**Системный подход к организации оздоровительной работы в образовательном учреждении**

Кандидат педагогических наук В.А. Вишневский Сургутский государственный университет, Сургут

Проблема здоровья обучающихся, воспитанников образовательных учреждений (ОУ) актуализируется с появлением классно-урочного стандартно-нормативного подхода в педагогике. Отвечая на требования научно-технической революции и постоянно наращивая объем и интенсивность учебных нагрузок, школа все больше обостряла проблему их переносимости, превращаясь в "больную школу" [10,12].

В то же время на всех этапах становления современной школы существовал неподдельный интерес к вопросам сохранения и укрепления здоровья учащихся. И если вначале этот интерес в большей мере проявлялся со стороны узких специалистов, то в настоящее время инициатива сохранения здоровья принадлежит системе образования [2, 4, 6, 8, 9 и др.].

Вместе с тем перевод проблемы в плоскость педагогики и психологии не завершился созданием технологии организации оздоровительной работы в ОУ, которая зачастую сводится к набору большего или меньшего количества недостаточно обоснованных, плохо систематизированных, мало взаимосвязанных, а значит, и неэффективных мероприятий.

Таким образом, можно констатировать наличие научной проблемы, заключающейся в недостаточной методологической и особенно технологической проработке вопросов организации оздоровительной работы в массовой школе, что и стало предметом данного исследования. Оно является результатом многолетней деятельности служб здоровья ряда образовательных учреждений г. Сургута и Сургутского района [5].

Служба здоровья (СЗ) как основной механизм реализации системного подхода к оздоровительной работе в школе. Если исходить из представлений, что каждый учитель-предметник должен быть еще и учителем здоровья, то в широком смысле СЗ - это все участники образовательного процесса, взаимодействующие в пределах функциональных обязанностей на основе общего концептуального подхода в рамках определенной содержательной модели и осуществляющие систему взаимосвязанных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья учащихся и педагогов. В узком (технологическом) смысле в состав CЗ входят: замдиректора по научной работе, школьный врач, психологи, социальные педагоги, руководители методобъединений, представители органов школьного самоуправления.

Таким образом, СЗ - это не дополнительное структурное подразделение школы, а функциональное объединение уже имеющихся в школе кадров. Обязательным условием результативности работы службы является интеграция в деятельности специалистов различного профиля. Под интеграцией подразумевается состояние связанности и взаимопроникновения в деятельности отдельных служб, а также процесса, ведущего к такому состоянию. Наиболее продуктивна в этом плане адаптивная модель службы здоровья в школе, которая не привязана жестко к конкретной образовательной философии.

В соответствии с этой моделью работа СЗ разворачивается в определенной последовательности (см. рисунок).

Комплексная входная диагностика здоровья участников образовательного процесса. Результаты наших исследований свидетельствуют, что здоровье учащихся наиболее заметно ухудшается в периоды максимального школьного стресса (к концу первого года обучения, при переходе к предметному обучению и в выпускных классах). Причем если в начальной школе основная ротация происходит между первой и второй группами здоровья (функциональные нарушения), то к концу обучения наблюдается хронизация заболеваний с переходом детей из второй в третью группу здоровья.



Структурно-функциональная схема управления оздоровительной работой в школе

Должна ли школа взять на себя ответственность за все эти случаи? Ответ далеко не столь очевиден, как это может показаться на первый взгляд. Так, например, патология зрения практически линейно увеличивается начиная с 3 лет, и школа может отвечать только за тот горб на прямой, который возникает в диапазоне между 7 и 15 годами. Значительные нарушения осанки обнаруживаются уже к 6 годам и сохраняются до 10-11 лет. В дальнейшем ситуация несколько улучшается, хотя в структуре нарушений осанки увеличивается процент грубых изменений (сколиозы достигают 10,5%).

В целом наши дети развиваются медленнее, чем их сверстники из более благоприятных климатических регионов. Причем среда обитания в основном влияет на темпы физического развития и практически не отражается на его гармоничности.

Интересно, что показатели физического развития существенно различаются у представителей различных типов телосложения. Особо уязвимыми при этом оказываются представители астенического телосложения, что еще раз подтверждает литературные данные о том, что неблагоприятные факторы среды направляют физическое развитие преимущественно по данному типу [3].

