педагога в области здоровьесформирующей деятельности представлены в табл. 8 [93, 95].

Таблица 8

Критерии оценки и показатели сформированности компетентности педагога в области здоровьесформирующей деятельности

Критерий	Содержание	Показатель (ориентировочный)
1	2	3
Мотивационно-ценностный	Приоритетность здоровья в системе ценностей. Сформированность мотивационно-волевой регуляции здоровьесформирующей	Место ценности здоровья в ценностно-смысловой иерархии. Уровень сформированности мотивации к здоровьесформирующей

1	2	3
	ного поведения педагога. Сформированность навыков мотивационно-волевой регуляции поведения участников образовательного процесса. Сформированность навыков мотивационно-волевой регуляции профессионального взаимодействия	деятельности. Степень целеустремленности и волевых усилий как в здоровьесформирующей деятельности, так и в процессе реализации принципов здорового образа жизни вне профессиональной деятельности. Устойчивость интереса к собственному здоровью. Уровень мотивации достижения в социально значимых сферах
Когнитивный	Сформированность системы профессиональных знаний и представлений о здоровье, здоровом образе жизни; о педагогических технологиях, способах, методах, приемах формирования, сохранения и укрепления здоровья участников образовательного процесса; о своем потенциале здоровья и влиянии его на здоровье окружающих. Знание концептуальных психолого-педагогических и анатомо-физиологических основ обучения, воспитания и развития ребенка	Полнота и дифференцированность знаний о здоровье человека и факторах, разрушающих его; о возрастных физиологических, психофизиологических, психологических особенностях развития и становления личности ребенка. Сформированность представлений о культуре и навыках здорового образа жизни, способах профилактики вредных привычек. Информированность в области физиологии, психофизиологии, психологии. Знание теории и практики педагогики, основ общей, возрастной, социальной психологии
Инструментально-деятельностный	Сформированность операциональной структуры педагогической деятельности по сохранению и укреплению здоровья, формированию навыков здорового образа жизни, выработке здоровьесориентированной личностной позиции у субъектов образовательного процесса	Владение индивидуальными стратегиями копинг-поведения, жизненно важными навыками, техниками психоэмоциональной саморегуляции

В соответствии с представленными критериями проводятся внешняя оценка и самооценка компетентности педагога в области здоровьесформирующей деятельности.

В теории и практике педагогического образования существуют требования к выделению и обоснованию критериев, которые сводятся к тому, что критерии должны отражать основные закономерности, устанавливать связи между всеми компонентами исследуемой системы. Понятие «критерий» толкуется как мерило оценки, суждения [14, 78]. Конкретным измерителем критерия является показатель. Главная характеристика которого – конкретность, позволяет рассматривать его как нечто частное по отношению к критерию.

Так как обобщенным вариантом «языка здоровья» выступает психическое и физическое самочувствие, отслеживание динамики личностной составляющей культуры здоровья педагога осуществлялось по критерию «*психосоматическое самочувствие*» [40, 61, 62, 63]. Общее самочувствие человека в значительной степени определяет душевное (психическое и психологическое) здоровье, поскольку а) прямо воздействует на функции организма и таким образом на физические аспекты благополучия; б) способствует адаптации в разных жизненных условиях; в) формирует чувство собственного уважения и достоинства, что совершенно необходимо для мотивации здорового поведения; г) влияет на взаимоотношения с другими людьми и через них – на здоровье человека; д) определяет в значительной степени работоспособность; е) дает ощущение полноты и осмысленности жизни, делающее людей счастливыми.

Уровень психосоматического самочувствия человека варьируется в очень широком диапазоне: от серьезных органических нарушений до высокого эмоционального благополучия. В качестве стержневых характеристик эмоционального благополучия человека рассматриваются адекватная самооценка и уважение собственной личности, способность адаптироваться к меняющимся условиям и эффективно удовлетворять свои потребности, независимость, умение самостоятельно принимать решения, планировать свою жизнь и следовать собственным планам, способность активно преодолевать жизненные разочарования, неприятности, связанные со стрессами, уважать и любить себя, способность заботиться о других людях, способность творить, эффективно работать и получать удовлетворение от проделанной работы. В этой связи в качестве *показателей психосоматического самочувствия педагогов* рассматриваются формирование позитивного *образа собственного «Я»* в профессиональном сознании (рост уровня смысложизненных ориентаций и самооценки), нормализация их *самочувствия* (улучшение психоэмоционального состояния и уменьшение вегетосоматических симптомов).

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

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

В числе методов диагностики культуры здоровья, здорового и безопасного образа жизни, качества жизни, отношения к здоровью педагога можно назвать следующие: исследование мотивационной основы педагогической деятельности (по Н. В. Солнцевой в интерпретации Н. Н. Малярчук и Т. Н. Ле-ван); валеологический самоанализ учителя (Н. Н. Малярчук); опросник Роттера – УСК (УСК – уровень субъективного контроля); методика «Самооценка личности» (О. И. Мотков); методика диагностики уровня социальной фрустрированности Вассермана, методика исследования эмоционального выгорания (по В. В. Бойко); тест смысложизненных ориентаций Д. А. Леонтьева; опросник «Валеологическая компетентность» (Н. Н. Малярчук); диагностика готовности педагога к здоровьесориентированной деятельности в образовательной организации (Т. Н. Ле-ван, Е. И. Черепанова) и др.

Т. Н. Ле-ван выделяет три компонента здоровьесозидательной функции педагога [53]:

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

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

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

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

Для оценки уровня удовлетворенности педагогического работника можно использовать анкету самооценки уровня удовлетворенности педагогического работника Н. В. Третьяковой, В. А. Федорова (прил. 1).

В соответствии с целями и задачами педагогической диагностики в области культуры здоровья и здорового образа жизни осуществляется диагностика культуры здорового и безопасного образа жизни, качества жизни, отношения к здоровью.

В прил. 2 представлена методика исследования мотивационной основы педагогической деятельности (по Н. В. Солнцевой в интерпретации Н. Н. Малярчук и Т. Н. Леван), а в прил. 3 – анкета, предназначенная для валеологического самоанализа учителя (Н. Н. Малярчук).

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

1. В чем сущность здоровьесозидательной компетентности педагога?
2. По каким критериям оценивается уровень сформированности здоровьесозидательной компетентности педагога?
3. Какие составляющие определяют культуру здоровья педагога?
4. В чем сущность методов диагностики культуры здорового и безопасного образа жизни, качества жизни, отношения к здоровью педагога?

Задание. Представьте иные методики оценки культуры здорового и безопасного образа жизни, качества жизни, отношения к здоровью педагога.

6.2. Методы объективной оценки здоровьесберегающей и здоровьесформирующей деятельности педагога

Традиционно оценка здоровья производится по *медико-биологическим критериям*, ориентированным преимущественно на показатели заболеваемости ребенка и уровень его физического развития. В 1982 г. Всесоюзным НИИ гигиены и профилактики заболеваний детей, подростков, молодежи была предложена характеристика здоровья, включающая в себя пять комплексных признаков [94, с. 18]:

- 1) соответствующий возрасту уровень жизнеобеспечивающих систем (нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, костно-мышечной и др.);
- 2) гармоничное физическое развитие (рост, масса тела, окружность груди, жизненная емкость легких, сила кистей среднего или выше среднего уровня);
- 3) быстрое приспособление организма (адаптация) к новым условиям (занятия в школе, отдых в туристическом походе и т. д.);
- 4) высокая умственная и физическая работоспособность;
- 5) отсутствие болезней в течение года либо кратковременная болезнь (не более 5–7 дней) с полным выздоровлением.

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

В соответствии с «Методическими рекомендациями по комплексной оценке состояния здоровья детей и подростков при массовых врачебных осмотрах» (1982) выделяют также группы людей с разным уровнем здоровья (I–V):

- I. Здоровые с нормальным развитием и нормальным уровнем функций.
- II. Здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям.

III. Больные хроническими заболеваниями в стадии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма.

IV. Больные хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями.

V. Больные хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма.

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

Медико-гигиенические критерии индивидуальной оценки здоровья детей и подростков предложены С. М. Громбахом [21]. Они включают следующие показатели: 1) наличие или отсутствие хронических заболеваний; 2) функциональное состояние органов и систем; 3) уровень достигнутого физического и нервно-психического развития; 4) неспецифическая резистентность (сопротивляемость) организма. Завершается оценка определением группы здоровья. Индивидуальная комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка или подростка с отнесением его к одной из групп здоровья проводится с обязательным учетом всех перечисленных критериев педиатрами или подростковыми врачами. Оценка дается на момент обследования. Учитываются острые заболевания, прежние болезни, если только они не приобрели хроническую форму, возможность обострения, стадия выздоровления (вероятность возникновения заболевания, обусловленная наследственностью или условиями жизни, не учитывается). Наличие или отсутствие заболеваний определяется при врачебном осмотре с участием специалистов. Функциональное состояние органов и систем выявляется клиническими методами с использованием функциональных проб.

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

Следует отметить, что представленные выше методики оценки здоровья не могут служить показателями результативности деятельности об-

разовательных организаций и, в частности, педагогов в области сохранения и укрепления здоровья обучающихся:

- во-первых, неуклонный продолжающийся рост заболеваемости и инвалидности детско-подросткового населения страны, связанные не только с факторами, порожденными образовательной средой, ставят под сомнение то, что за период обучения возможно данную тенденцию преломить;

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

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

В связи с чем систему критериев и показателей оценки эффективности деятельности образовательных организаций по сохранению и укреплению здоровья обучающихся, а значит, ее качества следует выстраивать в соответствии со структурными компонентами качества образования: качество условий, процессов и результатов [91, с. 2–8].

1) *Качество условий* будет зависеть от уровня организации и управления в учреждении данного вида образовательной деятельностью, от уровня ее ресурсного обеспечения (степень соответствия инфраструктуры образовательной организации условиям здоровьесформирующей деятельности; уровень профессиональной компетентности специалистов, обеспечивающих проведение здоровьесформирующей деятельности; уровень учебно-методического и научного обеспечения данного процесса), от уровня здоровьесберегающей образовательной среды (степень соответствия образовательной среды санитарно-гигиеническим требованиям; уровень рационально-

сти образовательного процесса; степень влияния факторов риска образовательной среды на состояние здоровья обучающихся; эффективность предупреждающих и корректирующих действий по недопущению/коррекции действия факторов риска образовательной среды на уровень здоровья обучающихся).

2) *Качество процессов* здоровьесформирующей деятельности имеет прямую зависимость от результативности основных направлений здоровьесформирующей деятельности образовательных организаций (например, уровня медицинского и санитарно-гигиенического сопровождения образовательного процесса; уровня формирования здоровьесориентированной личностной позиции у субъектов образовательного процесса педагогическими средствами; уровня физкультурно-оздоровительного и психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса и др.).

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

Методики оценки показателей различны [10, 25, 40, 45, 59, 61, 62, 63, 65, 91, 92, 93, 94 и др.]: 1) метод экспертных оценок (оценка условий и процессов); 2) методики оценки уровня готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности: определение уровня сформированности здоровьесориентированной личностной позиции (по А. Г. Маджуге в интерпретации Н. В. Третьяковой (прил. 4)); диагностика отношения человека к здоровью (по Т. Н. Леван) и др.; 3) методики оценки уровня психоэмоционального состояния: оценка САН; оценка уровня социального благополучия и личностной устойчивости (по А. В. Антоновскому) и др.; 4) методики оценки уровня физической подготовленности – тестирование кондиционной физической подготовленности (быстроты, выносливости, гибкости, скоростной силы и силы (прил. 5)); 5) методики оценки уровня здоровья – средний показатель здоровья (Н. М. Ашанина, А. Я. Осин, Н. В. По-

лунина), коэффициент здоровья (по Р. М. Баевскому); 6) методика оценки профессионального сознания и профессионального поведения педагога (по Н. Н. Малярчук в модификации Т. Н. Ле-ван; по Т. Н. Ле-ван и Е. И. Черепановой); 7) методика оценки здоровьеориентированного поведения (прил. 6) и др.

Также осуществлялись диагностика, выявление и оценка состояния обучающихся группы риска дезадаптации (прил. 7), оценка проведения учебного занятия с позиций здоровьесбережения (прил. 8).

С учетом многоаспектности проводимых исследований необходимо обеспечить межведомственное партнерство в оценке здоровья обучающихся и качестве здоровьесформирующей деятельности образовательных организаций с привлечением медицинских работников, психологов, социальных работников, учителей физической культуры и других специалистов.

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

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

Требование действенности по содержанию близко к требованию полноты, всесторонности проверки, пропорционального представления всех

элементов изучаемых объектов, явлений и т. п. Действительность определяется статистическими методами. Степень надежности характеризуется стабильностью, устойчивостью показателей при повторных измерениях с помощью тех же методик или их равноценного заменителя. Характеристика дифференцированности связана с использованием различных методов.

Выбирая методы оценки, необходимо придерживаться следующих принципов:

- принцип совокупности методов – для получения достоверных сведений используется не один, а комплекс взаимодополняющих методов;
- принцип адекватности методов существу изучаемого явления, тем результатам, которые предполагается получить, возможностям исследователя;
- принцип запрета экспериментов, использования методов, противоречащих нравственным нормам, способных нанести вред исследуемым, образовательному процессу.

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

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

Оценка отношения обучающихся к здоровью. Ориентировочные критерии оценки и показатели, отражающие культуру здорового и безопасного образа жизни ребенка и связанные с уровнем готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности, представлены в табл. 9.

Таблица 9

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

Критерий	Показатели	Уровень выраженности	Средства измерения
1	2	3	4
Мотивационно-ценностный	Уровень сформированности мотивации к выполнению определенных действий по сохранению и укреплению здоровья. Степень целеустремленности и волевых усилий. Место ценностей здоровья в ценностно-смысловой иерархии. Устойчивость интереса к собственному здоровью. Уровень духовно-нравственного благополучия	<i>Высокий.</i> Проявление устойчивого интереса к действиям по сохранению и укреплению здоровья, целеустремленности и волевых усилий, мотивации к сохранению и укреплению здоровья. Высокое место ценностей здоровья в иерархии жизненных ценностей <i>Средний.</i> Проявление неустойчивых интереса и мотивации к действиям по сохранению и укреплению здоровья. Недостаток целеустремленности и волевых усилий в данной деятельности. Промежуточные позиции ценностей здоровья в иерархии жизненных ценностей. Преобладание мотивации избегания неудачи в некоторых жизненных сферах <i>Низкий.</i> Отсутствие интереса и мотивации к действиям по сохранению и укреплению здоровья. Низкие ранги ценностей здоровья в иерархии жизненных ценностей	Опросник для определения уровня сформированности здоровьесоориентированной личностной позиции (по А. Г. Маджуге в интерпретации Н. В. Третьяковой). Методика «Индекс отношения к здоровью» С. Д. Дерябо, В. А. Ясвина. Опросник по выявлению уровня волевых усилий по овладению действиями по сохранению и укреплению здоровья. Психологические методики исследования мотивации достижения. Методики измерения ценностных ориентаций. Методики оценки образа жизни. Наблюдение и экспертные оценки педагогов, опрос родителей и др.

1	2	3	4
Когнитивный	<p>Полнота и дифференцированность знаний о здоровье, здоровом образе жизни, способах охраны и увеличения резервов здоровья. Представление об особенностях и уровнях здоровьесориентированной деятельности</p>	<p><i>Высокий.</i> Полнота знаний о здоровье, здоровом образе жизни, способах охраны и увеличения резервов здоровья. Наличие четкого представления о сфере применения навыков по сохранению и укреплению здоровья <i>Средний.</i> Элементарные или отрывочные сведения о здоровье, здоровом образе жизни, способах охраны и увеличения резервов здоровья. Отсутствие выраженных представлений о сфере применения навыков по сохранению и укреплению здоровья <i>Низкий.</i> Недостоверность или отсутствие знаний о здоровье, здоровом образе жизни, способах охраны и увеличения резервов здоровья. Несформированность представлений о сфере применения навыков по сохранению и укреплению здоровья</p>	<p>Определение уровня сформированности здоровьесориентированной личностной позиции (по А. Г. Маджуге в интерпретации Н. В. Третьяковой). Диагностика типа отношения человека к здоровью и здоровьесориентированной деятельности (по А. Г. Маджуге в интерпретации Н. В. Третьяковой). Методика «Индекс отношения к здоровью» С. Д. Дерябо, В. А. Ясвина. Анкетно-опросные методики выявления уровня знаний о здоровье, здоровом образе жизни, способах охраны и увеличения резервов здоровья и др.</p>
Эмоционально-волевой	<p>Уровень психологического благополучия, эмоционального комфорта, удовлетворенности жизнью, удовлетворенности ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих</p>	<p><i>Высокий.</i> Высокий уровень психологического благополучия, эмоционального комфорта, удовлетворенности жизнью. Высокая степень ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих. Оптимальный уровень тревожности <i>Средний.</i> Удовлетворительный уровень пси-</p>	<p>Методика «Индекс отношения к здоровью» С. Д. Дерябо, В. А. Ясвина. Диагностика типа отношения человека к здоровью и здоровьесориентированной деятельности (по А. Г. Маджуге в интерпретации Н. В. Третьяковой). Методика оценки САН.</p>

Продолжение табл. 9

1	2	3	4
Операционно-процессуальный	Уровень ружающих. Уровень тревожности	хологического благополучия, эмоционального комфорта, удовлетворенности жизнью. Достаточная степень ответственности к отношениям к собственному здоровью и здоровью окружающих. Тенденция к повышению уровня тревожности <i>Низкий.</i> Психологическое неблагополучие, эмоциональный дискомфорт, неудовлетворенность основными сферами жизни. Недостаточно ответственное отношение к собственному здоровью и здоровью окружающих. Высокий уровень тревожности	Методика оценки социального благополучия и личностной устойчивости (по А. В. Ангоновскому). Методики оценки эмоционального комфорта. Методики оценки тревожности и др.
	Владение способами осуществления здоровьесориентированной деятельности и индивидуальными стратегиями копинг-поведения, жизненно важными навыками, техниками психоэмоциональной регуляции. Сформированность полезных привычек, способов организации и практических навыков здоровьес	<i>Высокий.</i> Высокий уровень владения способами осуществления здоровьесориентированной деятельности. Яркое проявление умения спланировать, организовать и осуществить деятельность по сохранению и укреплению здоровья. Сформированность навыков здорового образа жизни. Наличие эффективных копинг-стратегий и навыков психоэмоциональной саморегуляции. Выполнение личного плана по сохранению и укреплению здоровья. Проявление творческого подхода, самостоятельности, стремления к использованию оригинальных, нестандартных способов, к са-	Методика «Индекс отношения к здоровью» С. Д. Дерябо, В. А. Явина. Диагностика типа отношения человека к здоровью и здоровьесориентированной деятельности (по А. Г. Маджуге в интерпретации Н. В. Третьяковой). Определение уровня сформированности здоровьесориентированной личностной позиции (по А. Г. Маджуге в интерпретации Н. В. Третьяковой). Методика оценки социального благополучия и личностной устойчивости (по А. В. Ан-

