

4. Преловская И. Не в дипломе счастье // Известия. 1991. 23 июля.
5. Проблемы социологии профессионального образования рабочих: Вторая российская конференция с международным участием /Под ред. Н.А.Лобанова. СПб.: Акме-Петербург, 1994. 304 с.
6. Роговский Ю. Профессиональное образование стартует в первой десятке // Професионал. 1994. № 1; 2. С. 2-4.
7. Фокин В.А. Теория и практика нравственного воспитания учащихся профтехшколы. М.: Высш. шк., 1992. 134 с.

УДК 378.17

ВАЛЕОЛОГИЧЕСКАЯ ШКОЛА - ПОЛИФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Н. А. Голиков

Низкий уровень состояния здоровья первоклассников и его катастрофическое снижение на протяжении последующих лет обучения - актуальная проблема современного образования. Естественно, что больному ребенку, а таких сегодня большинство, трудно успешно усваивать учебную программу, одновременно обучаться в музыкальной или спортивной школе, у него возникают проблемы, связанные с социально-психологической адаптацией [1].

Современная наука и передовая педагогическая практика не останавливаются на констатации фактов, а находят продуктивные пути выхода из создавшегося кризиса. В каждой области разрабатываются региональные, городские программы развития системы образования, в которых есть разделы, отражающие работу по сохранению здоровья школьников.

В Тюмени в 1995 г. была открыта начальная валеологическая школа № 70 для детей с ослабленным здоровьем и хроническими заболеваниями.

Валеологическая школа - новый тип полифункционального образовательного учреждения, где здоровьесберегающий образовательный процесс органично сочетается с оздоровительно-развивающей работой.

В нашем образовательном учреждении открыт Центр охраны здоровья с тремя отделениями:

- медицинской службы (кабинеты педиатра, врача ЛФК, гомеопата, стоматолога, массажа, теплечения, спелеолечения, электропроцедур, галотерапии, водных процедур, валеолога, процедурный, фельдшера; зал ЛФК, ингаляторий, фитобар).
- психологическим отделением (кабинеты психодиагностики, психокоррекции, психоэмоциональной разгрузки);
- логопедическим отделением (кабинеты для индивидуальных и групповых занятий).

Возможности нашей школы позволяют осуществлять комплексную реабилитацию учащихся, которая требует интеграции образовательной, оздоровительной и развивающей деятельности. Мы выделили три уровня такой деятельности: уровень согласования и синхронизации, уровень взаимодействия и уровень взаимопроникновения.

Уровень согласования и синхронизации достигается путем упорядочения деятельности, степень эффективности которой зависит от обмена информацией, необходимой для получения искомого "продукта". Процесс согласования находит отражение в постоянном взаимодействии учителя начальных классов и врачей, следящих за здоровьем детей (педиатра, педагога-психолога, логопеда). Нередко возникает необходимость в их синхронизированных действиях.

Уровень взаимодействия достигается при систематичности и непрерывности деятельности, в процессе которой субъекты взаимодействия совместно прогнозируют, проектируют, реализуют, подвергают объективному анализу результаты своей деятельности, осуществляют своевременную коррекцию. Результаты взаимодействия отражаются в индивидуальной карте ученика, в возможном изменении траектории его развития.

Уровень взаимопроникновения достигается посредством глубокой интеграции функций специалистов, обеспечивающих формирование положительных эмоций и личного комфорта детей в едином лечебно-оздоровительном процессе.

Социально-педагогические и психолого-медицинские мероприятия намечаются и используются с учетом типологии учащихся, разработанной нами на основе трех показателей: состояния здоровья, учебных возможностей (сформированности познавательных процессов, общеучебных умений, интеллектуальных способностей, умственной работоспособности и учебной мотивации), социально-психологической адаптированности.

По состоянию здоровья дети разделены на три группы: I, II, III. Выявлены три уровня проявления учащимися учебных возможностей и социально-психологической адаптированности: высокий, средний и низкий.

Сочетание данных показателей позволило определить типы учащихся (табл. 1).

На основании приведенной классификации нами разработаны комплексные программы реабилитации для каждого типа учащихся.

Реабилитация - это комплексная, многоуровневая, поэтапная и динамическая система взаимосвязанных действий, направленная на восстановление человека в правах, статусе, здоровье, дееспособности в собственных глазах и перед лицом окружающих [2, 3].

Решая образовательные задачи, развивая способности детей, нельзя ни в коем случае вредить их здоровью. Поэтому очень важно определить предел в учебе для каждого ученика, когда еще не возникают различные неблагоприятные явления (перенапряжение, стресс, чрезмерное утомление, соматическая астенизация и др.), т.е. необходимо найти индивидуальный оптимум учебной деятельности, не опасный для здоровья.