Еще более серьезные отличия от нормативов для средней полосы России обнаруживаются для отдельных показателей физической подготовленности учащихся. Так, начиная с подросткового возраста наши школьники (и особенно школьницы) значительно уступают своим сверстникам из средней полосы России в скоростной силе, общей и статической выносливости. В связи с этим складывается впечатление, что стандартных занятий физической культурой на фоне нарастающей "цены" природно-климатической адаптации с возрастом становится недостаточно для поддержания соответствующих физических кондиций. В пользу такого вывода свидетельствуют данные о высоком уровне физической подготовленности учащихся школы № 32 г. Сургута, которые обучаются в рамках образовательной технологии спортизированного физического воспитания [7].

Оценка факторов, определяющих состояние здоровья ребенка в конкретном ОУ. Управление процессом оздоровления школьников предполагает знание не только состояния самого объекта управления, но и факторов, его определяющих. С этой целью используются корреляционный и факторный анализы.

Получена информация о более чем 80 факторах, влияющих на здоровье ребенка. Она свидетельствует, что факторы здоровья в конкретном образовательном учреждении могут серьезно отличаться от общестатистических. Более того, они различны и в отдельных параллелях одной школы. Так, с возрастом увеличивается степень влияния экологических факторов (2,14, 18%) и, наоборот, снижается значимость внутришкольных показателей (21, 21, 14%). Роль семьи наиболее значительна в предпубертатном периоде (21%), несколько снижается у подростков (15%) и снова возрастает у старших школьников (19%). Образ жизни в наибольшей степени влияет на здоровье подростка (27%) и в гораздо меньшей степени - на здоровье старшеклассников (13%).

Экспертиза различных сторон учебно-воспитательного процесса, связанная со здоровьем. Среди факторов риска, формирующих пред- и патологические состояния у детей и подростков, важное место занимают различные стороны учебно-воспитательного процесса. Это говорит о необходимости их экспертизы. Исходя из логики учебно-воспитательного процесса, мы выделяем четыре уровня такой экспертизы: школы, учебного расписания, образовательной технологии и урока. Оценка эффективности оздоровительной работы в 30 ОУ Сургута с помощью анкеты для присвоения квалификационной характеристики школы, содействующей здоровью, свидетельствует, что школы используют свои возможности только на 59,5%.

Анализ отдельных направлений работы показывает, что относительно благополучно выглядят следующие разделы: организация питания в школах (74%), работа с сотрудниками (70%), взаимоотношения ОУ с родителями (69%), материально-технические условия школ (68%). В то же время школы недостаточно активно сотрудничают с другими ОУ по вопросам содействия здоровью (44%). Оставляет желать лучшего и раздел, связанный с двигательной активностью и физическим развитием детей (48%).

Разработанная нами технология экспертизы школьного расписания учитывает реальную "цену" обучения. При ее определении мы исходим из допущения, что она будет тем выше, чем значительнее физиологическое и психоэмоциональное напряжение в процессе обучения и чем ниже при этом успехи в умственном и физическом развитии.

Обнаружено, что общая "цена" обучения в утренние часы самая высокая в понедельник и вторник. В остальные дни она поддерживается на относительно постоянном уровне, несколько возрастая в пятницу. Определяющим в общей "цене" обучения является его физиологическая стоимость. Корреляция между этими показателями очень высокая - 0,935. Связь общей "цены" обучения с напряженностью расписания недостоверная. "Цена" обучения после учебных занятий в первые два дня недели даже ниже, чем в утренние часы, и только в субботу сказывается утомление.

Экспертиза образовательной технологии включает определение степени выполнения требований к сберегающим здоровье функциям учебного предмета и "цены" обучения по новой технологии в сравнении с традиционной. Первый показатель выводится на основе самооценки и экспертного заключения по специально разработанной схеме, которая содержит наиболее общие требования к педагогической технологии, типичные способы их реализации и оценку степени выполнения.

Насколько готов современный учитель к осуществлению здоровьесберегающих функций? Наши исследования свидетельствуют, что средний балл самооценки в традиционной пятибалльной шкале составляет 3,53±0,830 балла. Она практически совпадает с экспертной оценкой - 3,56±0,818 балла.