1	2	3	4
	<p>го образа жизни. Творческое отношение к сохранению и укреплению здоровья. Наличие личного плана по сохранению и укреплению здоровья</p>	<p>мообразованию в деятельности по сохранению и укреплению здоровья <i>Средний.</i> Достаточный уровень владения способами осуществления здоровьесориентированной деятельности. Затруднения в планировании, организации и осуществлении деятельности по сохранению и укреплению здоровья. Недостаточно полная сформированность навыков здорового образа жизни. Затруднения в построении эффективных копинг-стратегий и недостаточная сформированность навыков психосоциальной саморегуляции. Отсутствие личного плана сохранения и укрепления здоровья. Наличие элементов творческого подхода, самостоятельности в деятельности по сохранению и укреплению здоровья <i>Низкий.</i> Недостаточный уровень владения способами осуществления здоровьесориентированной деятельности. Отсутствие выраженного умения планировать, организовывать и осуществлять деятельность по сохранению и укреплению здоровья. Несформированность навыков здорового образа жизни. Отсутствие навыков психо-</p>	<p>тоновскому). Практические задания и упражнения на выявление навыков осуществления здоровьесориентированной деятельности. Педагогическое наблюдение, экспертные оценки педагогов, опрос родителей. Тест по оценке образа жизни. Методики на выявление копинг-стратегий. Методика диагностики межличностных отношений и др.</p>

1	2	3	4
Оценочно-рефлексивный	Уровень самооценки подготавливаемости и соответствия процесса решения здоровьесориентированных задач оптимальным образцам	эмоциональной саморегуляции, личного плана сохранения здоровья. Отсутствие элементов творчества в деятельности по сохранению и укреплению здоровья	
		<p><i>Высокий.</i> Проявление рефлексии, адекватной знаниям, умениям, навыкам по сохранению и укреплению здоровья, влекущей своевременную перестройку личного плана, схемы здоровьесберегающего поведения. Сознательный контроль процесса сбора информации по здоровьесориентированной деятельности, проявление способности к критическому анализу полученных сведений и их оценке</p> <p><i>Средний.</i> Проявление рефлексии, неадекватной знаниям, умениям, навыкам по сохранению и укреплению здоровья. Перестройка схемы здоровьесберегающего поведения имеет стихийный, необоснованный характер</p> <p><i>Низкий.</i> Отсутствие проявления рефлексии в знании и понимании субъектом самого себя, выяснении того, как другие понимают рефлексизирующего, его личностные особенности. Эмоциональные реакции и когнитивные представления в пространстве здоровьесориентированной деятельности не отражают опыт по ее присвоению. Перестройки схемы здоровьесберегающего поведения не происходит</p>	<p>Определение уровня сформированности здоровьесориентированной личностной позиции (по А. Г. Маджуге в интерпретации Н. В. Третьяковой). Методика «Индекс отношения к здоровью» С. Д. Дерябо, В. А. Ясвина. Модифицированные методики оценки рефлексивности, уровня субъективного контроля и др.</p>

Оценка здоровья обучающихся. Следующие методики касаются оценки динамики состояния здоровья обучающихся и влияния образовательной организации на их здоровье: уровень здоровья, уровень физической подготовленности и уровень психоэмоционального состояния.

1. Уровень здоровья. Оценивается по следующим интегральным показателям: средний показатель здоровья (Н. М. Ашанина, А. Я. Осин, Н. В. Полунина) и коэффициент здоровья (по Р. М. Баевскому).

Средний показатель здоровья (СПЗ) высчитывается по формуле

$$\text{СПЗ} = \frac{(1 \times N1) + (2 \times N2) + (3 \times N3) + (4 \times N4)}{\sum n},$$

где 1, 2, 3, 4 – 1, 2, 3 и 4-я группы здоровья соответственно;

$N1, N2, N3, N4$ – число обучающихся с 1, 2, 3 и 4-й группой здоровья соответственно;

$\sum n$ – общее число обучающихся.

В качестве показателя адаптационных возможностей обучающихся используется коэффициент здоровья (K_3) (по Р. М. Баевскому):

$$K_3 = 0,01 \cdot \text{ЧСС} + 0,01 \cdot \text{САД} + 0,008 \cdot \text{ДАД} + 0,014 \cdot \text{В} + 0,009 \cdot \text{МТ} - 0,009 \cdot \text{Р} - 0,27,$$

где ЧСС – частота сердечных сокращений;

САД – систолическое артериальное давление;

ДАД – диастолическое артериальное давление;

В – возраст;

МТ – масса тела;

Р – рост.

2. Уровень физической подготовленности. Его определение включает тестирование кондиционной физической подготовленности: быстроты, выносливости, гибкости, скоростной силы и силы и проводится с использованием следующих тестовых методик:

1) бег на 30 м со старта (оценка быстроты);

2) бег на 1000 м (оценка выносливости);

3) прыжок в длину с места (оценка скоростной силы);

4) наклон туловища вперед из положения сидя (оценка гибкости);

5) подтягивание на высокой перекладине (оценка силы у мальчиков);

6) поднимание-опускание туловища из положения лежа в течение 30 с (оценка силы у девочек).

3. Уровень психоэмоционального состояния. Оценивается через оценку самочувствия, активности, настроения; уровня социального благополучия и личностной устойчивости (по А. В. Антоновскому) и др.

Оценка работы образовательной организации в сфере охраны и укрепления здоровья. Модульная оценка работы школы в сфере охраны и укрепления здоровья обучающихся, реализации здоровьесберегающих технологий может быть проведена как на внутришкольном уровне, так и с привлечением специалистов из других организаций и управления образования.

Основные модули экспертизы:

1. *Оценка гигиенических требований к помещениям для учебных занятий и пребывания обучающихся, их освещенности, оборудованию, соответствия размеров парт росту обучающихся и др. в соответствии с требованиями СанПиНов.* Проводится врачами Госсанэпиднадзора, представителями администрации образовательной организации и родительского комитета.

2. *Оценка качества потребляемой питьевой воды и питания обучающихся во время их пребывания в образовательной организации.* Проводится экспертиза пищеблока и системы питания обучающихся в период нахождения в учреждении; для оценки используются критерии и нормативы СанПиНов, современные представления о принципах здорового образа жизни и рационального питания. Оценка проводится комиссией, включающей медицинского работника, представителей администрации, службы Госсанэпиднадзора и родительского комитета.

3. *Оценка физической активности обучающихся в период их пребывания в образовательной организации.* Производится оценка уроков физической культуры, условий для проявления физической активности обучающихся на переменах и во внеурочное время, уровня физического развития, а также комплексных оздоровительных программ и мероприятий по закаливанию; используются специальные тесты, критерии, определяющие оптимальные нормы нагрузки, и т. п. В экспертную комиссию включаются представители администрации, педагоги по физической культуре, медицинские работники, представители родительского комитета.

4. *Оценка показателей здоровьесбережения при проведении урока/занятия.* Определяются влияние учебной нагрузки на психофизическое состояние обучающихся, их утомляемость, «стрессированность» в течение урока/занятия, проведение уроков/занятий в соответствии с принципами здоровьесбережения и т. п.; используются оценки самих обучающихся и их

родителей, наблюдения представителей администрации и педагогического коллектива, психологов, представителей родительского комитета.

5. *Оценка соответствия организации образовательного процесса принципам здоровьесбережения.* Проводится экспертная оценка учебного расписания в различных классах/группах, предельных нагрузок на обучающихся. Экспертиза осуществляется представителями администрации и педагогического коллектива образовательной организации, психологами, представителями родительского комитета.

6. *Оценка психологического климата в образовательной организации.* Анализируется психологический климат в целом, отдельно в каждом классе/группе и в педагогическом коллективе, т. е. в различных малых группах. Проводится психологами совместно с представителями администрации, педагогического коллектива и родительского комитета.

7. *Оценка экологического климата территории образовательной организации.* Проводится с привлечением учителей биологии, экологов, представителей Госсанэпиднадзора и других специалистов, а также родителей с учетом данных районной экологической комиссии.

8. *Оценка показателей заболеваемости обучающихся и педагогов.* Проводится с привлечением медицинских работников на основе анализа медико-статистических данных, имеющихся в образовательной организации и районных/муниципальных медицинских учреждениях.

9. *Оценка уровня грамотности обучающихся и педагогов в вопросах здорового образа жизни, средств и методов сохранения и укрепления здоровья.* Проводится представителями администрации и психологами образовательной организации с использованием анкетно-тестовых материалов.

10. *Оценка работы образовательной организации по проблеме сохранения и укрепления здоровья обучающихся во внеурочное время и в процессе работы с семьями обучающихся.* Проводится представителями администрации, воспитателями, классными руководителями и психологами с использованием анкетно-тестовых материалов.

На заключительном этапе производится выставление оценок от 1 до 10 баллов по каждому модулю отдельно, а затем составляется интегральное экспертное заключение и выставляется итоговая оценка (до 100 баллов). Заключение и рекомендации, сделанные на основе экспертного заключения, доводятся до сведения всех педагогов и родительского комитета. Целесообразно ежегодно сравнивать получаемые показатели.

Одна из форм контролирующей деятельности руководителя образовательной организации любого уровня – посещение уроков/занятий педагогов. Большинство позиций, по которым традиционно проводятся проверки, касаются сугубо педагогических критериев проведения урока/занятия. Однако почти каждый из этих критериев имеет связь с проблемой здоровья обучающихся, а иногда и учителя. Напомним, что состояния, опосредующие эту связь, – утомление и стресс. Учитывая их особую патогенность для растущего организма, можно рассматривать профилактику утомления и стресса как одну из наиболее реальных возможностей здоровьесбережения.

В протоколе оценки проведения учебного занятия с позиций здоровьесбережения кратко перечисляется то, на что следует обращать внимание в ходе урока/занятия, если рассматривать его с позиций здоровьесбережения (см. прил. 8) [86, 94].

Подробный план анализа и самоанализа урока в аспекте здоровьесбережения дает Л. Б. Дыхан [27].

Санитарно-гигиеническая оценка условий обучения:

- 1) Уровень освещенности, чистота помещения.
- 2) Соответствие мебели возрасту учащихся, расстановка школьной мебели.
- 3) Режим проветривания, температурные условия.
- 4) Состояние классной доски (цвет, чистота, отсутствие отвлекающих элементов).
- 5) Соответствие наглядных материалов возрастным нормам (величина букв, их цвет, четкость написания).

Управление процессом обучения:

- 1) Постановка цели, задач урока, степень ассимиляции их учащимися, способы начальной концентрации внимания на уроке (создание доминанты на уроке).
- 2) Соответствие структуры урока, применяемых форм и методов обучения возрастным особенностям учащихся (доступность изложения, соотношение наглядно-образного и вербального предоставления информации, привлечение воображения, создание условий для творчества и др.).
- 3) Соответствие плотности урока рекомендуемым нормам.
- 4) Темп урока.
- 5) Соответствие эмоциональности, насыщенности учебными элементами сложности урока.

6) Применяемые способы дифференциации и индивидуализации обучения.
7) Способы подачи домашнего задания (мотивирование, объем, мощность домашнего задания, объяснение рациональных способов подготовки домашнего задания).

8) Завершение доминанты на уроке.

Организация учебной деятельности:

1. Гигиенический аспект организации учебной деятельности:

1) Выполнение норм непрерывного занятия определенным видом учебной деятельности (длительность, непрерывность письма, чтения).

2) Рациональность использования оптимального времени урока (3–25-я мин).

2. Анализ характера деятельности учащихся на уроке:

1) Активность и работоспособность учащихся на разных этапах урока.

2) Интерес к теме или уроку.

3) Характер межличностных отношений.

3. Валеологический аспект организации деятельности учащихся:

1) Размещение учащихся в учебной аудитории с учетом их особенностей здоровья (нарушение зрения, осанки).

2) Соотношение статического и динамического компонентов урока:

а) динамизация поз учащихся;

б) характеристика используемых физкультурных пауз (формальное время выбора или по признакам начального утомления, соответствие выбранной физкультурной паузы нагрузке систем органов организма ребенка на уроке, психологический настрой и комментирование физкультурной паузы, правильность техники выполнения упражнений).

3) Общий психологический фон урока.

4. Особенности педагогической техники и стиля общения учителя:

1) Темп речи, дикция, эмоциональность изложения, педагогический такт.

2) Стилль общения учителя, наличие психологического манипулирования, приобщения, способы контакта с учащимися.

3) Ориентация учителя на развитие или на результативность.

Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию

1. Какие медико-гигиенические критерии традиционно используются при оценке здоровья детей и подростков?

2. Что входит в оценку качества условий, процессов и результатов здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций?

3. Какие предъявляются требования к диагностическим методам и принципам диагностики?

4. Какие методические рекомендации предъявляются к составлению анкет и проведению анкетирования?

5. С помощью каких методик осуществляется оценка отношения обучающихся к здоровью?

6. С помощью каких методик осуществляется оценка здоровья обучающихся?

7. С помощью каких методик осуществляется оценка работы образовательной организации в сфере охраны и укрепления здоровья?

Задание. Разработайте собственную анкету (или заимствуйте) по оценке здоровья обучающихся или оценке работы образовательной организации в сфере охраны и укрепления здоровья.

Заключение

Использование представленных в данной работе положений здоровьесформирующей и здоровьесберегающей деятельности в образовательных организациях любого типа позволит педагогу существенно повысить эффективность работы в части формирования, охраны, укрепления и обеспечения здоровья детей и подростков и организовать свою профессиональную деятельность, ориентируясь на основные принципы педагогики здоровья. Формирование культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся, развитие у них навыков здорового образа жизни, мотивации на соблюдение принципов здорового образа жизни является основой валеологического образования – обучения здоровью и воспитания здоровьесориентированной личности (развития здоровьесориентированной личностной позиции).

Педагогу важно понимать, что все, что относится к образовательной организации – характер обучения и воспитания, уровень педагогической культуры, содержание образовательных программ, условия, в которых происходит образовательный процесс, и т. д., – имеет непосредственное отношение к проблеме здоровья обучающихся. И только если забота о здоровье является одним из приоритетных направлений для всего педагогического коллектива и строится на профессиональной основе, можно говорить о реализации образовательной организацией валеологического компонента. Если же эти вопросы игнорируются по сути, т. е. если отсутствует целенаправленная организованная работа по охране здоровья обучающихся и педагогов, не проводятся формирование и укрепление здоровья обучающихся, то разрушение здоровья, причем всех субъектов образовательного процесса, неизбежно.

Совокупность трудовых действий педагогических работников в области охраны и укрепления здоровья обучающихся, в том числе формирования у них культуры здорового и безопасного образа жизни, следует рассматривать как здоровьесформирующую функцию педагога, поскольку этот термин наилучшим образом отражает характер педагогического взаимодействия с другими участниками образовательного процесса в этой области и позволяет учитывать все обозначенные в нормативных и правовых документах требования к профессиональной деятельности педагога по данному направлению: создание безопасных для здоровья условий обучения, включение в содержание образовательной деятельности вопросов здоровья и здорового образа жизни, саморазвитие в области здоровья.

Список используемой литературы

1. *Актуальные* вопросы развития государственно-общественного управления образованием: сборник научных статей и докладов по материалам научно-практических конференций и круглых столов 2008–2010 гг. Москва: Изд-во Моск. гос. пед. ин-та, 2010. 148 с.

2. *Аналитическая* психология и психотерапия [Электронный ресурс]: хрестоматия / сост. В. М. Лейбин. Санкт-Петербург: Питер, 2001. 512 с. Режим доступа: http://lib100.com/book/psychoanalysis/analytical_psy.

3. *Ананьев В. А.* Основы психологии здоровья: в 2 книгах / В. А. Ананьев. Санкт-Петербург: Речь, 2006. Кн. 1: Концептуальные основы психологии здоровья. 384 с.

4. *Андрюхина Т. В.* Физическая культура: учебник для 10–11 классов общеобразовательных учреждений / Т. В. Андрюхина, Н. В. Третьякова; под общ. ред. М. Я. Виленского. Москва: Русское слово – учебник, 2013. 176 с.

5. *Апанасенко Г. Л.* Индивидуальное здоровье: теория и практика / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова. Киев: Медкнига, 2011. 108 с.

6. *Баева И. А.* Тренинги психологической безопасности в школе / И. А. Баева. Санкт-Петербург: Речь, 2002. 251 с.

7. *Баль Л. В.* Педагогу о здоровом образе жизни детей / Л. В. Баль, С. В. Барканов, С. А. Горбатенко. Москва: Просвещение, 2005. 192 с.

8. *Безопасность* жизнедеятельности: учебник / под ред. Э. А. Арустамова. Москва: Академия, 2013. 176 с.

9. *Безруких М. М.* Здоровьесберегающая школа / М. М. Безруких. Москва: Изд-во Моск. гос. пед. ин-та, 2008. 222 с.

10. *Белов В. И.* Определение уровня здоровья и оптимальной физической нагрузки / В. И. Белов // Теория и практика физической культуры. 1989. № 3. С. 6–9.

11. *Бернс Р.* Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс. Москва: Прогресс, 1986. 420 с.

12. *Бим-Бад Б. М.* Воспитание человека обществом и общества человеком [Электронный ресурс] / Б. М. Бим-Бад. Режим доступа: http://www.bim-bad.ru/biblioteka/article_full.php?aid=1366&binn_rubrik_pl_articles=101.