Таблица 1

Типы учащихся в зависимости от состояния их здоровья, уровня учебных возможностей и социально-психологической адаптированности

Тип учащихся	Группа здоровья	Уровень учебных возможностей	Уровень социально-психологической адаптированности
1	I и II	Высокий	Высокий
2	I и II	Средний	Высокий
3	I и II	Низкий	Высокий
4	I и II	Высокий	Средний
5	I и II	Высокий	Низкий
6	I и II	Средний	Низкий
7	I и II	Средний	Средний
8	III	Высокий	Высокий
9	III	Средний	Высокий
10	III	Низкий	Низкий
11	III	Высокий	Средний
12	III	Высокий	Низкий
13	III	Средний	Средний
14	III	Средний	Низкий

В связи с этим была разработана и успешно используется примерная технология установления предела учебных возможностей, включающая в себя следующее:

- определение умственной работоспособности учащегося (корректирующие пробы, тест Тулуз-Пьерона);
- определение уровня сформированности познавательных процессов и их произвольности, интеллектуальных способностей ("Словесные субтесты" Р.Амтхауера, адаптированный Л.И.Переслени и Л.Ф.Чупровым, методика экспресс-диагностики интеллектуальных способностей);
- определение наличия минимальных мозговых дисфункций (тест Тулуз-Пьерона);
- изучение функционального состояния зрительных и слуховых анализаторов (заключение отоларинголога, окулиста);
- определение сформированности общеучебных навыков, их соответствия возрастным нормативам (методика В.Н.Зайцева);
- определение обучаемости [3].

Психолого-педагогическая диагностика в совокупности с медицинским заключением позволяют учителю начальных классов подобрать для каждого ученика формы обучения, уровень учебной нагрузки, систему контроля за усвоением учебного материала в оптимуме учебной деятельности, который находится в зоне его ближайшего развития, с учетом работоспособности, избегая переутомления и не нанося вреда и ущерба его здоровью. Для организации эффективной учебной деятельности эмпирически выработана последовательность действий учителя:

- анализ характера факторов, определяющих примерную учебную нагрузку на отдельного ребенка с учетом его типа;
- проведение проб на выявление факторов как затрудняющих, так и облегчающих учебный процесс;
- планирование учителем учебной нагрузки на учащегося в масштабе полного рабочего дня;
- наблюдение за состоянием здоровья ребенка в процессе учебной, игровой, досуговой деятельности (обмен информацией всех заинтересованных лиц, анализ поведения, работы учащегося в тетради, почерка, выполнения корректурных проб и т.д.; проб по методике Тулуз-Пьерона и т.д.);
- своевременная коррекция учебной нагрузки, режима жизнедеятельности ребенка в школе.

И тем не менее в нашей практике встречаются и неуспевающие дети. Проблемы неуспеваемости детей зависят от многих факторов: поведенческих феноменов, соматического состояния ребенка. Установление причин неуспеваемости является важным условием педагогической реабилитации.

Решить проблему устранения последствий пропусков школьных занятий и пробелов в усвоении учебного материала позволяет следующая система продуктивных мер:

1. Проведение комплексных реабилитационных мероприятий на основании рекомендаций медико-психолого-педагогического консилиума или курирующих данный класс медика и психолога:

- медицинских : фито- и витаминотерапия, балеонтоление (ванны, души), сауна, ЛФК, насыщенная микроэлементами диета, массаж, индивидуальный щадящий режим посещения учебных занятий (дополнительный выходной при 6-дневной учебной неделе), строгое соблюдение санитарно-эпидемиологического режима;

- психологических: психокоррекция тревожности, мнительности с применением рациональной, игровой психокоррекции, арттерапии, НЛП и других методик, направленных на коррекцию дидактофобии, повышение самооценки, положительной Я-концепции, создание атмосферы психологического комфорта;

- педагогических: осуществление индивидуального и дифференцированного подхода с применением специальных карточек с алгоритмами выполнения заданий, карточек-помощников с краткими записями условий задач, опорными схемами, создание ситуации успеха, дополнительные индивидуальные мероприятия по профилактике переутомления на уроке, глубоко продуманные (строго по необходимости) дополнительные занятия, тренинги развития общеучебных навыков .

2. Повышение валеологической культуры родителей, обучение их конкретным навыкам помощи детям дома.