Успешнее всего педагоги справляются со следующими функциями: учет возрастных анатомо-физиологических и психологических особенностей детей; ориентация на формирование представлений; осознание успешности обучения, ставка на позитивные начала в ученике; обеспечение стимулирующей роли оценки. Хуже всего выполняются такие требования, как учет состояния здоровья учащихся, обеспечение развития личности в учебной деятельности, обеспечение здоровьесберегающей направленности содержания предмета.

Результаты корреляционного анализа обнаружили достаточно выраженную связь между готовностью учителя к реализации здоровьесберегающих функций и качеством успеваемости (r = 0,649, p< 0,01).

В продолжение приведенного выше примера отметим, что средний балл самооценки применительно к уроку несколько выше, чем к образовательной технологии (3,72±0,775 балла). Успешнее всего педагоги справляются со следующими здоровьесберегающими функциями урока: соблюдение норм домашних заданий; достижение целей урока; обеспечение оптимального соотношения между физическим и информационным объемами урока; своевременное окончание урока; обеспечение привычной последовательности и систематичности работы, обеспечение мемориальной информативности на уроке; обеспечение оптимальных взаимоотношений между учителем и учеником, учеником и учеником.

Хуже всего выполняются такие требования к уроку, как соблюдение гигиенических требований к посадке учащихся, сохранение функции зрения, обеспечение первичной и вторичной априорной настройки учеников. И вновь обнаруживается связь между готовностью учителя к реализации здоровьесберегающих функций урока и качеством успеваемости (r = 0,674, p<0,01).

Аналитико-информационно-статистическая деятельность службы здоровья. Полученная на этапе входной диагностики информация должна подвергаться последующей обработке и анализу с помощью методов математической статистики. Оперативное проведение подобной работы в масштабах школы требует программно-технических средств, экспертных систем, АРМ для диагностики, контроля, прогноза и коррекции состояния учащихся и образовательной среды.

В этой связи нами разработан программно -аппаратный комплекс (АРМ) по обеспечению всех основных направлений работы службы здоровья в массовой школе. Аппаратная часть комплекса включает ряд блоков для психофизиологических исследований, программная содержит четыре технологические подсистемы обеспечения. Подсистема НОТ организует деловую и административную деятельность специалистов службы. Профессиональный блок содержит комплекс программ по оценке физического, психического и социального благополучия учащихся и педагогов. Эти же программы могут работать в режиме биологической обратной связи. Информационно -статистический блок программно-аппаратного комплекса обеспечивает статистическую обработку результатов диагностики. Наконец, коммуникационный блок комплекса связывает его с системами более высокого уровня.

Разработка технологической карты деятельности службы здоровья. Реализация комплексных оздоровительных программ на уровне школы требует интеграции в деятельности специалистов различного профиля, однако необходим механизм такого объединения усилий. Существующие функциональные обязанности отдельных специалистов, во-первых, не предполагают подобной интеграции, а, во-вторых, носят настолько общий и глобальный характер, что делаются заведомо невыполнимыми.

Таким механизмом, на наш взгляд, может быть технологическая карта, которую можно определить как форму конструирования оздоровительного процесса на уровне технологии. Она позволяет представить оздоровительную работу в школе в виде целостной системы взаимосвязанных действий целеполагания, организации, контроля и регулирования.

Процесс создания технологической карты условно можно разделить на два этапа. Сначала с использованием метода сетевого планирования строится план-график работы специалистов различного профиля в рамках службы здоровья. Затем на его основе составляется детальный план работы каждого участника оздоровительного процесса и только после этого формулируются функциональные обязанности каждого специалиста на соответствующий этап работы.

Организация профилактической работы в школе. Профилактика - это сложный многофакторный процесс, который включает три основных этапа: общую, первичную и вторичную профилактики. Все они, безусловно, имеют место в ОУ, но особую роль играют общепрофилактические мероприятия, которые представляют комплекс социальных и санитарно -гигиенических мер, направленных на формирование здорового образа жизни (ЗОЖ), оптимизацию условий обучения, охрану и оздоровление окружающей среды.