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

14. *Большой толковый словарь русского языка* / сост. и гл. ред. С. А. Кузнецов. Санкт-Петербург: Норинт, 2000. 1536 с.
15. *Вайнер Э. Н. Валеология* / Э. Н. Вайнер. 6-е изд. Москва: Наука, 2008. 416 с.
16. *Варшава Б. Е. Психологический словарь* / Б. Е. Варшава, Л. С. Выготский. Москва: Тропа Троянова, 2008. 264 с.
17. *Величко М. Копинг-стратегии и психологическая защита* [Электронный ресурс] / М. Величко. Режим доступа: <http://psy-diagnoz.com/theories/104-koping-strategii.html>.
18. *Вишневский В. А. Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс и мониторинг здоровья, физического развития и физической подготовленности учащихся* / В. А. Вишневский, В. В. Апокин, И. Э. Юденко // Педагогическое образование в России. 2014. № 2. С. 129–132.
19. *Гончаренко М. С. Основы валеологического питания* / М. С. Гончаренко. Харьков: Бурун-Книга, 2006. 26 с.
20. *Горбачев В. В. Витамины, микро- и макроэлементы: справочник* / В. В. Горбачев, В. Н. Горбачева. Минск: Книжный дом, 2002. 445 с.
21. *Громбах С. М. О критериях оценки состояния здоровья детей и подростков* / С. М. Громбах // Вестник АМН СССР. 1981. № 1. С. 29–35.
22. *Дейкина А. Ю. Медиаобразование и развитие познавательного интереса дошкольника* [Электронный ресурс] / А. Ю. Дейкина. Бийск: Изд-во НИЦ Бийск. пед. гос. ун-та им. В. М. Шукшина, 2002. 163 с. Режим доступа: <http://docus.me/d/903249/>.
23. *Деркунская В. А. Психология здоровья дошкольника* / В. А. Деркунская. Москва: Речь, 2010. 412 с.
24. *Детская социальная психиатрия для непсихиатров* / сост. Н. М. Иовчук, А. А. Северный, Н. Б. Морозова. Санкт-Петербург: Питер Пресс, 2008. 412 с.
25. *Диагностика здоровья. Психологический практикум* / под ред. Г. С. Никифорова. Санкт-Петербург: Речь, 2011. 950 с.
26. *Доклад о развитии массового спорта и физического воспитания населения: март 2014 года* / Совет при Президенте Рос. Федерации по развитию физ. культуры и спорта. Москва, 2014. 182 с.
27. *Дыхан Л. Б. Теория и практика охраны здоровья школьников* / Л. Б. Дыхан. Ростов-на-Дону: Феникс, 2009. 412 с.
28. *Зимняя И. А. Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентностного подхода в образовании* / И. А. Зимняя. Москва: Изд-во Исслед. центра проблем качества подгот. специалистов, 2004. 42 с.

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

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

31. *Инновационные процессы в образовании: коллективная монография / Э. П. Бакшеева [и др.]; под ред. Т. Н. Леван.* Новосибирск: Изд-во СибАК, 2013. 142 с.

32. *Ирхин В. Н.* Урок и здоровье школьников: учебное пособие / В. Н. Ирхин, И. В. Ирхина. Тирасполь: Изд-во Приднестр. ун-та, 2009. 248 с.

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

34. *Калинин С. И.* Тайм-менеджмент: практикум по управлению временем / С. И. Калинин. Санкт-Петербург: Речь, 2006. 371 с.

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

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

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

38. *Кисляков П. А.* Социальная безопасность личности, общества, государства: теория и практика обеспечения: учебное пособие / П. А. Кисляков, С. В. Петров, В. В. Филанковский. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: Русский журнал, 2011. 263 с.

39. *Ковалева Т. М.* Основы тьюторского сопровождения [Электронный ресурс]: материалы лекций / Т. М. Ковалева. Москва: Первое сентября, 2010. 56 с. Режим доступа: http://wiki.soiro.ru/images/Courses_15_006_01.pdf.

40. Колбанов В. В. Валеологический практикум: учебное пособие / В. В. Колбанов. 3-е изд., испр. и доп. Санкт-Петербург: Элби-Санкт-Петербург, 2011. 224 с.
41. Колбанов В. В. Основы педагогики здоровья: монография / В. В. Колбанов. Санкт-Петербург: Изд-во Балт. пед. акад., 2015. 155 с.
42. Комлев Н. Г. Словарь иностранных слов / Н. Г. Комлев. Москва: Эксмо-Пресс, 2000. 1308 с.
43. Кубрушко П. Ф. Особенности организации учебного процесса в условиях дистанционного обучения на основе сетевой технологии / П. Ф. Кубрушко, С. В. Созинов // Образование и наука. 2006. № 1. С. 67–72.
44. Куркина И. Б. Здоровье – стиль жизни. Современные оздоровительные процедуры в детском саду / И. Б. Куркина. Санкт-Петербург: Образовательные проекты, 2008. 176 с.
45. Ле-ван Т. Н. Здоровье ребенка в современной информационной среде: учебно-методическое пособие / Т. Н. Ле-ван. Москва: ИНФРА-М, 2015. 24 с.
46. Ле-ван Т. Н. Здоровье ребенка в эпоху массмедиа: учебно-методическое пособие / Т. Н. Ле-ван. Москва: Форум: ИНФРА-М, 2015. 224 с.
47. Ле-ван Т. Н. Здоровьесозидающая функция педагога: терминологический аспект / Т. Н. Ле-ван // Нижегородское образование. 2015. № 4. С. 133–138.
48. Ле-ван Т. Н. Здоровьеформирующая деятельность педагога: научно-методический аспект: монография / Т. Н. Ле-ван, В. А. Федоров. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2016. 176 с.
49. Ле-ван Т. Н. Многоуровневое тьюторское сопровождение профессионального развития педагогов в области реализации ими здоровьесозидающей функции / Т. Н. Ле-ван // Муниципальное образование: инновации и эксперимент. 2016. № 1. С. 38–46.
50. Ле-ван Т. Н. Педагогические технологии формирования здорового образа жизни / Т. Н. Ле-ван, Н. Н. Нежкина // Начальная школа плюс до и после. 2012. № 10. С. 91–95.
51. Ле-ван Т. Н. Профессиональная подготовка педагогов социально-культурной деятельности к реализации здоровьесозидающего потенциала медиаобразования / Т. Н. Ле-ван // Вестник Челябинского государственного университета. 2013. № 21 (312). Филология. Искусствоведение. Вып. 80. С. 324–327.
52. Ле-ван Т. Н. Развитие информационной культуры и медиаграмотности студентов педагогического вуза как способ повышения их здоровьес-

сберегающей компетентности / Т. Н. Ле-ван // Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: Информатика и информатизация образования. 2013. № 2 (26). С. 38–44.

53. *Ле-ван Т. Н.* Управленческие функции педагога в области охраны и укрепления здоровья с позиций анализа современной нормативно-правовой базы [Электронный ресурс] / Т. Н. Ле-ван // Современные проблемы науки и образования. 2012. № 3. Режим доступа: <http://www.science-education.ru/103-6398>.

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

55. *Ле-ван Т. Н.* Школа и массмедиа: кто победит? [Электронный ресурс] / Т. Н. Ле-ван // Здоровье детей. 2006. № 12. Режим доступа: <http://zdd.1september.ru/article.php?ID=200601203>.

56. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. Ленинград: Медицина, 1983. 255 с.

57. *Лукина М. М.* Медиаобразование в школе: издаем школьную газету [Электронный ресурс] / М. М. Лукина, С. Э. Некляев. Москва: Изд-во фак. журналистики МГУ им. М. В. Ломоносова, 2009. 68 с. Режим доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/5853736/>.

58. *Лурия Р. А.* Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания [Электронный ресурс] / Р. А. Лурия. Москва: Медицина, 1977. 111 с. Режим доступа: http://www.rlsnet.ru/books_book_id_6_page_63.htm.

59. *Маджуга А. Г.* Здоровьесозидающая педагогика: теория, методология, опыт, перспективы развития: монография / А. Г. Маджуга, И. А. Сеницина. Москва: Логос, 2014. 508 с.

60. *Макеева А. Г.* Научно-методические аспекты проблемы формирования основ культуры здоровья у детей и подростков / А. Г. Макеева // Профессиональная компетентность педагога в реализации здоровьесозидающей функции: коллективная монография / под ред. Т. Н. Ле-ван. Новосибирск: Изд-во СибАК, 2013. С. 71–89.

61. *Малярчук Н. Н.* Валеология: учебное пособие / Н. Н. Малярчук. Тюмень: Изд-во Тюм. гос. ун-та, 2008. 280 с.

62. *Малярчук Н. Н.* Культура здоровья педагога: монография / Н. Н. Малярчук. Тюмень: Изд-во Тюм. гос. ун-та, 2008. 192 с.

63. *Малярчук Н. Н.* Культура здоровья педагога (личностный и профессиональный аспект): диссертация ... доктора педагогических наук / Н. Н. Малярчук. Тюмень, 2009. 388 с.

64. *Маслоу А.* Дальние пределы человеческой психики / А. Маслоу; пер. с англ. А. М. Татлыбаевой. Санкт-Петербург: Речь, 2003. 350 с.

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

66. *Методические* рекомендации по развитию добровольческой (волонтерской) деятельности молодежи в субъектах Российской Федерации [Электронный ресурс] // Сборник методических материалов в сфере государственной молодежной политики. Москва, 2009. Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base=EXP; n=641636; dst=100022>.

67. *Мехтиханова Н. Н.* Психология зависимого поведения: учебное пособие / Н. Н. Мехтиханова. Ярославль: Изд-во Яросл. гос. ун-та, 2005. 122 с.

68. *Милинис О. А.* Субъектно-ориентированный подход к развитию культуры творческой самореализации студентов-педагогов в креативной образовательной деятельности: диссертация ... доктора педагогических наук / О. А. Милинис. Казань, 2012. 458 с.

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

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

71. *Мясищев В. Н.* Психология отношений: избранные психологические труды / В. Н. Мясищев; под ред. А. А. Бодалева. 4-е изд. Москва: Изд-во Моск. психол.-соц. ин-та, 2011. 398 с.

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

73. *Обеспечение* психологической безопасности в образовательном учреждении [Электронный ресурс] / под ред. И. А. Баевой. Санкт-Петербург: Речь, 2006. Режим доступа: <http://edu.vspu.ru/doc/groups/249/1072/metodika-Baevoy-I.A.doc>.

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

75. *Перова Е. И.* Совершенствование комплекса ГТО в современных условиях учебного процесса в общеобразовательных учреждениях РФ / Е. И. Петрова, В. А. Кабачков, В. А. Куренцов // Физическое воспитание и детско-юношеский спорт. 2013. № 5. С. 42–55.

76. *Платонов К. И.* Слово как физиологический и лечебный фактор / К. И. Платонов. Москва: Медгиз, 1957. 437 с.

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

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

79. *Почепцов Г. Г.* Паблик рилейшнз для профессионалов / Г. Г. Почепцов. 2-е изд., испр. Москва: Рефл-бук, 2000. 624 с.

80. *Профессиональная* компетентность педагога в реализации здоровьесозидающей функции: коллективная монография / Э. М. Казин [и др.]; под ред. Т. Н. Ле-ван. Новосибирск: Изд-во СибАК, 2013. 134 с.

81. *Профессия «тьютор»* / Т. М. Ковалева [и др.]. Москва; Тверь: СФК-офис, 2012. 246 с.

82. *Психология* здоровья: учебник для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. Санкт-Петербург: Питер, 2006. 607 с.

83. *Роджерс К.* Взгляд на психотерапию. Становление человека [Электронный ресурс] / К. Роджерс. Москва: Прогресс, 1994. Режим доступа: <http://psihoterapia.narod.ru/rogers1.doc>.

84. *Романова О. Л.* Обучение здоровью: предупреждение насилия в школе: руководство по проведению практических семинаров и тренингов / О. Л. Романова. Москва: The EU-Cooperation Programme, 2005. 116 с.

85. *Рубина Е. А.* Санитария и гигиена питания / Е. А. Рубина. Москва: Академия, 2011. 272 с.

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

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

88. *Старшенбаум Г. В.* Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей / Г. В. Старшенбаум. Москва: Когнито-Центр, 2006. 367 с.
89. *Теория и методика оздоровительной физической культуры: учебное пособие* / Н. В. Третьякова, Т. В. Андриюхина, Е. В. Кетриш; под общ. ред. Н. В. Третьяковой. Москва: Спорт, 2016. 208 с.
90. *Теория и практика связей с общественностью: учебник* / А. В. Кочетков [и др.]. Санкт-Петербург: Питер, 2009. 240 с.
91. *Третьякова Н. В.* Качество здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций: теория и технологии обеспечения / Н. В. Третьякова, В. А. Федоров. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2014. 208 с.
92. *Третьякова Н. В.* Методы контроля качества в оценке здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения / Н. В. Третьякова, В. А. Федоров // Университетское управление. 2014. № 1. С. 32–44.
93. *Третьякова Н. В.* Обеспечение качества здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций: диссертация ... доктора педагогических наук / Н. В. Третьякова. Екатеринбург, 2014. 423 с.
94. *Третьякова Н. В.* Основы здоровьесбережения: практикум / Н. В. Третьякова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2011. 138 с.
95. *Третьякова Н. В.* Формирование готовности обучающихся образовательных учреждений к здоровьесберегающей деятельности / Н. В. Третьякова; под науч. ред. В. А. Федорова. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2014. 159 с.
96. *Узнадзе Д. Н.* Психология установки / Д. Н. Узнадзе. Санкт-Петербург: Питер, 2001. 416 с.
97. *Федоров В. А.* Теоретические аспекты непрерывного профессионально-педагогического образования / В. А. Федоров // Образование и наука. 2000. № 2. С. 60–67.
98. *Физкультура и спорт здоровьесформирующей направленности как объект управления: коллективная монография* / А. З. Бажев [и др.]; под ред. Т. Н. Ле-ван. Новосибирск: Изд-во СибАК, 2014. 140 с.
99. *Формирование здоровья детей и подростков в системе непрерывного образования: коллективная монография* / Р. И. Айзман [и др.]; под ред. Т. Н. Ле-ван. Новосибирск: Изд-во СибАК, 2013. 176 с.
100. *Хуррельманн К.* Социальная структура и развитие личности. Введение в теорию социализации / К. Хуррельманн // Социология. 1997. № 1. С. 180–203.

101. *Шереметьев А. В.* Правовая компетентность педагога как основа применения здоровьесберегающих образовательных технологий / А. В. Шереметьев, Д. В. Московцев // *Здоровьеформирующая деятельность в процессе профориентации и профессионального образования: монография* / под ред. Т. Н. Ле-ван. Новосибирск: Изд-во СибАК, 2013. С. 56–72.

102. *Школьные PR-кампании в области здоровья и профилактики зависимостей: методические разработки победителей и лауреатов Городского марафона школьных PR-проектов в области здоровья и профилактики зависимостей (октябрь – декабрь 2009 г.)* / под общ. ред. Т. Н. Ле-ван. Москва: Изд-во Моск. гос. пед. ин-та: Школьная книга, 2010. 88 с.

103. *Эльконин Б. Д.* Психология развития: учебное пособие / Б. Д. Эльконин. 4-е изд., стер. Москва: Академия, 2008. 141 с.

104. *Эриксон Э.* Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон. Москва: Флинта, 2006. 352 с.

105. *Ясвин В. А.* Образовательная среда: от моделирования к проектированию / В. А. Ясвин. Москва: Изд-во ЦКФЛ РАО, 1997. 248 с.

Анкета
«Самооценка уровня удовлетворенности педагогического работника» (авторы Н. В. Третьякова, В. А. Федоров)

Уважаемый преподаватель! С целью исследования уровня удовлетворенности образовательным процессом в нашей школе/колледже просим Вас ответить на вопросы настоящей анкеты.

Инструкция. Напротив каждого утверждения стоят пять цифр: «-2», «-1», «0», «1», «2». Если утверждение Вам полностью подходит, то обведите кружком цифру «2», если подходит не полностью – «1», если Вы затрудняетесь с ответом – «0», если утверждение в целом не подходит – «-1», если категорически не подходит – «-2».

Номер п/п	Ключевые направления	Оценка				
1	2	3				
1	Организация образовательного процесса					
1.1	Своевременность информирования по вопросам образовательного процесса	-2	-1	0	1	2
1.2	Полнота объема информирования по вопросам организации образовательного процесса	-2	-1	0	1	2
1.3	Информированность о целях и задачах здоровьесформирующей деятельности	-2	-1	0	1	2
1.4	Широкое включение в здоровьесформирующую деятельность	-2	-1	0	1	2
1.5	Своевременность и полнота информации о здоровьесформирующей деятельности	-2	-1	0	1	2
1.6	Сбалансированность основной учебной нагрузки	-2	-1	0	1	2
1.7	Стабильность расписания	-2	-1	0	1	2
1.8	Комфортность учебных кабинетов для проведения занятий	-2	-1	0	1	2
1.9	Техническая оснащенность лабораторий и учебных кабинетов	-2	-1	0	1	2
1.10	Оптимальность количества обучающихся в классах/группах	-2	-1	0	1	2

Продолжение таблицы

1	2	3				
1.11	Удовлетворенность качеством организации образовательного процесса	-2	-1	0	1	2
1.12	Удовлетворенность качеством организации здоровьесформирующей деятельности	-2	-1	0	1	2
2	Информационно-методическое обеспечение					
2.1	Соответствие разработанных учебно-методических комплексов образовательным стандартам	-2	-1	0	1	2
2.2	Полнота обеспеченности образовательного процесса учебной литературой	-2	-1	0	1	2
2.3	Достаточность учебно-методической литературы по вопросам формирования готовности обучающихся к здоровьесформирующей деятельности, применению здоровьесберегающих технологий, методов, средств, приемов и др.	-2	-1	0	1	2
2.4	Хорошее качество обслуживания в библиотеке	-2	-1	0	1	2
2.5	Достаточность учебно-методической литературы в библиотеке школы/колледжа	-2	-1	0	1	2
2.6	Доступность компьютерной, копировальной и аудиовизуальной техники	-2	-1	0	1	2
2.7	Возможность в профессиональной деятельности пользоваться интернет-услугами	-2	-1	0	1	2
3	Характер социально-психологического и психолого-педагогического взаимодействия «преподаватель – обучающийся»					
3.1	Значимость оценки профессиональной деятельности учащимися	-2	-1	0	1	2
3.2	Удовлетворенность культурным уровнем обучающихся	-2	-1	0	1	2
3.3	Достаточный уровень обучаемости обучающихся	-2	-1	0	1	2
3.4	Дисциплинированность, организованность обучающихся	-2	-1	0	1	2
4	Система взаимодействия «преподаватель – администрация»					
4.1	Осведомленность о месте школы/колледжа в рейтинговой системе образовательных учреждений	-2	-1	0	1	2
4.2	Осведомленность об основных стратегических направлениях развития школы/колледжа	-2	-1	0	1	2
4.3	Следование правилам внутреннего распорядка	-2	-1	0	1	2
4.4	Положительное восприятие перемен в школе/колледже, связанных с управлением качеством здоровьесформирующей деятельности	-2	-1	0	1	2