Изучив тенденции изменений состояния здоровья школьников в процессе образовательной деятельности, причины, их вызывающие, и то влияние, которое оказывает состояние здоровья на обучение и развитие, социально-психологическую адаптированность школьников, мы определили условия реализации комплексной реабилитации:

- индивидуализация и вариативность обучения в зависимости от типа учащегося;

- индивидуальная дозированная учебная нагрузка по результатам медико-психологического мониторинга (особое внимание уделяется дифференцированному подходу к урокам физической культуры; дети специальной группы во время уроков физкультуры занимаются с методистом в зале ЛФК и 2 раза в неделю после уроков - с преподавателем физкультуры, имеющим специальную подготовку);

- своевременная психолого-педагогическая коррекция на основании комплексного обследования ребенка (логопедическая помощь, развитие общеучебных навыков и т.д.);

- организация единого реабилитационного пространства; создание валеологически целесообразной среды обитания в школе, в том числе положительного эмоционального фона;

- согласованные, интегрированные действия субъектов реабилитационного процесса, включая самого ученика;

- адаптация педагогов и воспитателей к особенностям образовательного процесса в школе валеологической направленности, достижение ими понимания приоритетности здоровья, овладение психо- и здоровьесберегающими технологиями и их практическое применение.

С целью проведения комплексной реабилитации учащихся разработаны и определены конкретные этапы валеологического сопровождения учащихся.

1-й этап - прием детей в школу:

1. Знакомство специалистов образовательного учреждения с поступающими в школу.

2. Оказание помощи родителям и детям в реализации их права выбора условий, программ развития, адаптации и обучения (традиционная система - 1-4, 1-3; система Л.В.Занкова - 1-3; система Д. Б. Эльконина, В. В. Давыдова или Ш. А. Амонашвили - 1-3).

2-й этап - введение в школьную жизнь:

1. Диагностика и консультирование. К комплексной экспертной оценке адаптационного периода привлекаются родители учащихся, педагоги, психологи (по методике Э.Александровской и др.).

2. Коррекция нарушений познавательных процессов, трудностей адаптационного периода.

3-й этап - виды постоянного сопровождения учащихся:

1. Проведение профилактической работы, включая весь комплекс реабилитационных услуг.

Была разработана и внедрена в практику школы для всех учащихся система профилактических мероприятий по предупреждению патологизации развития ребенка, снижения защитных сил организма, сокращения ремиссии у детей диспансерной группы учета: ежедневное посещение фитобара для приема общеукрепляющих напитков; ежедневный прием гомеопатических препаратов (адаптогены, антигриппин и т.д.); санация полости рта; активный патронаж учащихся врачом-педиатром (2 раза в неделю);

программа общего УФО и УФО стопы с целью повышения резистентности организма к простудным заболеваниям; посещение сауны 1 раз в неделю; прием водных процедур (циркулярный душ, жемчужные ванны с фитодобавками); профилактика переутомления учащихся (проветривание, температурный режим, психогигиена, аэроионизация классных комнат, релаксопедия, физминутки и физпаузы, работа с офтальмотренажерами и др.); введение дополнительного (третьего) урока физкультуры.

2. Организация успеха ребенка в усвоении школьной программы.

3. Отбор или разработка программ развития познавательной деятельности учащегося. Проводятся на основании определения феноменологии трудностей и возможных психолого-педагогических, медицинских причин отставания.

4. Переход на индивидуальный режим учебных занятий по заключению и рекомендации медико-педагогического консилиума.

5. Адаптация школьной среды к особенностям ребенка (использование педагогами индивидуального подхода в обучении, выбор содержания, методов и форм его обучения с учетом состояния здоровья, развития функциональных систем организма); организация целенаправленной работы по профилактике переутомления ребенка в ходе учебного дня, в том числе ежедневная утренняя зарядка перед занятиями; внедрение динамического часа после 3-го урока с обязательным пребыванием на свежем воздухе; увеличение продолжительности перемен до 15 минут; организация подвижных игр на переменах, функционирование специально оборудованной "шумной" комнаты.

6. Индивидуальная работа по преодолению недостатков развития интеллектуальной, нравственной, эмоционально-волевой сфер.

7. Коррекция нарушений речи (дисграфия, дислексия). Разработка комплексных целевых программ коррекции нарушений речи с разграничением специфических функций (логопеда, психолога, учителя начальных классов) и объединение усилий для преодоления речевых нарушений.

8. Создание системы контроля за функциональным развитием ребенка, состоянием его здоровья.

9. Система внешкольных и внеклассных мероприятий по формированию здорового образа жизни.