Что касается двух последних направлений, то они обычно реализуется в рамках СанПиНов. Все гораздо проблематичнее с формированием ЗОЖ. Международный опыт свидетельствует, что существует два главных пути изменения привычек - формирование навыков и "контроль вероятности" [14]. Считается, что для успешной выработки навыков ЗОЖ необходимы шесть компонентов: обучение, моделирование, практика в процессе обучения, обратная связь, закрепление, практика между тренировочными занятиями. Под "контролем вероятности" понимают выработку устойчивой привычки в будущем путем контроля и воздействия на результат ее реализации в настоящем. При проведении профилактических программ это достигается, например, усилением поощрения за здоровые привычки.

Анализ сложившейся у нас практики формирования здоровых привычек, выполненный на основе результатов опроса 978 учащихся 5-11-х классов, свидетельствует, что мы относительно хорошо обучаем (50,7%) и моделируем (63%), гораздо хуже практикуем в процессе обучения (30,8%), закрепляем полученные знания, умения и навыки (37,3%), практикуем между занятиями (45,8%) и тем более поддерживаем выработанные привычки (34%). В этой связи наши надежды на устойчивые изменения поведения школьников, связанного со здоровьем, представляются маловероятными.

Для решения данной проблемы нами разработана технология формирования здоровых привычек в условиях массовой школы. Взяв за основу сложившийся международный опыт, мы сочли необходимым дополнить предложенную схему еще одним компонентом - входной диагностикой. Обоснованность подобного шага диктуется следующими обстоятельствами:

- во-первых, сложность формирования навыков ЗОЖ во многом обусловлена тем, что на определенных этапах онтогенеза у школьника отсутствует базовая потребность в здоровье, а самооценка уровня здоровья явно завышена;

- во-вторых, обратная связь от наступивших в организме в результате следования ЗОЖ изменений срабатывает не сразу и положительный эффект иногда отсрочен на годы;

- в-третьих, опросы школьников свидетельствуют, что среди причин, которые заставили бы их изменить свой образ жизни, они называют, как правило, некие экстремальные обстоятельства: болезнь, трагедию близкого человека, любовь и т.д.

Своевременная входная диагностика компенсирует этот дефицит информации, вызывает у подростка состояние своеобразной экстремальности, побуждающее его к поиску новых форм организации своей жизнедеятельности.

Другим важнейшим резервом в формировании субъективного отношения учащегося к проблеме здоровья и ЗОЖ является изучение его потребностно -мотивационной сферы. В этой связи нами разработан компьютерный вариант оценки жизненных предпочтений ученика, степени их удовлетворения и структуры мотивации оздоровительной деятельности с учетом побудительных, базисных и процессуальных оснований.

Коррекционная и реабилитационная работа. Успешное функционирование общеобразовательной школы с учетом сегодняшнего состояния здоровья детей невозможно без квалифицированной коррекционной и реабилитационной работы, поэтому создана система валеологического сопровождения учащихся, которая включает четыре этапа: прием детей в школу, введение в школьную жизнь, постоянное сопровождение, итоговое сопровождение.

На этапе приема детей в школу обеспечивается: знакомство специалистов с поступающими; выбор условий и программ адаптации, обучения и развития. Введение в школьную жизнь предполагает: оценку адаптационного периода, коррекцию нарушений познавательных процессов и трудностей адаптации. К видам постоянного сопровождения можно отнести: коррекцию уровня развития общеучебных навыков и школьных трудностей; преодоление недостатков развития, определение предельно допустимой учебной нагрузки, обеспечение успеха в усвоении программы, адаптацию школьной среды к особенностям ребенка. Наконец, основными видами итогового сопровождения, напрямую связанными с деятельностью школьной службы здоровья, являются: помощь учащимся в выборе профессии и учебного заведения, обеспечение преемственности между различными ступенями образования, участие в подготовке документации на выпускника, обеспечение достаточной самостоятельности выпускника в сохранении и укреплении своего здоровья.