Продолжение таблицы

1	2	3				
4.5	Эффективность деятельности администрации в обеспечении качества образовательного процесса	-2	-1	0	1	2
4.6	Эффективность деятельности администрации в обеспечении оценки качества здоровьесформирующей деятельности	-2	-1	0	1	2
4.7	Значимость оценки профессиональной деятельности администрацией школы/колледжа	-2	-1	0	1	2
4.8	Открытость и адекватность администрации школы/колледжа для восприятия критики со стороны сотрудников	-2	-1	0	1	2
4.9	Возможность получить помощь от администрации при возникновении проблем, связанных с образовательным процессом	-2	-1	0	1	2
4.10	Защищенность преподавателя со стороны администрации	-2	-1	0	1	2
4.11	Системность, плановость работы администрации, нацеленной на непосредственный контакт с сотрудниками	-2	-1	0	1	2
5	Социальная обеспеченность трудового процесса					
5.1	Комфортность рабочего места	-2	-1	0	1	2
5.2	Оборудование рабочего места в соответствии со здоровьесберегающими технологиями	-2	-1	0	1	2
5.3	Адекватность реагирования на требования правил внутреннего распорядка	-2	-1	0	1	2
5.4	Эффективность работы профсоюзной организации	-2	-1	0	1	2
5.5	Значимость деятельности профсоюзной организации	-2	-1	0	1	2
5.6	Возможность доступного оздоровительного санаторно-курортного отдыха и лечения при содействии профсоюзной организации	-2	-1	0	1	2
5.7	Возможность заниматься спортом, оздоровительной физической культурой в условиях школы/колледжа	-2	-1	0	1	2
5.8	Удовлетворенность содержанием досуговых мероприятий школы/колледжа	-2	-1	0	1	2
6	Возможность самореализации					
6.1	Повышение интереса к профессиональной деятельности в школе/колледже за последние 2–3 года	-2	-1	0	1	2
6.2	Значимость оценки качества педагогической деятельности коллегами	-2	-1	0	1	2

Окончание таблицы

1	2	3				
6.3	Адекватность оценки качества педагогической деятельности затраченным ресурсам	-2	-1	0	1	2
6.4	Удовлетворенность престижностью преподавательской деятельности как профессии	-2	-1	0	1	2
7	Повышение уровня педагогического мастерства					
7.1	Создание администрацией школы/колледжа условий для профессионального роста	-2	-1	0	1	2
7.2	Наличие в школе/колледже условий для повышения квалификации	-2	-1	0	1	2
7.3	Гарантия оплаты обучения на курсах повышения квалификации администрацией школы/колледжа	-2	-1	0	1	2
7.4	Удовлетворенность результатами последнего повышения квалификации	-2	-1	0	1	2
7.5	Необходимость внедрения в школе/колледже системы наставничества	-2	-1	0	1	2
7.6	Налаженность системы взаимодействия с другими учреждениями системы образования, здравоохранения и др.	-2	-1	0	1	2
7.7	Наличие в школе/колледже системы стимулирования и поощрения преподавателя по результатам участия в научно-исследовательской, творческой деятельности	-2	-1	0	1	2
8	Социально-психологический климат в коллективе					
8.1	В школе/колледже комфортно	-2	-1	0	1	2
8.2	Удовлетворенность качеством личных контактов с коллегами	-2	-1	0	1	2
8.3	Значимость оценки профессиональной деятельности коллегами	-2	-1	0	1	2
8.4	Наличие моральной поддержки со стороны коллег	-2	-1	0	1	2
8.5	Необходимость быть полезным и востребованным в своем коллективе	-2	-1	0	1	2

Благодарим Вас за проделанную работу!

Исследование мотивационной основы педагогической деятельности (по Н. В. Солнцевой в интерпретации Н. Н. Малярчук и Т. Н. Ле-ван)

Инструкция. Оцените утверждения (используя любой знак – «→», «+» или другой), определив, важны ли эти позиции для Вашей профессиональной деятельности, являются ли они для Вас мотивом нахождения в профессии.

Но-мер п/п	Утверждение	Важно	Не-важно
1.1	В результате моей работы школьники становятся лучше		
1.2	Работа учителя предоставляет возможность глубже познать внутренний мир другого человека		
1.3	Работа мне приносит радость		
1.4	Я поддерживаю своих учеников и симпатизирую им		
1.5	Мне нравится проводить с детьми различные мероприятия		
	<i>Итого</i>		
2.1	Мне нравится участвовать в этой работе, потому что у меня есть способности к ней		
2.2	Приятно ощущать себя нужным детям		
	<i>Итого</i>		
3.1	Выполняя данную работу, я пользуюсь уважением коллег		
3.2	Я люблю, чтобы слушались и подчинялись		
3.3	Мне не хватает детей, общения с ними		
3.4	В этой работе мне легче всего добиться успеха		
3.5	Я выполняю эту работу потому, что мне ее поручили		
3.6	Моя работа одобряется коллегами		
3.7	Оказывая воспитательное воздействие на других, я совершенствую себя как личность		
3.8	Участвуя в данной работе, я нахожусь в центре внимания		
	<i>Итого</i>		

Преобладание потребностей I и II группы указывает на объективное участие педагога в сохранении, поддержании и развитии духовного, душевного и телесного здоровья школьников. Преобладание мотивов III группы указывает на риск того, что педагог может в той или иной мере прямо или косвенно создавать здоровьеразрушающую среду.

Расшифровка утверждений:

I группа	
В результате моей работы школьники становятся лучше	<i>Потребность в социофилии (альтруизме)</i>
Работа учителя предоставляет возможность глубже познать внутренний мир другого человека	<i>Потребность в понимании</i>
Работа мне приносит радость	<i>Потребность в аффилиации</i>
Я поддерживаю своих учеников и симпатизирую им	<i>Потребность в покровительстве</i>
Мне нравится проводить с детьми различные мероприятия	<i>Потребность в покровительстве</i>
II группа	
Мне нравится участвовать в этой работе, потому что у меня есть способности к ней	<i>Потребность в достижении</i>
Приятно ощущать себя нужным детям	<i>Потребность в уважении</i>
III группа	
Выполняя данную работу, я пользуюсь уважением коллег	<i>Потребность в признании</i>
Я люблю, чтобы слушались и подчинялись	<i>Потребность в доминировании</i>
Мне не хватает детей, общения с ними	<i>Потребность в зависимости</i>
В этой работе мне легче всего добиться успеха	<i>Потребность в избегании неудач</i>
Я выполняю эту работу потому, что мне ее поручили	<i>Потребность в порядке (повиновении)</i>
Моя работа одобряется коллегами	<i>Потребность в одобрении коллег и руководства</i>
Оказывая воспитательное воздействие на других, я совершенствую себя как личность	<i>Потребность в нарциссизме (эгоизме)</i>
Участвуя в данной работе, я нахожусь в центре внимания	<i>Потребность в привлечении внимания</i>

**Анкета «Валеологический самоанализ учителя»
(автор Н. Н. Малярчук)**

Дата заполнения анкеты _____

Ф.И.О. _____

Возраст _____ Место жительства _____

Стаж работы в образовательной организации _____

1. Какое у Вас здоровье и как Вы о нем заботитесь?

Болели ли Вы в последние полгода? Если болели, перечислите заболевания _____

Сколько дней Вы болели (в среднем)? _____

Что было причиной Ваших болезней? _____

Как Вы считаете, хорошо ли Вы заботитесь о своем организме? (*обведите один ответ: «да», «нет», «не очень»*)

Как Вы заботитесь о состоянии своего здоровья?

2. Удовлетворены ли Вы жизнью? (выберите ответ: «да», «нет», «не очень»):

жизнью вообще – _____

жизнью на работе – _____

жизнью в семье – _____

3. Какое настроение чаще всего у Вас бывает в школе? Отметьте, пожалуйста, «галочкой» из каждой пары состояний то, которое у Вас бывает чаще.

весело – грустно

интересно – не интересно

стараюсь – не стараюсь

волнуюсь – не волнуюсь

устаю – не устаю

радуюсь – огорчаюсь

легко – трудно

Я победитель – Я проигравший

чувствую подавленность – испытываю душевный подъем

Подумайте о причинах такого состояния. Как можно улучшить свое настроение? _____

4. Ваше отношение к «вредным привычкам»:

Знаете ли Вы, что такое наркотические вещества? Это – _____

Курите ли Вы? Отметьте, пожалуйста, «галочкой»:

да нет

Употребляете ли Вы спиртные напитки? Отметьте «галочкой»:

нет по праздникам чаще, чем по праздникам

5. Закончите, пожалуйста, начатые предложения:

Индивидуальное здоровье – это _____

Здоровье мне необходимо, потому что _____

Здоровый образ жизни – это _____

Здоровьесберегающие технологии – это _____

Культура здоровья личности – это _____

Культура здоровья педагога – это _____

Определение уровня сформированности здоровьеориентированной личностной позиции обучающихся (по А. Г. Маджуге в интерпретации Н. В. Третьяковой)

Уважаемый обучающийся! Для выявления уровня сформированности здоровьеориентированной личностной позиции Вам необходимо оценить ее по четырехбалльной шкале, где высшему уровню соответствует цифра 4, а низшему – 1. Обведите кружком ту цифру, которая наиболее полно, на Ваш взгляд, отражает Ваш уровень здоровьеориентированной личностной позиции. В каждом блоке даны характеристики низшего уровня (слева от шкалы) и высшего уровня (справа от шкалы).

<i>Мотивация овладения культурой здоровья</i>		
Состав мотивации в основном представлен мотивами вынужденности (плохое самочувствие после перенесенной болезни, травмы; требования родителей, близких, врачей). Интересы к культуре здоровья нет, возникает в отдельных ситуациях (интерес к фактам, открытиям в области здоровья, здорового образа жизни, нетрадиционным методам оздоровления). Ответственность проявляется в ситуациях явной необходимости. Культура здоровья не имеет большого смысла	1 2 3 4	Страстная вера в неограниченные возможности человека, в долгую, плодотворную, творчески-созидательную, яркую жизнь; убежденность в том, что возрождение нации возможно через приобщение к культуре здоровья. Это становится главным смыслом в жизни и деятельности, что поднимает мотивацию на уровень страстной увлеченности культурой здоровья
<i>Отношение к ценностям культуры здоровья</i>		
Отношение к здоровью, к здоровому образу жизни узко прагматичное, обывательски приземленное. Необходимость заниматься своим здоровьем, вести здоровый образ жизни признается лишь в целях обеспечения жизненного комфорта. Приоритетными являются ценности, не связанные со здоровьем. Безразличное отношение к ценностям культуры здоровья	1 2 3 4	Признание приоритета ценностей культуры здоровья: здоровье, здоровый человек, здоровый образ жизни, придание им статуса личностных смыслов. Ярко выражено личностное, положительное эмоционально-оценочное отношение к ценностям культуры здоровья

Продолжение таблицы

<i>Активность личности в овладении культурой здоровья</i>		
Активность в приобщении к культуре здоровья минимальна, проявляется только в момент вынужденности. По большому счету, характерны пассивность, безынициативность в овладении культурой здоровья	1 2 3 4	Стремление овладения культурой здоровья слито с потребностью, с желанием передавать свой опыт окружающим. Деятельность все больше становится креативной, осуществляется выход за рамки установленных образцов и правил
<i>Качество здоровьеориентированных знаний</i>		
Знания невелики по объему, поверхностные, отрывочные, бессистемные; осведомленность в самых общих вопросах, владение понятиями слабое	1 2 3 4	Знания отличаются большой глубиной, системностью, действенностью
<i>Качество здоровьеориентированных умений и навыков</i>		
Выполнение только в ситуациях строгого контроля, принуждения или из стремления к подражанию знакомым, друзьям, родителям. Характерно отсутствие автоматизма в действиях	1 2 3 4	Характерно регулярное, добросовестное использование здоровьеориентированных умений и навыков; они становятся автоматическими, достигают максимального уровня развития. Активное участие в здоровьеориентированных мероприятиях, оказание помощи в соответствующих ситуациях (травмы, несчастные случаи), профилактика заболеваний, строгое соблюдение режима, здоровьеориентированных требований вошли в привычку, стали стилем жизни
<i>Характер здоровьеориентированной деятельности</i>		
Преобладает репродуктивный подход к здоровьеориентированной деятельности, характерно точное следование типовым разработкам, рекомендациям, указаниям. Отсутствует стремление к самообразованию	1 2 3 4	Для здоровьеориентированной деятельности характерны творческий, эвристический подход, самостоятельность, стремление к оригинальным нестандартным способам здоровотворческой деятельности, к самообразованию
<i>Рефлексия становления культуры здоровья</i>		
Рефлексия культуры здоровья не проявляется ни в знании и понимании субъектом самого себя, ни в выяснении того, как другие понимают рефлексизирующего, его личност-	1 2 3 4	Рефлексия, адекватная культуре здоровья, здоровьеориентированным знаниям, умениям, навыкам, здоровому способу и образу жизни, ведет к перестройке схемы пове-

ные особенности, эмоциональные реакции и когнитивные представления в пространстве культуры здоровья, не отражает опыт по ее присвоению		дения, проявлению в сознании механизмов и нормативов сознательного контроля над процессом сбора здоровьеориентированной информации, появлению способности к критическому анализу получаемых сведений и их оценке
--	--	--

Оценка результатов. При подсчете среднего балла по всем 7 блокам определяется средний показатель, характеризующий уровень сформированности здоровьеориентированной личностной позиции обучающихся.

Характеристика уровней сформированности здоровьеориентированной личностной позиции:

Творческий (IV) уровень: полное и ясное осознание здорового образа жизни как моральной категории; эмоционально-ценностное отношение к своему здоровью; актуальны мотивы самосовершенствования, самореализации; стремление к рефлексии, психологическая готовность и ориентация на сохранение здоровья, стремление реализовать индивидуальный опыт здоровьеориентированной деятельности (23–28 баллов).

Репродуктивно-творческий (III) уровень: неполное осознание здорового образа жизни в качестве ценностной ориентации; личностная оценка своего здоровья проявляется слабо; эмоционально-ценностное отношение выражено, но не ярко и не во всех случаях; проявляется стремление к рефлексивному осознанию своей деятельности; в ценностно-ориентированную деятельность часто вовлекается благодаря внешнему воздействию, хотя наблюдается положительная мотивация этой деятельности (16–22 балла).

Репродуктивный (II) уровень: поверхностные представления о здоровом образе жизни; отношение к здоровью проявляется на эмоционально-чувственном уровне; стремление к рефлексивному осознанию действительности проявляется нерегулярно; участие в ценностно-ориентированной деятельности осуществляется под влиянием внешнего воздействия, без проявления положительной мотивации (15–21 балл).

Адаптивный (I) уровень: элементарные отрывочные представления о здоровом образе жизни; эмоционально-ценностное отношение к здоровью не проявляется; стремление к рефлексивному осмыслению отсутствует; преобладают мотивы формального исполнения принципов здорового образа жизни; наблюдается пассивно-созерцательное и прагматичное отношение к действительности (7–14 баллов).

Мониторинг здоровья и физической подготовленности обучающихся (авторы Т. Н. Ле-ван, Е. С. Осокина)

Положение о мониторинге здоровья и физической подготовленности обучающихся

1. Мониторинг здоровья и физической подготовленности обучающихся (далее – Мониторинг) был разработан для системной оценки Министерством образования и науки Российской Федерации деятельности образовательных организаций в области сохранения и укрепления здоровья обучающихся и может быть использован для ежегодной внутренней оценки образовательными организациями качества своей деятельности по данному направлению.

2. Мониторинг представляет собой систему сбора, систематизации и анализа данных о состоянии здоровья и уровне физической подготовленности детей и подростков, обучающихся в образовательных организациях общего образования (далее – обучающихся), и влияющих на них факторах.

3. Мониторинг проводится на базе образовательных организаций общего образования субъектов Российской Федерации (далее – образовательных организаций).

4. Целью Мониторинга является получение информации, необходимой для принятия обоснованных управленческих решений по сохранению и укреплению здоровья обучающихся и повышению уровня их физической подготовленности.

5. В задачи Мониторинга входят:

1) комплексная оценка состояния здоровья и уровня физической подготовленности обучающихся;

2) выявление факторов риска нарушения здоровья обучающихся;

3) анализ здоровьесберегающего потенциала образовательных организаций как агентов сохранения и укрепления здоровья обучающихся и их физического воспитания.

6. Мониторинг охватывает следующие проблемы:

1) физическое здоровье обучающихся;

2) психическое и социальное здоровье обучающихся;

3) уровень физической подготовленности обучающихся;

4) факторы, оказывающие влияние на здоровье и уровень физической подготовленности:

- а) занятия физической культурой и спортом;
- б) образ жизни обучающихся (двигательный режим, режим дня, питание, досуговая деятельность, употребление психоактивных веществ);
- в) личностная позиция обучающихся по отношению к здоровью;
- г) учебная нагрузка и особенности организации образовательного процесса в образовательных организациях;
- д) меры по здоровьесбережению обучающихся в образовательных организациях (оптимизация двигательного режима в течение учебного дня, реализация образовательных программ здоровьесформирующей направленности, проведение мероприятий по продвижению здорового образа жизни, медицинское обслуживание, соблюдение санитарно-эпидемиологических правил и нормативов и др.).

7. Мониторинг ориентирован на решение следующих задач:

- 1) прогнозирование состояния физического, психического и социального здоровья обучающихся;
- 2) организация мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья обучающихся, гармоничное физическое развитие, формирование у обучающихся культуры здорового образа жизни и здоровьесберегающего поведения;
- 3) оптимизация учебно-воспитательного процесса и физкультурно-оздоровительной деятельности образовательных организаций;
- 4) развитие здоровьесберегающего потенциала образовательных организаций.

8. Образовательные организации осуществляют:

- 1) сбор и обработку информации по установленной форме Мониторинга в соответствии с Методическими рекомендациями по организации и проведению Мониторинга здоровья обучающихся в образовательных организациях;
- 2) формирование единой базы данных Мониторинга;
- 3) проведение анализа данных и подготовку информационно-аналитических материалов по результатам Мониторинга.

Методические рекомендации по организации и проведению Мониторинга здоровья и физической подготовленности обучающихся в образовательных организациях

1. Исполнители Мониторинга

1. Руководитель образовательной организации является ответственным за организацию и проведение Мониторинга в образовательной организации.