Система внешкольных и внеклассных мероприятий включает в себя работу школьных спортивных секций (общефизической подготовки, дзю-до, таэквон-до, баскетбола); клуба "Юный валеолог"; ученического актива "Помощники врача"; ведение классного "Уголка здоровья" и многое другое.

В школе функционирует досуговый центр "Чародеи", где дети по рекомендации специалистов развивают творческие способности, компенсируют недостатки развития, получают эмоциональную поддержку, приобретают навыки продуктивного общения. При организации занятий детей по интересам специалисты школы учитывают не только склонности ребенка, но и состояние его здоровья, возможные положительные и отрицательные воздействия этих занятий на весь организм, его адаптационные возможно-

сти, на процесс восстановления поврежденных болезнью органов и их функций.

10. Осуществление связей с семьей (коррекция и реабилитация семейных отношений в рамках этических норм и возможностей специалистов школы; совместная работа семьи и школы по развитию ребенка, преодолению его негативных привычек).

4-й этап - виды итогового сопровождения:

1. Подготовка документации выпускника начальной школы.
2. Помощь родителям ученика в дальнейшем выборе образовательных учреждений, систем обучения и развития, методов реабилитации.

3. Взаимодействие специалистов валеологической и общеобразовательной средней школы в рамках преемственности между ступенями образования, включающее обмен информацией о состоянии здоровья детей, их индивидуально-психологических особенностях, проектирование дальнейшего развития ребенка.

Таким образом, сложилась система валеологического сопровождения детей на протяжении всех лет обучения, что является эффективным средством реализации интеграции образовательной, оздоровительной и развивающей деятельности.

Важной частью педагогического процесса является система валеологического воспитания школьников. В сложившихся условиях необходимо научить ребенка самому заботиться о своем здоровье, сформировать у него установку на поддержание собственного здоровья без применения медикаментозных средств.

Укрепление собственного здоровья ребенком обеспечивается посредством:

- установки на ценность собственного здоровья;
- приобретения знаний о своем здоровье и технологиях индивидуального его накопления;
- овладения умением применять общие формы накопления здоровья к особенностям своего организма.

В ходе опытно-экспериментальной работы были определены эффективные формы интеграции образовательной, оздоровительной и развивающей деятельности в решении задач комплексной реабилитации школьников:

1. *Медико-психолого-педагогический консилиум.* Его постоянными членами являются врач-педиатр, психолог, логопед, заместитель директора по учебно-воспитательной работе, педагог-валеолог, опытные учителя начальных классов. На заседание консилиума приглашаются учителя проблемных детей, их родители.

2. *Мониторинг развития ребенка.* Результаты мониторинга заносятся в индивидуальную карту развития, которая заполняется на каждого учащегося, поступающего в школу. На протяжении всех лет обучения в карту заносятся данные об учащемся с целью изучения актуального состояния на момент обследования (2 раза в год) и выявления динамики его развития.

3. *Построение индивидуальной траектории развития ребенка.* Для создания индивидуальной траектории развития школьника мы используем

данные заключений различных специалистов школы (информацию карты об индивидуальном развитии учащегося на протяжении всех лет обучения, заключения и рекомендации консилиума), психолого-педагогического наблюдения, интервьюирования ученика и его родителей, анализа актуального состояния здоровья, работоспособности.

Эффективность реабилитационной деятельности на уровне успешности обучения подтверждена независимой экспертизой при аттестации школы в 1998 г. по системе "КАС ДОУ - аттестация" (табл. 2).

Таблица 2

Эффективность педагогической деятельности образовательного учреждения

Показатель эффективности педагогической деятельности	Количество критериев, соответствующих норме
Уровень обучения	2 из 2
Содержание и качество обучения	10 из 11
Качество обучения и воспитания по степени психологической защищенности учащихся в образовательном процессе	4 из 4
Качество обучения и воспитания по эффективности реализации образовательного потенциала учащихся	5 из 5

Важными показателями эффективности педагогической реабилитационной деятельности являются:

- улучшение показателей уровня сформированности общеучебных умений (навыков чтения, письма, выполнения арифметических операций) с конца первого полугодия 1-го класса;
- повышение уровня сформированности навыков самостоятельной работы, начиная с завершения 1-го класса.

Обращает на себя внимание положительная динамика физического состояния школьников, что подтверждается ростом качества физической подготовленности (табл. 3).

Таблица 3

Развитие физической подготовленности учащихся

Уровень физической подготовленности	Рост физической подготовленности учащихся по годам, %		
	1995/96	1996/97	1997/98
Высокий	2,5	7,2	13,3
Средний	78,9	83,7	81,2
Низкий	18,6	9,1	5,5

Таким образом, наблюдается увеличение количества детей с высоким уровнем физической подготовленности с 2,5% до 13,3% и сокращается количество детей с низким уровнем с 18,6% до 5,5%.