2. Руководитель образовательной организации осуществляет:

1) информирование работников образовательной организации о проведении Мониторинга;

2) назначение ответственного исполнителя Мониторинга;

3) обеспечение ответственного исполнителя методическими материалами для проведения Мониторинга;

4) установление и контроль сроков проведения Мониторинга;

5) контроль полноты, точности и достоверности предоставляемых данных.

3. Ответственным исполнителем может быть назначен любой руководящий, педагогический или медицинский работник образовательной организации.

4. Ответственный исполнитель осуществляет:

1) распределение обязанностей исполнителей в соответствии с Порядком вычисления показателей Мониторинга (прил. А);

2) предоставление исполнителям методических материалов для проведения Мониторинга;

3) передачу исполнителям списков обучающихся, участвующих в Мониторинге;

4) планирование и обеспечение проведения оценки уровня физической подготовленности обучающихся;

5) планирование и обеспечение проведения анкетирования обучающихся по вопросам соблюдения принципов здорового образа жизни и личностной позиции в отношении здоровья (далее – анкетирования);

6) координацию и контроль деятельности исполнителей;

7) сбор показателей Мониторинга, вычисленных исполнителями;

8) вычисление показателей Мониторинга в соответствии с Порядком вычисления показателей Мониторинга (см. прил. А).

5. В число исполнителей входят медицинский работник, классные руководители, педагог-психолог, учитель физической культуры, заместитель

директора (по учебной и/или воспитательной работе); при необходимости к проведению Мониторинга могут быть привлечены другие работники образовательной организации.

6. Исполнители осуществляют:

1) вычисление показателей мониторинга в соответствии с Порядком вычисления показателей Мониторинга (см. прил. А);

2) проведение анкетирования обучающихся;

3) передачу вычисленных показателей ответственному исполнителю.

7. Классные руководители помимо вышеописанных функций исполнителей осуществляют:

1) информирование обучающихся и родителей (законных представителей) о проведении Мониторинга;

2) получение информированного добровольного согласия на сбор и обработку информации об обучающихся в рамках Мониторинга (далее – информированного согласия);

3) формирование списков обучающихся, участвующих в Мониторинге, и передачу их ответственному исполнителю;

4) организацию анкетирования и первичную обработку результатов.

8. Учитель физической культуры помимо вышеописанных функций исполнителей осуществляет проведение оценки уровня физической подготовленности обучающихся.

9. Медицинский работник помимо вышеописанных функций исполнителей осуществляет принятие решений о допуске обучающихся к оценке уровня физической подготовленности и наблюдение за проведением испытаний.

II. Порядок организации и проведения Мониторинга

1. Организация и проведение Мониторинга включают следующие этапы:

1) проведение педагогического совета:

- информирование работников образовательной организации о проведении Мониторинга;

- создание рабочей группы по проведению Мониторинга;

- обсуждение вопросов организации Мониторинга;

2) проведение родительских собраний:

- информирование родителей (законных представителей) о проведении Мониторинга;

- получение информированного согласия родителей (законных представителей) обучающихся, не достигших возраста 15 лет;

- 3) проведение классных собраний:
 - информирование обучающихся о проведении Мониторинга;
 - получение информированного согласия обучающихся, достигших возраста 15 лет;
- 4) формирование списков обучающихся, участвующих в Мониторинге;
- 5) проведение Мониторинга:
 - обработка данных документации образовательной организации и вычисление соответствующих показателей Мониторинга;
 - проведение оценки уровня физической подготовленности обучающихся, обработка результатов и вычисление соответствующих показателей Мониторинга;
 - проведение анкетирования обучающихся, обработка результатов и вычисление соответствующих показателей Мониторинга.
- б) заполнение формы Мониторинга.

III. Получение информированного добровольного согласия на сбор и обработку информации об обучающихся в рамках Мониторинга

1. Сбор и обработка информации об обучающихся в рамках Мониторинга (далее – участие обучающихся в Мониторинге) осуществляется при наличии информированного согласия:

1) родителей (законных представителей) – для обучающихся, не достигших возраста 15 лет;

2) самих обучающихся – для обучающихся, достигших возраста 15 лет.

2. Во всех классах, независимо от возраста обучающихся, перед началом Мониторинга классным руководителям необходимо провести родительские и классные собрания с целью информирования о проведении Мониторинга. Должны быть отмечены следующие моменты:

1) Мониторинг организуется Министерством образования и науки Российской Федерации совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации и Министерством спорта Российской Федерации;

2) целью Мониторинга является получение информации, необходимой для разработки государственных мер по сохранению и укреплению здоровья детей и подростков, повышения уровня их физической подготовленности;

3) Мониторинг будет проведен в соответствии с методическими рекомендациями, разработанными Министерством образования и науки Российской Федерации;

4) в ходе Мониторинга будут обработаны документация медицинского работника и педагога-психолога и информация об успеваемости обучающихся по предмету «Физическая культура», проведен анализ планов учебной и воспитательной работы образовательной организации и деятельности по здоровьесбережению обучающихся;

5) в рамках Мониторинга в урочное время будут проведены оценка уровня физической подготовленности с использованием физкультурных тестов, предусмотренных Всероссийским физкультурно-спортивным комплексом «Готов к труду и обороне» (ГТО), и анонимное анкетирование обучающихся по вопросам соблюдения принципов здорового образа жизни и личностной позиции по отношению к здоровью;

6) списки обучающихся, принявших участие в Мониторинге, не будут переданы третьим лицам;

7) персональные сведения об обучающихся не будут разглашены;

8) все данные будут обобщены: на их основании будут вычислены суммарные показатели по образовательной организации.

3. На родительских собраниях родителям (законным представителям) обучающихся, не достигших возраста 15 лет, должны быть предоставлены формы информированного согласия для ознакомления и подписания. Если родители (законные представители) не имеют возможности присутствовать на собрании, классные руководители должны проинформировать их в индивидуальном порядке и передать им формы информированного согласия. Обучающийся не принимает участие в Мониторинге при отказе родителей (законных представителей) от его участия в Мониторинге или невозможности связаться с ними.

4. На классных собраниях обучающимся, достигшим возраста 15 лет, должны быть предоставлены формы информированного согласия для ознакомления и подписания.

5. На основе подписанных форм информированного согласия классные руководители формируют списки обучающихся, участвующих в Мониторинге, и передают их ответственному исполнителю.

6. Ответственный исполнитель обеспечивает всех исполнителей списками обучающихся, участвующих в Мониторинге.

7. Подписанные формы информированного согласия хранятся в образовательной организации в течение 6 месяцев со дня окончания Мониторинга.

IV. Вычисление показателей Мониторинга

1. Вычисление показателей Мониторинга проводится согласно Порядку вычисления показателей Мониторинга (см. прил. А); показатели вычисляются для классов каждой параллели (1–11-е классы) (прил. Б, табл. 1) и для всей образовательной организации (прил. Б, табл. 2).

2. Показатели вычисляются на основе информации об обучающихся, входящих в списки участвующих в Мониторинге.

3. Вычисление показателей осуществляют соответствующие исполнители, указанные в Порядке вычисления показателей Мониторинга, или иные исполнители при предоставлении им необходимой документации образовательной организации.

4. Для вычисления показателей Мониторинга 1.3–1.13, 2.2, 2.3 используются данные периодического медицинского осмотра, проведенного в образовательной организации в предыдущем учебном году, а также отчетная документация медицинского работника и педагога-психолога за предыдущий учебный год (с сентября по май). Рассматривается информация об обучающихся, обучавшихся в предыдущем учебном году в 1–10-х классах. При внесении данных показателей в форму Мониторинга учитывается, что обучающиеся перешли в следующий класс (т. е. в текущем учебном году обучаются во 2–11-х классах). Например, показатели, вычисленные на основе информации об обучающихся, обучавшихся в предыдущем учебном году в 1-м классе, вносятся в графу «2-й класс» в форме Мониторинга и т. д. Соответственно, графа «1-й класс» в форме Мониторинга для данных показателей не заполняется.

5. Показатели 2.2, 2.3 вычисляются только при наличии педагога-психолога в образовательной организации. При отсутствии педагога-психолога в соответствующих графах ставится «нет».

6. Для вычисления показателей 3.1.1–3.6.20 проводится оценка уровня физической подготовленности обучающихся (разд. V настоящих Методических рекомендаций). Показатели 3.5.11–3.5.15 могут быть вычислены только для 7–11-х классов, показатели 3.6.11–3.6.20 – только для 5–11-х классов.

7. Для вычисления показателя 4.1.2 используются итоговые оценки по физической культуре за предыдущий учебный год. Рассматривается информация об обучающихся, обучавшихся в предыдущем учебном году в 1–10-х классах. При внесении данных показателей в форму Мониторинга учитывается, что обучающиеся перешли в следующий класс (т. е. в теку-

щем учебном году обучаются во 2–11-х классах). Например, показатели, вычисленные на основе информации об обучающихся, обучавшихся в предыдущем учебном году в 1-м классе, вносятся в графу «2-й класс» в форме Мониторинга и т. д. Соответственно, графа «1-й класс» в форме Мониторинга для данного показателя не заполняется.

8. Для вычисления показателей 2.4–2.7, 4.1.3–4.1.7, 4.2.1–4.2.11, 4.3.1–4.3.6 проводится анкетирование обучающихся (разд. VI настоящих Методических рекомендаций). При вычислении показателей 4.1.3, 4.1.6, 4.1.7, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.4, 4.2.5 необходимо обратить внимание, что формулы расчета для разных параллелей различаются.

9. Для вычисления показателей 4.5.6–4.5.8, 4.5.18 используются отчеты о воспитательной работе за предыдущий учебный год (с сентября по май). Рассматривается информация обо всех (1–11-х) классах. При внесении показателей 4.5.6–4.5.8 в форму Мониторинга не учитывается, что обучающиеся перешли в следующий класс. Вычисленные показатели для всех классов вносятся в одноименные графы. Соответственно, для данных показателей заполняются все графы.

10. Для показателей 4.5.15, 4.5.16 информация о 1–11-х классах объединяется.

11. Для вычисления показателей 4.5.13, 4.5.14 берутся данные за 5 лет (с 2010 г. по 2014 г.).

12. Для вычисления остальных показателей используется документация образовательной организации на текущий учебный год: документация медицинского работника и педагога-психолога, классные журналы, учебные планы, планы воспитательной работы, программы воспитания и социализации, рабочие программы по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни и др.

13. Показатели, отмеченные знаком «^о» в Порядке вычисления показателей Мониторинга (например, «4.1.2^о»), вычисляются в два этапа. На первом этапе классные руководители вычисляют показатели по классам и передают их ответственному исполнителю. На втором этапе ответственный исполнитель вычисляет результирующие показатели по параллелям 1–11-х классов на основе данных, предоставленных классными руководителями. В форму Мониторинга вносятся показатели, вычисленные ответственным исполнителем.

14. Показатели, отмеченные знаком «?» в Порядке вычисления показателей Мониторинга (например, «4.5.16?»), предполагают текстовое описание.

V. Проведение оценки уровня физической подготовленности обучающихся

1. В оценке уровня физической подготовленности принимают участие обучающиеся 1–11-х классов, входящие в списки участвующих в Мониторинге и не имеющие освобождения от занятий физической культурой на момент проведения оценки.

2. Оценка уровня физической подготовленности проводится в каждом классе во время урока физической культуры учителем физической культуры под наблюдением медицинского работника.

3. Оценка уровня физической подготовленности включает выполнение обучающимися видов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (далее – Комплекса ГТО). Используются виды испытаний (тесты) Комплекса ГТО (см. прил. Б) соответствующих ступеней:

- 1–2-е классы – виды испытаний (тесты) 1-й ступени Комплекса ГТО;
- 3–4-е классы – виды испытаний (тесты) 2-й ступени Комплекса ГТО;
- 5–6-е классы – виды испытаний (тесты) 3-й ступени Комплекса ГТО;
- 7–9-е классы – виды испытаний (тесты) 4-й ступени Комплекса ГТО;
- 10–11-е классы – виды испытаний (тесты) 5-й ступени Комплекса ГТО.

4. Каждый обучающийся проходит четыре обязательных теста (прил. Б, табл. 1, тесты № 1–4) и не менее двух тестов по выбору (прил. Б, табл. 2, тесты № 5–11).

5. Тест № 7 может быть проведен только в 7–11-х классах, тесты № 10, 11 – только в 5–11-х классах.

6. Оценка уровня физической подготовленности организуется в соответствии с Методическими рекомендациями по организации проведения видов испытаний (тестов), входящих во Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс «Готов к труду и обороне» (ГТО), и Методическими рекомендациями по выполнению видов испытаний (тестов), входящих во Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс «Готов к труду и обороне» (ГТО), одобренными на заседании координационной комиссии Министерства спорта РФ по введению и реализации Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (протокол № 1 от 23 июля 2014 года, п. II/1).

7. Уровень физической подготовленности обучающихся определяется согласно Государственным требованиям к уровню физической подготовленности населения при выполнении нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО), утвержденным приказом Минспорта России от 8 июля 2014 г. № 575, с учетом ступени Комплекса ГТО и пола обучающихся.

8. По каждому тесту в отдельности обучающиеся относятся к одной из четырех групп в соответствии с показанными результатами: выполнившие нормативы на золотой знак отличия, на серебряный знак отличия, на бронзовый знак отличия и участвовавшие в испытании, но не выполнившие нормативы.

9. На основе результатов оценки физической подготовленности обучающихся учитель физической культуры вычисляет показатели Мониторинга в соответствии с Порядком вычисления показателей Мониторинга (см. прил. А, Б) и передает их ответственному исполнителю, а также сообщает количество обучающихся, принявших участие в оценке.

VI. Проведение анкетирования обучающихся

1. В анкетировании принимают участие обучающиеся 1–11-х классов, входящие в списки участвующих в Мониторинге.

2. Анкетирование проводится в каждом классе в групповой форме педагогическим работником, не являющимся классным руководителем в данном классе, или педагогом-психологом.

3. Классные руководители не должны присутствовать в своих классах перед началом и при проведении анкетирования в целях минимизации эффекта социальной желательности.

4. Рекомендуется проводить анкетирование во время последнего урока. Обучающиеся, не входящие в списки участвующих в Мониторинге, не должны находиться в классе во время анкетирования.

5. Бланки анкеты распечатываются на чистых листах и раздаются обучающимся.

6. Анкетирование является анонимным: обучающиеся не подписывают бланки анкеты.

7. Работники, проводящие анкетирование, должны дать необходимые разъяснения и оказывать помощь в заполнении анкеты обучающимся, испытывающим трудности.

8. Обучающиеся 1–4-х классов требуют особого внимания. В данных классах классным руководителям перед проведением анкетирования реко-

мендуется провести с обучающимися подготовительные занятия, посвященные самоанализу режима дня и двигательного режима. Обучающиеся могут делать предварительные записи, соответствующие тематике анкетирования (в том числе при содействии родителей), и использовать их при заполнении анкеты.

9. Во время анкетирования обучающиеся не должны свободно перемещаться по классу, общаться друг с другом.

10. Работники, проводящие анкетирование, в отсутствие обучающихся передают заполненные анкеты классным руководителям для первичной обработки результатов в соответствии с Порядком вычисления показателей Мониторинга (см. прил. А, Б).

11. На основе данных анкетирования классные руководители вычисляют средние показатели по классам в соответствии с Порядком вычисления показателей Мониторинга (см. прил. А, Б) и передают их ответственному исполнителю, а также сообщают количество обучающихся, принявших участие в анкетировании.

Порядок вычисления показателей Мониторинга здоровья и физической подготовленности обучающихся

Предварительно сделаем несколько общих замечаний по порядку вычисления показателей Мониторинга, обозначенных в табл. 1, 2.

Под количеством обучающихся (в классе, в классах каждой параллели) при вычислении показателей понимается количество обучающихся, информация о которых собрана и обработана в ходе Мониторинга (согласно спискам обучающихся, участвующих в Мониторинге) (показатель 0.1). Данное количество может не соответствовать общей численности обучающихся.

Условные обозначения в табл. 1, 2:

Столбец «Номер показателя»:

° – показатели, вычисляемые в 2 этапа (классными руководителями и ответственным исполнителем)

□ – показатели, предполагающие текстовое описание.

Столбец «Порядок вычисления»:

* – знак умножения;

/ – знак деления.

Таблица 1

Показатели, вычисляемые для каждой параллели (1–11-е классы)

Номер показателя	Показатель	Исполнители	Порядок вычисления
1	2	3	4
0	<i>Общая информация об обучающихся</i>		
0.1	Количество обучающихся, чел.	Классные руководители	Количество обучающихся в классе, информация о которых собрана и обработана в ходе Мониторинга (согласно списку обучающихся, участвующих в Мониторинге)
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
0.2	Количество классов в параллели, ед.	Ответственный исполнитель	Количество классов в каждой параллели
0.3°	Средний возраст обучающихся, лет	Классные руководители	Сумма возрастов всех обучающихся класса, принявших участие в Мониторинге / Количество обучающихся, принявших участие в Мониторинге, в классе
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
0.4°	Количество участников анкетирования по вопросам соблюдения принципов здорового образа жизни и личностной позиции по отношению к здоровью, чел.	Классные руководители	Количество обучающихся в классе, принявших участие в анкетировании
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели
0.5°	Количество участников оценки уровня физической подготовленности, чел.	Учитель физической культуры	Количество обучающихся в классах каждой параллели, принявших участие в оценке уровня физической подготовленности
<i>1</i>	<i>Физическое здоровье обучающихся</i>		
1.1.1 1.1.2 1.1.3 1.1.4 1.1.5	Доли обучающихся, отнесенных к разным группам состояния здоровья, %: • I группа • II группа • III группа • IV группа • V группа	Медицинский работник	Количество обучающихся с каждой группой здоровья в классах каждой параллели / Общее количество обучающихся в классах каждой параллели * 100
	Доли обучающихся, отнесенных к разным группам для занятий физической культуры	Медицинский работник	Количество обучающихся с каждой медицинской группой для занятий физической культурой в классах каждой параллели / Общее количество обучающихся в классах каждой параллели

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
1.2.1 1.2.2 1.2.3 1.2.4 1.2.4	зической культурой, %: • I группа (основная) • II группа (подготовительная) • III группа (специальная «А») • IV группа (специальная «Б») • Не допущены к занятиям физической культурой		количество обучающихся в классах каждой параллели * 100
1.3.1 1.3.2 1.3.3 1.3.4 1.3.5 1.3.6	Доли обучающихся, имеющих хронические заболевания, % • Всего • Болезни опорно-двигательного аппарата • Болезни системы кровообращения • Болезни органов дыхания • Болезни желудочно-кишечного тракта • Болезни глаза и его придаточного аппарата	Медицинский работник	Количество обучающихся, имеющих хронические заболевания (всего и отдельных указанных типов), в классах каждой параллели / Общее количество обучающихся в классах каждой параллели * 100
1.4.1	Доли обучающихся, имеющих различный характер физического развития, %: • Нормальное физическое развитие	Медицинский работник	Количество обучающихся с характером физического развития каждого типа в классах каждой параллели / Общее количество обучающихся в классах каждой параллели * 100

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
1.4.2	• Дефицит массы тела		
1.4.3	• Избыток массы тела		
1.4.4	• Низкий рост		
1.4.5	• Высокий рост		
1.5	Доля обучающихся, имевших медицинские отводы от профилактических прививок в предыдущем учебном году, %	Медицинский работник	Количество обучающихся, имевших медицинские отводы от профилактических прививок в предыдущем учебном году, в классах каждой параллели / Общее количество обучающихся в классах каждой параллели * 100
1.6	Доля обучающихся, привитых в соответствии с национальным календарным планом профилактических прививок в предыдущем учебном году, %	Медицинский работник	Количество обучающихся, привитых в соответствии с национальным календарным планом профилактических прививок в классах каждой параллели / Общее количество обучающихся в классах каждой параллели * 100
1.7	Общее количество случаев заболеваний за предыдущий учебный год, ед.	Медицинский работник	Суммарное количество зарегистрированных справок о временной нетрудоспособности, записок от родителей о пропусках занятий по причине плохого самочувствия в классах каждой параллели
1.8	Среднее количество случаев заболеваний на 1 учащегося за предыдущий учебный год, ед. / чел.	Медицинский работник	Общее количество случаев заболеваний за учебный год в классах каждой параллели (показатель 1.7) / Общее количество обучающихся в классах каждой параллели * 100
1.9	Средняя продолжительность одного случая заболевания в предыдущем учебном году, дней	Медицинский работник	Суммарное количество дней всех случаев заболеваний в классах каждой параллели / Общее количество случаев заболеваний в классах каждой параллели

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
1.10	Доля обучающихся, часто болевших в предыдущем учебном году %	Медицинский работник	Количество обучающихся, имеющих 4 и более случаев заболеваний за учебный год, в классах каждой параллели / Общее количество обучающихся в классах каждой параллели * 100
1.11	Доля обучающихся, не болевших в течение предыдущего учебного года, %	Медицинский работник	Количество обучающихся, не имеющих ни одного случая заболеваний, в классах каждой параллели / Общее количество обучающихся в классах каждой параллели * 100
1.12.1 1.12.2 1.12.3 1.12.4 1.12.5	Количество зафиксированных заболеваний в предыдущем учебном году, ед.: • Всего (общее количество) • Острые инфекционные и паразитарные заболевания • Острые неинфекционные заболевания • Острые случаи хирургической патологии • Травмы и отравления	Медицинский работник	Количество различных заболеваний (всего и отдельных указанных типов) среди всех случаев заболеваний в классах каждой параллели
1.13	Количество случаев школьного травматизма за предыдущий учебный год, ед.	Медицинский работник	Суммарное количество травм, полученных обучающимися во время пребывания в образовательной организации, в классах каждой параллели
2	<i>Психическое и социальное здоровье обучающихся</i>		
2.1	Доля обучающихся, стоящих на учете в психоневро-	Медицинский работник	Количество обучающихся, стоящих на учете в психоневрологическом и наркологическом диспансерах,

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
	логическом или наркологическом диспансере, %		в классах каждой параллели / Общее количество обучающихся в классах каждой параллели * 100
2.2	Доля обучающихся, получивших индивидуальные консультации педагога-психолога по направлению педагогического работника в предыдущем учебном году, %	Педагог-психолог	Вычисляется при наличии педагога-психолога в образовательной организации Количество обучающихся, получивших индивидуальные консультации педагога-психолога по направлению педагогического работника, в классах каждой параллели / Общее количество обучающихся в классах каждой параллели * 100
2.3	Доля обучающихся, получивших индивидуальные консультации педагога-психолога по собственному желанию в предыдущем учебном году, %	Педагог-психолог	Вычисляется при наличии педагога-психолога в образовательной организации Количество обучающихся, получивших индивидуальные консультации педагога-психолога по собственному желанию, в классах каждой параллели / Общее количество обучающихся в классах каждой параллели * 100
2.4°	Доля обучающихся, испытывающих трудности во взаимодействии с одноклассниками и другими обучающимися образовательной организации, %	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 15: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «Трудности возникают часто» / Количество участников анкетирования в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
2.5°	Доля обучающихся, испытывающих трудности во взаимодействии с педагогическими работниками образовательной организации, %	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 16: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «Трудности возникают часто» / Количество участников анкетирования в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
		полнитель	ми классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
2.6°	Доля обучающихся, испытывающих трудности во взаимодействии с родителями, %	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 17: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «Трудности возникают часто» / Количество участников анкетирования в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
2.7 °	Доля обучающихся, испытывающих по отношению к школе преимущественно отрицательные эмоции, %	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 18: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «В основном отрицательные» / Количество участников анкетирования в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
3	<i>Уровень физической подготовленности обучающихся</i>		
3.1	<i>Уровень развития скоростных возможностей</i>		
3.1.1 3.1.2 3.1.3	Доли обучающихся, показавших следующие результаты в испытаниях теста № 1, %:	Учитель физической культуры	Количество обучающихся классов каждой параллели, показавших в испытаниях теста № 1 указанные результаты / Общее количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели * 100
	• Выполнили нормативы на золотой знак отличия		
	• Выполнили нормативы на серебряный знак отличия		
	• Выполнили нормативы на бронзовый знак отличия		

1	2	3	4
3.1.4	<ul style="list-style-type: none"> Участвовали в испытании, но не выполнили нормативы 		
3.2	<i>Уровень развития выносливости</i>		
	Доли обучающихся, показавших следующие результаты в испытаниях теста № 2, %:	Учитель физической культуры	Количество обучающихся классов каждой параллели, показавших в испытаниях теста № 2 указанные результаты / Общее количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели * 100
3.2.1	<ul style="list-style-type: none"> Выполнили нормативы на золотой знак отличия 		
3.2.2	<ul style="list-style-type: none"> Выполнили нормативы на серебряный знак отличия 		
3.2.3	<ul style="list-style-type: none"> Выполнили нормативы на бронзовый знак отличия 		
3.2.4	<ul style="list-style-type: none"> Участвовали в испытании, но не выполнили нормативы 		
3.3	<i>Уровень развития силы</i>		
	Доли обучающихся, показавших следующие результаты в испытаниях теста № 3, %:	Учитель физической культуры	Количество обучающихся классов каждой параллели, показавших в испытаниях теста № 3 указанные результаты / Общее количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели * 100
3.3.1	<ul style="list-style-type: none"> Выполнили нормативы на золотой знак отличия 		
3.3.2	<ul style="list-style-type: none"> Выполнили нормативы на серебряный знак отличия 		
3.3.3	<ul style="list-style-type: none"> Выполнили нормативы на бронзовый знак отличия 		

1	2	3	4
3.3.4	<ul style="list-style-type: none"> Участвовали в испытании, но не выполнили нормативы 		
3.4	<i>Уровень развития гибкости</i>		
3.4.1	<p>Доли обучающихся, показавших следующие результаты в испытаниях теста № 4, %:</p> <ul style="list-style-type: none"> Выполнили нормативы на золотой знак отличия 	Учитель физической культуры	Количество обучающихся классов каждой параллели, показавших в испытаниях теста № 4 указанные результаты / Общее количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели * 100
3.4.2	<ul style="list-style-type: none"> Выполнили нормативы на серебряный знак отличия 		
3.4.3	<ul style="list-style-type: none"> Выполнили нормативы на бронзовый знак отличия 		
3.4.4	<ul style="list-style-type: none"> Участвовали в испытании, но не выполнили нормативы 		
3.5	<i>Уровень развития скоростно-силовых возможностей и координационных способностей</i>		
3.5.1	Доля обучающихся, выполнявших по выбору тест № 5, %	Учитель физической культуры	Количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели, выбравших тест № 5 / Общее количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели * 100
3.5.2	<p>Доли обучающихся, показавших следующие результаты в испытаниях теста № 5, %:</p> <ul style="list-style-type: none"> Выполнили нормативы на золотой знак отличия 	Учитель физической культуры	Количество обучающихся классов каждой параллели, показавших в испытаниях теста № 5 указанные результаты / Количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели, выбравших тест № 5 * 100

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
3.5.3 3.5.4 3.5.5	<ul style="list-style-type: none"> • Выполнили нормативы на серебряный знак отличия • Выполнили нормативы на бронзовый знак отличия • Участвовали в испытании, но не выполнили нормативы 		
3.5.6	Доля обучающихся, выполнявших по выбору тест № 6, %	Учитель физической культуры	Количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели, выбравших тест № 6 / Общее количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели * 100
3.5.7 3.5.8 3.5.9 3.5.10	<p>Доли обучающихся, показавших следующие результаты в испытаниях теста № 6, %:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выполнили нормативы на золотой знак отличия • Выполнили нормативы на серебряный знак отличия • Выполнили нормативы на бронзовый знак отличия • Участвовали в испытании, но не выполнили нормативы 	Учитель физической культуры	Количество обучающихся классов каждой параллели, показавших в испытаниях теста № 6 указанные результаты / Количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели, выбравших тест № 6 * 100
3.5.11	Доля обучающихся, выполнявших по выбору тест № 7, %	Учитель физической культуры	Может быть вычислен только для обучающихся 7–11-х классов Количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
			ли, выбравших тест № 7 / Общее количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели * 100
3.5.12 3.5.13 3.5.14 3.5.15	Доли обучающихся, показавших следующие результаты в испытаниях теста № 7, %: • Выполнили нормативы на золотой знак отличия • Выполнили нормативы на серебряный знак отличия • Выполнили нормативы на бронзовый знак отличия • Участвовали в испытании, но не выполнили нормативы	Учитель физической культуры	Может быть вычислен только для обучающихся 7–11-х классов Количество обучающихся классов каждой параллели, показавших в испытаниях теста № 7 указанные результаты / Количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели, выбравших тест № 7 * 100
3.6	<i>Уровень овладения прикладными навыками</i>		
3.6.1	Доля обучающихся, выполнявших по выбору тест № 8, %	Учитель физической культуры	Количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели, выбравших тест № 8 / Общее количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели * 100
3.6.2 3.6.3	Доли обучающихся, показавших следующие результаты в испытаниях теста № 8, %: • Выполнили нормативы на золотой знак отличия • Выполнили нормативы на серебряный знак отличия	Учитель физической культуры	Количество обучающихся классов каждой параллели, показавших в испытаниях теста № 8 указанные результаты / Количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели, выбравших тест № 8 * 100

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
3.6.4 3.6.5	<ul style="list-style-type: none"> • Выполнили нормативы на бронзовый знак отличия • Участвовали в испытании, но не выполнили нормативы 		
3.6.6	Доля обучающихся, выполнявших по выбору тест № 9, %	Учитель физической культуры	Количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели, выбравших тест № 9 / Общее количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели * 100
3.6.7 3.6.8 3.6.9 3.6.10	<p>Доли обучающихся, показавших следующие результаты в испытаниях теста № 9, %:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выполнили нормативы на золотой знак отличия • Выполнили нормативы на серебряный знак отличия • Выполнили нормативы на бронзовый знак отличия • Участвовали в испытании, но не выполнили нормативы 	Учитель физической культуры	Количество обучающихся классов каждой параллели, показавших в испытаниях теста № 9 указанные результаты / Количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели, выбравших тест № 9 * 100
3.6.11	Доля обучающихся, выполнявших по выбору тест № 10, %	Учитель физической культуры	<p>Может быть вычислен только для обучающихся 7–11-х классов</p> <p>Количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели, выбравших тест № 10 / Общее количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели * 100</p>

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
<p>3.6.12</p> <p>3.6.13</p> <p>3.6.14</p> <p>3.6.15</p>	<p>Доли обучающихся, показавших следующие результаты в испытаниях теста № 10, %:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выполнили нормативы на золотой знак отличия • Выполнили нормативы на серебряный знак отличия • Выполнили нормативы на бронзовый знак отличия • Участвовали в испытании, но не выполнили нормативы 	<p>Учитель физической культуры</p>	<p>Может быть вычислен только для обучающихся 7–11-х классов</p> <p>Количество обучающихся классов каждой параллели, показавших в испытаниях теста № 10 указанные результаты / Количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели, выбравших тест № 10 * 100</p>
<p>3.6.16</p>	<p>Доля обучающихся, выполнявших по выбору тест № 11, %</p>	<p>Учитель физической культуры</p>	<p>Может быть вычислен только для обучающихся 7–11-х классов</p> <p>Количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели, выбравших тест № 11 / Общее количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели * 100</p>
<p>3.6.17</p> <p>3.6.18</p>	<p>Доли обучающихся, показавших следующие результаты в испытаниях теста № 11, %:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выполнили нормативы на золотой знак отличия • Выполнили нормативы на серебряный знак отличия 	<p>Учитель физической культуры</p>	<p>Может быть вычислен только для обучающихся 7–11-х классов</p> <p>Количество обучающихся классов каждой параллели, показавших в испытаниях теста № 11 указанные результаты / Количество участников оценки уровня физической подготовленности в классах каждой параллели, выбравших тест № 11 * 100</p>

1	2	3	4
3.6.19	<ul style="list-style-type: none"> • Выполнили нормативы на бронзовый знак отличия • Участвовали в испытаниях, но не выполнили нормативы 		
3.6.20			
4	<i>Факторы, оказывающие влияние на здоровье и уровень физической подготовленности обучающихся</i>		
4.1	<i>Занятия физической культурой и спортом</i>		
4.1.1	Количество обязательных уроков по предметам двигательного характера (физическая культура, ритмика, хореография, танцы и др.) в неделю, ед.	Заместитель директора	<p>Если количество указанных уроков в классах каждой параллели одинаковое:</p> <p>Количество уроков в неделю в каждой параллели согласно учебному плану на момент проведения Мониторинга (количество в классах каждой параллели не суммируется)</p> <p>Если количество указанных уроков в классах каждой параллели различается:</p> <p>Суммарное количество уроков в неделю в классах каждой параллели согласно учебному плану на момент проведения Мониторинга / Количество классов в каждой параллели</p>
4.1.2°	Итоговая оценка по физической культуре за предыдущий учебный год, балл	Классные руководители	Сумма итоговых оценок всех обучающихся класса за предыдущий учебный год / Количество обучающихся в классе
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.1.3°	Доля обучающихся, выполняющих рекомендации по недельному временному объему утренней гимнастики, %	Классные руководители	<p>Анкетирование, вопросы 1, 2:</p> <p>Для 1–4-х классов:</p> <p>Количество участников анкетирования в классе, отметивших «Делаю каждый день» в вопросе 1 и «10 минут» или варианты больше в вопросе 2 / Количество участников анкетирования</p>

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
			<p>тирования в классе * 100 Для 5–6-х классов: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «Делаю каждый день» в вопросе 1 и «15 минут» или «20 минут и больше» в вопросе 2 / Количество участников анкетирования в классе * 100 Для 7–11-х классов: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «Делаю каждый день» в вопросе 1 и «20 минут и больше» в вопросе 2 / Количество участников анкетирования в классе * 100</p>
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.1.4°	Доля обучающихся, занимающихся спортом, фитнесом или туризмом в школьных секциях и клубах, %	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 3: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «Да» / Количество участников анкетирования в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов
4.1.5°	Доля обучающихся, занимающихся спортом, фитнесом или туризмом во внешкольных секциях и клубах, %	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 4: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «Да» / Количество участников анкетирования в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов
4.1.6°	Доля обучающихся, выполняющих рекомендации к не-	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 5: Для 1–9-х классов: Количество участников анкетиро-

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
	дельному временному объему организованных физкультурно-спортивных занятий, %		вания в классе, отметивших «1,5 часа» и «2 часа и больше» / Количество участников анкетирования в классе * 100 Для 10–11-х классов: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «2 часа и больше» / Количество участников анкетирования в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.1.7°	Доля обучающихся, выполняющих рекомендации по недельному временному объему самостоятельных занятий физической культурой и двигательной деятельности, %	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 6: Для 1–9-х классов: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «1,5 часа» и «2 часа и больше» / Количество участников анкетирования в классе * 100 Для 10–11-х классов: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «2 часа и больше» / Количество участников анкетирования в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов
4.2	<i>Образ жизни обучающихся</i>		
4.2.1°	Доля обучающихся, выполняющих рекомендации к ежедневной продолжительности пребывания на открытом воздухе, %	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 7: Для 1–4-х классов: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «Больше 3 часов» / Количество участников анкетирования в классе * 100 Для 5–9-х классов: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «2,5–3 часа» и «Больше 3 часов» / Количество

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
			<p>участников анкетирования в классе * 100 Для обучающихся 10–11-х классов: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «2–2,5 часа» и варианты больше / Количество участников анкетирования в классе * 100</p>
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.2.2°	Доля обучающихся, выполняющих рекомендации по суточной продолжительности сна, %	Классные руководители	<p>Анкетирование, вопрос 8: Для 1–4-х классов: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «Больше 10 часов» / Количество участников анкетирования в классе * 100 Для 5–9-х классов: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «9–10 часов» / Количество участников анкетирования в классе * 100 Для 10–11-х классов: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «8–9 часов» / Количество участников анкетирования в классе * 100</p>
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.2.3°	Доля обучающихся, выполняющих рекомендации по частоте приемов пищи, %	Классные руководители	<p>Анкетирование, вопрос 9: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «4–5 раз» / Количество участников анкетирования в классе * 100</p>