Высокие показатели в физическом развитии детей были достигнуты в результате целенаправленной спортивно-массовой работы с учащимися, которая включает в себя:

- уроки физической культуры (3 часа в неделю);
- домашние задания по физкультуре;
- гимнастику до уроков;
- подвижные перемены;
- ежедневные динамические часы (после 3-го урока);
- дополнительное образование по физкультуре;
- внеклассную спортивно-массовую работу (ежегодные спартакиады "Бодрость и здоровье": кроссы, "Веселые старты", легкоатлетическое многоборье, ОФП, подвижная игра "Снайперы"; ежеквартальные дни здоровья для детей и учителей и т.д.; в соревнованиях принимают участие (по количеству стартов) 2000 человек (в школе обучается 715 детей), не случайно Коллегия по образованию Тюмени от 28.05.99 г. одобрила опыт спортивно-массовой работы нашей школы).

Для определения эффективности комплексной реабилитации мы рассматривали и показатель наличия пропусков учебных занятий по болезни. Он сократился на 54% (с 11 дней на одного ученика в 1995/96 уч.г. до 6 дней в 1997/98 уч.г.). Тенденция в улучшении состояния здоровья школьников отражается в повышении индекса здоровья детей. Так, в 1995 г. он составлял 38,5%; в 1996 г. - 40,7; в 1997 г. - 46,4; в 1998 г. - 49,1%. За четыре года функционирования школы индекс здоровья увеличился на 10,6%.

Целенаправленная работа с группой часто и длительно болеющих детей способствовала положительной динамике в состоянии их здоровья, отраженной в табл. 4.

Таблица 4

Динамика оздоровления группы длительно и часто болеющих детей

Учебный год	Количество детей, чел.	DS: улучшение, %	Количество дней, пропущенных по болезни
1995/96	68	52	1632
1996/97	59	86	1435
1997/98	47	91	692

В период с 1995 г. по 1998 г. диагноз "улучшение" увеличился с 52 до 91%, что позволило сократить количество дней, пропущенных по болезни в этой группе детей, с 1632 до 692.

Результаты деятельности валеологической школы, в основу которой положена идея самоценности (приоритетности) здоровья, убедительно доказывают перспективность и необходимость расширения сети образовательных учреждений такого типа.

Задачами нашего коллектива являются переход к выполнению функций научно-методического валеологического центра, реализация внедрения валеологизации учебно-воспитательного процесса в условиях всего образовательного пространства Тюмени.

Литература

1. Горячев В. Здоровье детей - категория педагогическая // Воспитание школьника. 1999. № 1.
2. Иванова А.Я. Методика исследования обучаемости: Руководство по использованию. СПб.: Имятон, 1995.
3. Овчарова Р.В. Справочная книга школьного психолога. М.: Просвещение, 1996.

УДК 37.026

ПРОБЛЕМА ИЗМЕРЕНИЙ В ПЕДАГОГИКЕ: КОНЦЕПТУАЛЬНО-ПРОГРАММНЫЙ ПОДХОД

В. С. Черепанов

Проект реформы образования в Российской Федерации на период до 2010 г. предусматривает разработку национальных систем оценки качества образования и тестирования и на их основе создание условий для объективного контроля качества образования и знаний обучаемых.

Проблема формирования системы объективной оценки качества обучения постоянно рассматривалась на всероссийских симпозиумах по квалиметрии человека и образования, организованных в 1993-1998 гг. Исследовательским центром проблем качества подготовки специалистов Министерства общего и профессионального образования, на ряде конференций [1,2,3]. Появились первые монографии по мониторинговым исследованиям в сфере образования [4,5,6].

В последние годы расширяется круг исследований по вузовской и школьной диагностике, осуществляемых в лаборатории аттестационных технологий Московского института повышения квалификации работников образования (1995), лаборатории педагогического мониторинга и стандартов Санкт-Петербургского университета педагогического мастерства (1994). При МПГУ им. В.И.Ленина в 1996 г. был создан Федеральный центр тестирования учащихся общеобразовательных школ, который имеет около 200 представительств в регионах России. В ряде вузов и школ создаются диагностические центры и мониторинговые службы. Возросло число диссертационных исследований по диагностике знаний студентов и учащихся [7-11]. Появились первые исследования по измерениям в педагогике на основе квалиметрического подхода [12-17]. Ниже рассмотрены некоторые во-