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.2.4°	Доля обучающихся, соблюдающих требования к предельно допустимой продолжительности выполнения домашних заданий, %	Классные руководители	<p>Анкетирование, вопрос 10:</p> <p>Для 1-х классов: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «Не больше 1 часа» / Количество участников анкетирования в классе * 100</p> <p>Для 2–3-х классов: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «1–1,5 часа» и «Не больше 1 часа» / Количество участников анкетирования в классе * 100</p> <p>Для 4–5-х классов: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «1,5–2 часа» и варианты меньше / Количество участников анкетирования в классе * 100</p> <p>Для 6–8-х классов: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «2–2,5 часа» и варианты меньше / Количество участников анкетирования в классе * 100</p> <p>Для 9–11-х классов: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «2,5–3,5 часа» и варианты меньше / Количество участников анкетирования в классе * 100</p>
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.2.5°	Доля обучающихся, соблюдающих требования к пре-	Классные руководители	<p>Анкетирование, вопрос 11:</p> <p>Для 1-х классов: Количество участников анкетиро-</p>

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
	дельно допустимой продолжительности работы с ПЭВМ, %		вания в классе, отметивших «Меньше 15 минут» / Количество участников анкетирования в классе * 100 Для 2–4-х классов: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «15–20 минут» и «Меньше 15 минут» / Количество участников анкетирования в классе * 100 Для 5–9-х классов: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «20–30 минут» и варианты меньше / Количество участников анкетирования в классе * 100 Для 10–11-х классов: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «30–50 минут» и варианты меньше / Количество участников анкетирования в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.2.6°	Доля обучающихся, имеющих опыт курения, %	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 12: Количество участников анкетирования в классе, отметивших не «0» в строке «В течение жизни» / Количество участников анкетирования в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.2.7°	Доля обучающихся, являющихся регулярными потребителями табачных изделий, %	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 12: Количество участников анкетирования в классе, отметивших варианты ответа начиная с «3–5 раз» в строке «За последние 30 дней» или «40 раз и более» в строке «За последние 12 ме-

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
			сяцев» / Количество участников анкетирования в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.2.8°	Доля обучающихся, имеющих опыт употребления алкогольных напитков, %	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 13: Количество участников анкетирования в классе, отметивших не «0» в строке «В течение жизни» / Количество участников анкетирования в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.2.9°	Доля обучающихся, употребляющих алкогольные напитки регулярно, %	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 13: Количество участников анкетирования в классе, отметивших варианты ответа начиная с «3–5 раз» в строке «За последние 30 дней» или «40 раз и более» в строке «За последние 12 месяцев» / Количество участников анкетирования в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.2.10°	Доля обучающихся, имеющих опыт употребления наркотических средств, %	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 14: Количество участников анкетирования в классе, отметивших не «0» в строке «В течение жизни» / Количество участников анкетирования в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.2.11°	Доля обучающихся, употребляющих	Классные руководи-	Анкетирование, вопрос 14: Количество участников анкетиро-

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
	наркотические средства регулярно, %	тели	вания в классе, отметивших варианты ответа начиная с «3–5 раз» в строке «За последние 30 дней» или «40 раз и более» в строке «За последние 12 месяцев» / Количество участников анкетирования в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.3	<i>Личностная позиция обучающихся по отношению к здоровью</i>		
4.3.1°	Доля обучающихся, признающих ценность здоровья для детей и подростков, %	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 19: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «Важно» / Количество участников анкетирования в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.3.2°	Доля обучающихся, считающих, что они сами должны заботиться о своем здоровье, %	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 20: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «Ты сам» (как единственный ответ или один из нескольких выбранных вариантов) / Количество участников анкетирования в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.3.3°	Доля обучающихся, не имеющих сформированного представления о необходимости здорового образа жизни лично для них, %	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 21: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «Не знаю» или «Мне не нужен здоровый образ жизни, у меня и так все хорошо» / Количество участников анкетирования в классе * 100

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.3.4°	Доля обучающихся, имеющих к ведению здорового образа жизни негативную мотивацию (избегание недовольства значимых взрослых, боязнь дискомфорта, болезни), %	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 21: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «Чтобы меня не ругали родители и учителя» и (или) «Чтобы у меня ничего не болело» (как единственный ответ или один из нескольких выбранных вариантов) / Количество участников анкетирования в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.3.5°	Доля обучающихся, имеющих к ведению здорового образа жизни позитивную мотивацию (стремление к физическому совершенствованию и красоте, успеху в жизни, будущему родительству), %	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 21: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «Чтобы быть сильным и красивым», «Чтобы у меня все получалось в жизни» и (или) «Чтобы в будущем у меня были здоровые дети» (как единственный ответ или один из нескольких выбранных вариантов) / Количество участников анкетирования в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.3.6°	Доля обучающихся, следующих существующей в семье установке на ведение здорового образа жизни, %	Классные руководители	Анкетирование, вопрос 21: Количество участников анкетирования в классе, отметивших «В моей семье все ведут здоровый образ жизни» (как единственный ответ или один из нескольких выбранных вариантов) / Количество участников анкетирования в классе * 100

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.4	<i>Учебная нагрузка и особенности организации образовательного процесса</i>		
4.4.1	Недельная образовательная нагрузка, ч.	Заместитель директора	<p>Если недельная образовательная нагрузка в классах каждой параллели одинаковая: Количество учебных часов в неделю в каждой параллели согласно учебному плану на момент проведения Мониторинга (количество в классах каждой параллели не суммируется)</p> <p>Если недельная образовательная нагрузка в классах каждой параллели различается: Суммарное количество учебных часов в неделю согласно учебному плану в классах каждой параллели на момент проведения Мониторинга / Количество классов в каждой параллели</p>
4.4.2	Продолжительность учебной недели, дней	Заместитель директора	<p>Если продолжительность учебной недели в классах каждой параллели одинаковая: Количество учебных дней в неделю в каждой параллели согласно учебному плану на момент проведения Мониторинга (количество в классах каждой параллели не суммируется)</p> <p>Если продолжительность учебной недели в классах каждой параллели различается: Суммарное количество учебных дней в неделю согласно учебному плану в классах каждой параллели на момент проведения Мониторинга / Количество классов в каждой параллели</p>

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
4.4.3	Среднее количество уроков в день, ед.	Заместитель директора	<p>Если количество уроков в неделю в классах каждой параллели одинаковое:</p> <p>Количество уроков в неделю в каждой параллели согласно учебному плану на момент проведения Мониторинга / Продолжительность учебной недели (показатель 4.4.2) (количество в классах каждой параллели не суммируется)</p> <p>Если количество уроков в неделю в классах каждой параллели различается:</p> <p>Суммарное количество уроков в неделю в классах каждой параллели согласно учебному плану на момент проведения Мониторинга / Количество классов в каждой параллели / Продолжительность учебной недели (показатель 4.4.2)</p>
4.4.4	Среднее количество контрольных и самостоятельных работ в неделю, ед.	Заместитель директора	<p>Если количество контрольных и самостоятельных работ в неделю в классах каждой параллели одинаковое:</p> <p>Количество проведенных контрольных и самостоятельных работ в каждой параллели в текущем учебном году к моменту проведения Мониторинга / Количество учебных недель в текущем учебном году на момент проведения Мониторинга (количество в классах каждой параллели не суммируется)</p> <p>Если количество контрольных и самостоятельных работ в неделю в классах каждой параллели различается:</p> <p>Суммарное количество проведенных контрольных и самостоятельных работ в классах каждой параллели в текущем учебном году к моменту проведения Мониторинга / Ко-</p>

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
			личество классов в каждой параллели / Количество учебных недель в текущем учебном году на момент проведения Мониторинга
4.4.5	Доля обучающихся, проходящих обучение во вторую смену, %	Заместитель директора	Количество обучающихся в классах каждой параллели, проходящих обучение во вторую смену / Общее количество обучающихся в классах каждой параллели * 100
4.5	<i>Меры по здоровьесбережению обучающихся в образовательной организации</i>		
4.5.1°	Доля обучающихся, получающих горячее питание в образовательной организации, %	Классные руководители	Количество обучающихся в классе, получающих горячее питание / Количество обучающихся в классе * 100
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.5.2	Количество уроков по образовательным программам здоровьесформирующей направленности в неделю, ед.	Заместитель директора	Если количество указанных уроков в классах каждой параллели одинаковое: Количество уроков в неделю в каждой параллели согласно учебному плану на момент проведения Мониторинга (количество в классах каждой параллели не суммируется) Если количество указанных уроков в классах каждой параллели различается: Суммарное количество уроков в неделю в классах каждой параллели согласно учебному плану на момент проведения Мониторинга / Количество классов в каждой параллели
4.5.3°	Количество классных часов на тему здоровья и здорового образа жизни в классах в текущем учебном году, ед.	Классные руководители	Количество проведенных и запланированных классных часов согласно плану воспитательной работы в текущем учебном году (с сентября по май)

Продолжение табл. 1

1	2	3	4
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.5.4	Количество физкультурно-оздоровительных и спортивно-массовых мероприятий, спортивных соревнований, дней здоровья в образовательной организации в текущем учебном году, ед.	Заместитель директора	Количество проведенных и запланированных в образовательной организации физкультурно-оздоровительных и спортивно-массовых мероприятий, спортивных соревнований, дней здоровья в образовательной организации с участием обучающихся классов каждой параллели согласно плану воспитательной работы в текущем учебном году (с сентября по май)
4.5.5	Количество творческих конкурсов, конференций, лекций, акций на тему здоровья и здорового образа жизни в образовательной организации в текущем учебном году, ед.	Заместитель директора	Количество проведенных и запланированных в образовательной организации творческих конкурсов, конференций, лекций, акций на тему здоровья и здорового образа жизни в образовательной организации с участием обучающихся классов каждой параллели согласно плану воспитательной работы в текущем учебном году (с сентября по май)
4.5.6°	Количество классных часов на тему здоровья и здорового образа жизни в классах в предыдущем учебном году, ед.	Классные руководители	Количество проведенных классных часов в предыдущем учебном году (с сентября по май)
		Ответственный исполнитель	Сумма показателей, предоставленных классными руководителями классов каждой параллели / Количество классов в каждой параллели
4.5.7	Количество физкультурно-оздоровительных и спортивно-массовых мероприятий, спортивных соревнований, дней здоровья в образова-	Заместитель директора	Количество проведенных в образовательной организации физкультурно-оздоровительных и спортивно-массовых мероприятий, спортивных соревнований, дней здоровья с участием обучающихся классов каждой параллели в предыдущем учебном году (с сентября по май)

Окончание табл. 1

1	2	3	4
	тельной организации в предыдущем учебном году, ед.		
4.5.8	Количество творческих конкурсов, конференций, лекций, акций на тему здоровья и здорового образа жизни в образовательной организации в предыдущем учебном году, ед.	Заместитель директора	Количество проведенных в образовательной организации творческих конкурсов, конференций, лекций, акций на тему здоровья и здорового образа жизни с участием обучающихся классов каждой параллели в предыдущем учебном году (с сентября по май)

Таблица 2

Показатели, вычисляемые для всей образовательной организации

Номер показателя	Показатель	Исполнители	Порядок вычисления
1	2	3	4
4.5	<i>Меры по здоровьесбережению обучающихся в образовательной организации</i>		
4.5.9	Количество медицинских работников в расчете на 500 обучающихся, чел.	Ответственный исполнитель	Количество медицинских работников в образовательной организации / Количество обучающихся в образовательной организации * 500
4.5.10	Продолжительность присутствия медицинского работника в образовательной организации в неделю, ч	Ответственный исполнитель	Суммарное количество времени в неделю (в часах), когда в образовательной организации присутствует один или несколько медицинских работников
4.5.11	Продолжительность присутствия педагога-психолога в образовательной организации в неделю, ч	Ответственный исполнитель	Суммарное количество времени в неделю (в часах), когда в образовательной организации присутствует педагог-психолог

1	2	3	4
4.5.12	Количество позиций среди требований к организации и условиям обучения, соблюдение которых вызывает затруднения, ед.	Ответственный исполнитель	<p>Количество позиций среди требований к организации и условиям обучения (согласно СанПиН 2.4.2.2821–10) из представленного списка, соблюдение которых в образовательной организации вызывает затруднения</p> <p>Позиции:</p> <ul style="list-style-type: none"> • организация территории; • требования к зданию; • требования к помещениям и их оборудованию; • воздушно-тепловой режим; • естественное и искусственное освещение; • водоснабжение и канализация; • режим образовательного процесса; • медицинское сопровождение образовательного процесса; • санитарное содержание территории и помещений <p>Минимальное значение показателя – 0 (затруднений не возникает ни по одной позиции), максимальное значение показателя – 9 (затруднения возникают по всем позициям)</p>
4.5.13	Количество образовательных программ, направленных на укрепление здоровья обучающихся и формирование здорового образа жизни, реализованных за 5 лет, ед.	Заместитель директора	Количество различных образовательных программ, направленных на укрепление здоровья обучающихся и формирование здорового образа жизни, реализованных в 2010–2014 гг. (если программа повторяется ежегодно, она считается только один раз)
4.5.14	Доля педагогических работников, прошедших повышение квалификации	Заместитель директора	Количество педагогических работников, прошедших повышение квалификации по указанным программам и (или) модулям в 2010–2014 гг. /

1	2	3	4
	кации по программам и (или) модулям здоровьесберегающей направленности за 5 лет (%)		Общее количество педагогических работников в образовательной организации * 100
4.5.15	Количество действующих секций, кружков, клубов, студий, ориентированных на увеличение двигательной активности и повышение уровня физической подготовленности обучающихся, ед.	Заместитель директора	Количество указанных секций, кружков, клубов, студий (в том числе секций по разным видам спорта, туристических клубов, танцевальных студий и т. п.)
4.5.16?	Список предметов двигательного характера, помимо физической культуры	Заместитель директора	Заполняется при наличии (дополнение к показателю 4.1.2) Перечисление названий предметов, независимо от параллели
4.5.17?	Список предметов здоровьесформирующей направленности	Заместитель директора	Заполняется при наличии (если показатель 4.5.2 не равен «0») Перечисление названий предметов, независимо от класса
4.5.18?	Список образовательных программ, направленных на укрепление здоровья обучающихся и формирование здорового образа жизни, в 2010–2014 гг.	Заместитель директора	Заполняется при наличии (если показатель 4.5.13 не равен «0») Перечисление названий образовательных программ
4.5.19?	Список программ повышения квалификации и (или) модулей здоровьес-	Заместитель директора	Заполняется при наличии (если показатель 4.5.14 не равен «0») Перечисление названий программ повышения квалификации и (или)

1	2	3	4
	сберегающей направленности, по которым прошли обучение педагогические работники в 2010–2014 гг.		модулей здоровьесберегающей направленности
4.5.20?	Список действующих секций, кружков, клубов, студий, ориентированных на увеличение двигательной активности и повышение уровня физической подготовленности обучающихся	Заместитель директора	Заполняется при наличии (если показатель 4.5.15 не равен «0») Список указанных секций, кружков, клубов, студий
4.5.21?	Список городских, региональных, всероссийских и международных спортивных мероприятий, мероприятий по тематике здорового образа жизни, в которых приняли участие обучающиеся в предыдущем учебном году	Заместитель директора	Заполняется при наличии Перечисление указанных мероприятий, в которых приняли участие обучающиеся, независимо от класса, в предыдущем учебном году (с сентября по май)
4.5.22?	Дополнительные медико-профилактические меры	Заместитель директора	Заполняется при наличии Перечисление мер (например, витаминизация, кислородные коктейли, спелеокамеры и т. п.)
4.5.23?	Дополнительные меры по созданию благоприятного режима двигательной активности	Заместитель директора	Заполняется при наличии Перечисление мер (например, зарядка, динамические паузы, физкультминутки и т. п.)

Продолжение табл. 2

1	2	3	4
4.5.24?	Дополнительные меры по пропаганде здорового образа жизни, профилактике вредных привычек и асоциального поведения	Заместитель директора	Заполняется при наличии Перечисление мер (например, информационно-пропагандистская акция по профилактике наркомании, выпуск стенгазеты и т. п.)
4.5.25?	Работа с родителями (законными представителями) по вопросам здоровьесбережения обучающихся	Заместитель директора	Заполняется при наличии Перечисление форм работы (например, обсуждение вопросов здоровья обучающихся на родительских собраниях, участие родителей (законных представителей) в спортивно-массовых мероприятиях, проводящихся в образовательной организации, и т. п.)
4.5.26?	Сетевое взаимодействие по вопросам здоровьесбережения обучающихся	Заместитель директора	Заполняется при наличии Описание взаимодействия образовательной организации с другими образовательными организациями, организациями физической культуры и спорта, здравоохранения по вопросам здоровьесбережения обучающихся, организации физкультурно-оздоровительной деятельности, в том числе методические объединения, проведение совместных мероприятий, совместное использование спортивной инфраструктуры и др.
4.5.27?	Другие направления здоровьесберегающей деятельности образовательной организации	Заместитель директора	Заполняется при наличии Описание здоровьесберегающей деятельности образовательной организации, не охваченной показателями Мониторинга (при наличии)

Виды испытаний (тесты) для оценки уровня физической подготовленности обучающихся

Таблица 1

Обязательные виды испытаний (тесты) и соответствующие показатели Мониторинга

Виды испытаний (тесты)	Номер теста	1–2-е классы: I ступень Комплекса ГТО	3–4-е классы: II ступень Комплекса ГТО	5–6-е классы: III ступень Комплекса ГТО	7–9-е классы: IV ступень Комплекса ГТО	10–11-е классы: V ступень Комплекса ГТО	Показатели Мониторинга
1	2	3	4	5	6	7	8
Испытания, позволяющие определить уровень развита скоростных возможностей	1	Челночный бег 3×10 м или бег на 30 м	Бег на 60 м	Бег на 60 м	Бег на 60 м	Бег на 100 м	3.1.1–3.1.4
Испытания, позволяющие определить уровень развита выносливости	2	Смешанное передвижение (1 км)	Бег на 1 км	Бег на 1,5 км или бег на 2 км	Бег на 2 км или бег на 3 км	Бег на 2 км или бег на 3 км	3.2.1–3.2.4
Испытания, позволяющие определить уровень развита силы	3	Подтягивание из виса на выско́й перекладине или подтягивание из	Подтягивание из виса на выско́й перекладине или подтягивание из	Подтягивание из виса на выско́й перекладине или подтягивание из	Подтягивание из виса на выско́й перекладине или подтягивание из	Подтягивание из виса на выско́й перекладине или рывок гири 16 кг,	3.3.1–3.3.4

Окончание табл. 1

1	2	3	4	5	6	7	8
		вися лежа на низкой перекладине, или стигибание и разгибание рук в упоре лежа на полу	вися лежа на низкой перекладине, или стигибание и разгибание рук в упоре лежа на полу	вися лежа на низкой перекладине, или стигибание и разгибание рук в упоре лежа на полу	вися лежа на низкой перекладине, или стигибание и разгибание рук в упоре лежа на полу	или подтягивание из виса лежа на низкой перекладине, или стигибание и разгибание, или стигибание и разгибание рук в упоре лежа на полу	
Испытания, позволяющие определить уровень развития гибкости	4	Наклон вперед из положения стоя с прямыми ногами на полу	Наклон вперед из положения стоя с прямыми ногами на полу	Наклон вперед из положения стоя с прямыми ногами на полу	Наклон вперед из положения стоя с прямыми ногами на полу	Наклон вперед из положения стоя с прямыми ногами на гимнастической скамье	3.4.1–3.4.4

Таблица 2

Виды испытаний (тесты) по выбору и соответствующие показатели Мониторинга

Виды испытаний (тесты)	Номер теста	1–2-е классы: I ступень Комплекса ГТО	3–4-е классы: II ступень Комплекса ГТО	5–6-е классы: III ступень Комплекса ГТО	7–9-е классы: IV ступень Комплекса ГТО	10–11-е классы: V ступень Комплекса ГТО	Показатели Мониторинга
1	2	3	4	5	6	7	8
Испытания, позволяющие опре-	5	Прыжок в длину с места толчком	Прыжок в длину с разбега или пры-	Прыжок в длину с разбега или пры-	Прыжок в длину с разбега или пры-	Прыжок в длину с разбега или пры-	3.5.1–3.5.5

Продолжение табл. 2

1	2	3	4	5	6	7	8
1 делить уровень развития скоростно-силовых возможностей и координационных способностей	2	двумя ногами	жок в длину с мешком толчком двумя ногами	жок в длину с мешком толчком двумя ногами	жок в длину с мешком толчком двумя ногами	жок в длину с мешком толчком двумя ногами	
	6	Метание теннисного мяча в цель, дистанция 6 м	Метание мяча весом 150 г	Метание мяча весом 150 г	Метание мяча весом 150 г	Метание спортивного снаряда весом 700 г или весом 500 г	3.5.6–3.5.10
Испытания, позволяющие определить уровень овладения прикладными навыками	7	–	–	–	Поднимание туловища из положения лежа на спине	Поднимание туловища из положения лежа на спине	3.5.11–3.5.15
	8	Бег на лыжах на 1 км или на 2 км или смешанное передвижение на 1,5 км по пересеченной местности	Бег на лыжах на 1 км или на 2 км или кросс на 2 км по пересеченной местности	Бег на лыжах на 2 км или на 3 км или кросс на 3 км по пересеченной местности	Бег на лыжах на 3 км или на 5 км или кросс на 3 км по пересеченной местности	Бег на лыжах на 3 км или на 5 км или кросс на 3 км по пересеченной местности, или кросс на 5 км по пересеченной местности	3.6.1–3.6.5
9	Плавание без учета времени	Плавание без учета времени	Плавание без учета времени	Плавание 50 м	Плавание 50 м	Плавание 50 м	3.6.6–3.6.10
10	–	–	–	Стрельба из пневматической винтовки из положения сидя или	Стрельба из пневматической винтовки из положения сидя или	Стрельба из пневматической винтовки из положения сидя или	3.6.11–3.6.15

Окончание табл. 2

1	2	3	4	5	6	7	8
				стоя с опорой локтей о стол или стойку, дистанция 5 м, или из электронного оружия из положения сидя или стоя с опорой локтей о стол или стойку, дистанция 5 м	стоя с опорой локтей о стол или стойку, дистанция 10 м, или из электронного оружия из положения сидя или стоя с опорой локтей о стол или стойку, дистанция 10 м	стоя с опорой локтей о стол или стойку, дистанция 10 м, или из электронного оружия из положения сидя или стоя с опорой локтей о стол или стойку, дистанция 10 м	
	11	–	–	Туристский поход с проверкой туристских навыков	Туристский поход с проверкой туристских навыков	Туристский поход с проверкой туристских навыков	3.6.16–3.6.20

Диагностика здоровьесориентированного поведения обучающихся (Т. Н. Леван, Е. С. Осокина)

Уважаемый обучающийся! Пожалуйста, прочитай внимательно предложенные вопросы и заполни анкету. В вопросах, где даны варианты ответа, выбери вариант, который тебе подходит, и обведи его номер. В вопросах, где приведены таблицы, поставь галочку в клетке таблицы, соответствующей твоему ответу.

Постарайся отвечать на вопросы обдуманно и честно. Анкету подписывать не нужно!

Обведи номер класса, в котором ты учишься

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

1. *Делаешь ли ты зарядку по утрам?*

- 1) Делаю каждый день;
- 2) иногда делаю;
- 3) никогда не делаю.

2. *Если ты хотя бы иногда делаешь зарядку, сколько времени в день в среднем она занимает?*

- 1) 10 минут;
- 2) 15 минут;
- 3) 20 минут и больше;
- 4) я не делаю зарядку.

3. *Занимаешься ли ты спортом, фитнесом или туризмом в школьных секциях и клубах?*

- 1) Да;
- 2) нет.

4. *Занимаешься ли ты спортом, фитнесом или туризмом во внешкольных секциях и клубах?*

- 1) Да;
- 2) нет

5. *Если ты занимаешься спортом, фитнесом или туризмом в школьных и/или внешкольных секциях и клубах, сколько времени в неделю занимают у тебя эти занятия?*

- 1) Меньше 1,5 часов;
- 2) 1,5–2 часа;

- 3) больше 2 часов;
- 4) я не занимаюсь в подобных секциях и клубах.

6. *Сколько времени в неделю в среднем ты отводишь на самостоятельные занятия физической культурой (не считая зарядки по утрам), подвижные и спортивные игры, катание на велосипеде, коньках, лыжах?*

- 1) Меньше 1,5 часов;
- 2) 1,5–2 часа;
- 3) больше 2 часов;
- 4) я не занимаюсь такой деятельностью.

7. *Сколько времени в день в среднем ты проводишь на открытом воздухе?*

- 1) Меньше 2 часов;
- 2) 2–2,5 часа;
- 3) 2,5–3 часа;
- 4) больше 3 часов.

8. *Сколько часов в сутки в среднем ты спишь?*

- 1) Меньше 8 часов;
- 2) 8–9 часов;
- 3) 9–10 часов;
- 4) больше 10 часов.

9. *Сколько раз в день ты обычно принимаешь пищу (не считая перекусов)?*

- 1) 1–3 раза;
- 2) 4–5 раз.

10. *Сколько времени в день в среднем ты затрачиваешь на выполнение домашнего задания?*

- 1) Меньше 1 часа;
- 2) 1–1,5 часа;
- 3) 1,5–2 часа;
- 4) 2–2,5 часа;
- 5) 2,5–3,5 часа;
- 6) больше 3,5 часов.

11. *Сколько времени в день в среднем ты проводишь за компьютером, ноутбуком, планшетом, смартфоном или другим сходным электронным устройством?*

- 1) Меньше 15 минут;
- 2) 15–20 минут;
- 3) 20–30 минут;

- 4) 30–50 минут;
5) больше 50 минут.

12. *Сколько раз (если такое было) ты курил сигареты?*

В каждой строке поставь галочку в одной из клеток таблицы.

Период	Число раз						
	0	1–2	3–5	6–9	10–19	20–39	Больше
В течение жизни							
За последние 12 месяцев							
За последние 30 дней							

13. *Сколько раз (если такое было) ты употреблял алкогольные напитки?*

В каждой строке поставь галочку в одной из клеток таблицы.

Период	Число раз						
	0	1–2	3–5	6–9	10–19	20–39	Больше
В течение жизни							
За последние 12 месяцев							
За последние 30 дней							

14. *Сколько раз (если такое было) ты употреблял наркотики?*

В каждой строке поставь галочку в одной из клеток таблицы.

Период	Число раз						
	0	1–2	3–5	6–9	10–19	20–39	Больше
В течение жизни							
За последние 12 месяцев							
За последние 30 дней							

15. *Есть ли у тебя трудности в отношениях с одноклассниками или учениками других классов школы?*

- 1) Нет никаких трудностей;
2) трудности возникают изредка;
3) трудности возникают часто.

16. *Есть ли у тебя трудности в отношениях с учителями?*

- 1) Нет никаких трудностей;
2) трудности возникают изредка;
3) трудности возникают часто.

17. *Есть ли у тебя трудности в отношениях с родителями?*

- 1) Нет никаких трудностей;
- 2) трудности возникают изредка;
- 3) трудности возникают часто.

18. *Какие эмоции вызывает у тебя школа?*

- 1) В основном положительные;
- 2) в основном отрицательные.

19. *Как ты думаешь, для людей твоего возраста важно быть здоровыми?*

- 1) Важно;
- 2) не важно.

20. *Кто должен заботиться о твоём здоровье?*

Выбери один или несколько вариантов:

- 1) врачи;
- 2) родители;
- 3) учителя;
- 4) ты сам.

21. *Как ты считаешь, зачем тебе нужно вести здоровый образ жизни?*

Выбери один или несколько вариантов:

- 1) не знаю;
- 2) мне не нужен здоровый образ жизни, у меня и так все хорошо;
- 3) чтобы меня не ругали родители и учителя;
- 4) чтобы у меня ничего не болело;
- 5) чтобы быть сильным и красивым;
- 6) чтобы у меня все получалось в жизни;
- 7) чтобы в будущем у меня были здоровые дети;
- 8) в моей семье все ведут здоровый образ жизни.

Методика выявления и оценки состояния обучающихся группы риска дезадаптации

Цель. Научиться осуществлять сопровождение обучающихся группы риска дезадаптации.

Задача. Провести сопровождение обучающихся группы риска дезадаптации.

Оборудование. Контрольная форма самооценки состояния здоровья обучающихся (рисунок).

Урок/занятие (вписать название)	Самочувствие до урока/занятия	Самочувствие после урока/занятия	Твое поведение на уроке/занятии	Взаимоотношения с одноклассником/сокурсником	Взаимоотношения с педагогом	Твоя активность на уроке/занятии	Твое настроение на уроке/занятии	Твоя уверенность в своих силах и знаниях на уроке/занятии	Дата _____ класс/группа _____ обучающийся _____ Оценка: «+» – хорошо «0» – ни хорошо, ни плохо «-» – плохо
1									
2									

Ход работы.

1. Определить в образовательной организации обучающихся, входящих в группу риска дезадаптации. Обучить их заполнению контрольной формы самооценки состояния здоровья: в течение учебной недели вносить в нее данные о своем самочувствии, психоэмоциональном состоянии и степени утомляемости.

2. Проанализировать полученные контрольные формы. Оформить их в виде таблицы:

Показатель	Показатели оценки самочувствия					
	Хорошо		Удовлетворительно		Неудовлетворительно	
	Абс.*	%	Абс.	%	Абс.	%
Самочувствие до урока/занятия						
Самочувствие после урока/занятия						
Поведение на уроке/занятии						
Взаимоотношения со сверстниками						
Взаимоотношения с педагогом						
Активность на уроке/занятии						
Настроение на уроке/занятии						
Уверенность в силах и знаниях на уроке/занятии						
М (среднее)						

* Абс. – абсолютный показатель.

Методические рекомендации. Данную работу рекомендуется проводить среди обучающихся 5, 9, 11-х классов, колледжей, вузов.

Контрольную форму самооценки состояния здоровья обучающимся нужно растиражировать на каждый день недели в необходимом количестве и заранее раздать, объяснив особенности заполнения.

В конце учебной недели контрольные формы собираются и анализируются. Рабочая таблица для анализа контрольных форм может иметь вид, представленный выше.

Протокол оценки проведения учебного занятия с позиций здоровьесбережения

Ф.И.О. педагога _____

Учебный предмет _____

Класс/группа _____

Дата проведения _____

Ф.И.О. проверяющего _____

Но- мер п/п	Показатели	Оценка в баллах						Ито- го
		Ком- мен- тарии	1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	<i>Обстановка и гигиенические условия в классе/группе:</i> 1) тепловой режим; 2) свежесть воздуха; 3) рациональность освещения; 4) наличие звуковых раздражителей							
2	<i>Количество видов учебной деятельности (норма 4–7 видов за урок/занятие):</i> 1) опрос; 2) чтение; 3) слушание; 4) рассказ; 5) рассматривание наглядных пособий; 6) ответы на вопросы; 7) решение примеров, задач							
3	<i>Средняя продолжительность и частота чередования различных видов учебной деятельности (норма 7–10 мин)</i>							
4	<i>Количество видов преподавания:</i> 1) словесный; 2) наглядный; 3) аудиовизуальный; 4) самостоятельная работа; ...							
5	<i>Чередование видов преподавания (норма каждые 10–15 мин)</i>							

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6	7	8	9
6	<p><i>Использование методов активизации инициативы и творческого самовыражения:</i></p> <p>1) метод свободного выбора (свободная беседа, выбор действия, выбор способа действия, выбор способа взаимодействия, свобода творчества...);</p> <p>2) активные методы (ученики в роли учителя, обучение действием, обсуждение в группах, ролевая игра, дискуссия, семинар, ученик как исследователь);</p> <p>3) методы, направленные на самопознание и развитие (интеллекта, эмоций, навыков общения, воображения, самооценки, взаимооценки)</p>							
7	<i>Место и длительность применения ТСО (в соответствии с гигиеническими нормами)</i>							
8	<i>Наблюдение за посадкой учащихся</i>							
9	<i>Чередование позы учащихся в соответствии с видом работы</i>							
10	<p><i>Использование оздоровительных моментов на уроке, их продолжительность (норма на 15–20-й мин урока по 1 мин из 3 легких упражнений с 3–4 повторениями каждого):</i></p> <p>1) физкультминутки;</p> <p>2) динамические паузы;</p> <p>3) минутки релаксации;</p> <p>4) дыхательная гимнастика;</p> <p>5) гимнастика для глаз;</p> <p>6) массаж активных точек;</p> <p>...</p>							
11	<p><i>Психологический климат на уроке</i></p> <p>Взаимоотношения между учителем и учениками:</p> <p>1) комфорт;</p> <p>2) сотрудничество;</p> <p>3) индивидуальные;</p> <p>4) учет возрастных особенностей.</p> <p>Между учениками:</p> <p>1) сотрудничество;</p>							

Окончание таблицы

1	2	3	4	5	6	7	8	9
	2) дружелюбие; 3) заинтересованность; 4) активность; ...							
12	<i>Наличие на уроке эмоциональных разрядок</i>							
13	<i>Плотность урока</i> (количество времени, затраченного школьниками на учебную работу. Норма не менее 60 % и не более 75–80 %)							
14	<i>Момент наступления утомления учащихся</i> (определяется по возрастанию двигательных и пассивных отвлечений у детей. Норма не ранее 25–30-й мин в 1-м классе, 35–40-й мин в начальной школе)							
15	<i>Темп окончания урока:</i> 1) быстрый, «скомканность»; 2) спокойное завершение урока; 3) задерживание учащихся в классе после звонка							
	Всего:							
	М (среднее)							

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1. Культура здорового и безопасного образа жизни: основные понятия, основания и подходы к формированию	5
1.1. Здоровье как педагогическая категория	5
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	12
1.2. Понятие культуры здорового и безопасного образа жизни.....	13
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	20
1.3. Место валеологического компонента в структуре профессиональной деятельности педагога	21
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	26
1.4. Нормативно-правовые основания сохранения и укрепления здоровья в системе образования	26
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	36
Глава 2. Физический, психологический и духовно-нравственный аспекты здорового образа жизни	37
2.1. Режим жизнедеятельности как основа здорового образа жизни	37
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	51
2.2. Двигательная активность и активный отдых	52
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	57
2.3. Культура питания	57
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	70
2.4. Информационная безопасность и медиакультура	70
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	87
2.5. Психогигиена личности.....	88
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	124
Глава 3. Организационно-технологические основы формирования культуры здорового образа жизни как аспекта реализации образовательных программ	125
3.1. Компетенция здоровьесбережения в структуре личных и социальных компетенций обучающихся.....	125
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	136
3.2. Профилактические программы как организационно-методическая основа формирования культуры здоровья	136
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	153

3.3. Программы, направленные на приобщение обучающихся к физической культуре и спорту.....	154
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	166
3.4. Программы, формирующие у обучающихся навыки безопасного поведения	167
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	185
3.5. Комплексные программы формирования культуры здоровья обучающихся	185
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	199
Глава 4. Социально значимая здоровьеориентированная деятельность обучающихся вне рамок образовательных программ.....	201
4.1. Пиар-мероприятия с участием обучающихся по тематике здорового и безопасного образа жизни	201
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	209
4.2. Развитие волонтерского движения обучающихся по продвижению культуры здорового и безопасного образа жизни	209
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	219
Глава 5. Выстраивание индивидуального маршрута развития здоровья обучающегося	220
5.1. Индивидуализация образовательного маршрута как основа тьюторской деятельности педагога	220
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	229
5.2. Психолого-педагогическое сопровождение обучающегося в развитии здоровьеориентированной личностной позиции.....	229
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	237
Глава 6. Оценка и самооценка результатов здоровьесформирующей деятельности	239
6.1. Педагогическая рефлексия как ресурс здоровьесбережения	239
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	243
6.2. Методы объективной оценки здоровьесберегающей и здоровьесформирующей деятельности педагога	244
Контрольные вопросы и задания к семинарскому занятию	259
Заключение	261
Список используемой литературы	262
Приложение 1. Анкета «Самооценка уровня удовлетворенности педагогического работника» (авторы Н. В. Третьякова, В. А. Федоров).....	271

Приложение 2. Исследование мотивационной основы педагогической деятельности (по Н. В. Солнцевой в интерпретации Н. Н. Малярчук и Т. Н. Ле-ван).....	275
Приложение 3. Анкета «Валеологический самоанализ учителя» (автор Н. Н. Малярчук).....	277
Приложение 4. Определение уровня сформированности здоровьеориентированной личностной позиции обучающихся (по А. Г. Маджуге в интерпретации Н. В. Третьяковой)	279
Приложение 5. Мониторинг здоровья и физической подготовленности обучающихся (авторы Т. Н. Ле-ван, Е. С. Осокина).....	282
Приложение 6. Диагностика здоровьеориентированного поведения обучающихся (Т. Н. Ле-ван, Е. С. Осокина).....	328
Приложение 7. Методика выявления и оценки состояния обучающихся группы риска дезадаптации	332
Приложение 8. Протокол оценки проведения учебного занятия с позиций здоровьесбережения.....	334