Повышение оздоровительной направленности физического воспитания школьников. Принцип оздоровительной направленности - один из важнейших принципов в системе физического воспитания школьников [11]. Однако его реализация не является простым автоматическим следствием решения каждой частной задачи физического воспитания. Более того, в процессе применения повышенных функциональных нагрузок порой весьма сложно определить ту грань, которая отделяет их позитивный и негативный эффекты, поэтому повышение оздоровительной эффективности физического воспитания подрастающего поколения - важнейшая задача школьной службы здоровья. Средствами ее реализации прежде всего могут быть:

- спортизация физического воспитания школьников, когда физкультурное образование осуществляется в форме теоретико-методических занятий, а физическая подготовка - в форме учебно-тренировочных занятий, проводимых за рамками учебного расписания;

- спартианское движение, которое стремится использовать гуманные игровые формы организации соревнований с ориентацией на самосовершенствование, красоту действий и поступков, творчество, гармоничное развитие;

- новые организационно-деятельностные формы физического воспитания, позволяющие соревноваться детям различного возраста, проживающим в разных регионах, как очно, так и заочно ("Президентские состязания");

- дифференцированный подход, обеспечивающий групповую индивидуализацию процесса физического воспитания школьников, имеющих сходные групповые закономерности.

Обучение сохранению здоровья в образовательном учреждении. К настоящему времени сложилось четыре основных подхода к обучению сохранения здоровья в школе:

- санитарно-гигиеническое просвещение учащихся посредством дисциплин естественно-научного цикла и внеклассные мероприятия;

- расширение теоретического раздела программы по физической культуре в школе;

- проведение специализированных уроков здоровья в рамках федеральной междисциплинарной программы "Здоровье" для средних общеобразовательных учреждений;

- наполнение здоровьесберегающим содержанием всех дисциплин учебного плана школы.

Укрепление профессионального здоровья учителя. Резкое ухудшение здоровья учащихся во многом определяется невротизирующей средой обитания, создаваемой в том числе и учителями. Однако и сама профессия учителя может быть отнесена к группе профессий повышенного риска. Результаты наших исследований свидетельствуют, что только 11,1% педагогов школ имеют удовлетворительный тип адаптации. Основная часть наставников (73,3%) находится в донозологической стадии пограничного состояния и требует серьезных усилий по снятию напряжения и другой коррекционной работы. Наконец, 15,6% учителей имеют декомпенсированный тип адаптации, критическое напряжение систем регуляции и нуждаются в немедленном восстановлении функциональных резервов.

С учетом сказанного необходима комплексная и эффективная система мер по охране и укреплению профессионального здоровья работников народного образования. Опыт нашей работы свидетельствует, что с технологической точки зрения достаточно наличия в программе работы с учителем пяти блоков (модулей): организационного, диагностического, информационно -познавательного, оздоровительно-профилактического и педагогического.

Повышение детского потенциала школьных оздоровительных программ. Большинство существующих программ сохранения и укрепления здоровья основаны на "взрослом" видении проблемы [1]. Ребенку при этом отводится достаточно пассивная роль субъекта, которому предлагают усвоить необходимую, чаще всего "устрашающую", информацию. Между тем, сколько бы ни давалось правильных советов и занудных нравоучений, ребенок останется к ним глух, если не осознает, что быть здоровым - его обязанность перед собой и обществом, если в процессе обучения в школе не приобретет опыта самостоятельности в оздоровительной деятельности.

Комплексная оценка поведения детей, связанного со здоровьем, в образовательных учреждениях Сургута (n=1350)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Образовательные учреждения |
| №5 | №12 | №19 | №25 | №26 | №32 | №38 | Гимн. | У-Ягун |
| Ранги |
| Общая сумма рангов | 159 | 87,5 | 74 | 134,5 | 128 | 93 | 140,5 | 85 | 133,5 |
| Место | 9 | 3 | 1 | 7 | 5 | 4 | 8 | 2 | 6 |
| Сумма рангов по группам | 37,5 | 28 | 12 | 27 | 29,5 | 24 | 34 | 13 | 32,5 |
| Место | 9 | 5 | 1 | 4 | 6 | 3 | 8 | 2 | 7 |

Эта задача может быть реализована:

- посредством изучения и использования детской инициативы в оздоровительной деятельности;

- благодаря управлению самовоспитанием и самооздоровлением учащихся;

- путем организации самостоятельной работы школьников по сохранению и укреплению здоровья;

- в рамках сотрудничества с общественными организациями школьников.

Взаимодействие с родителями. Первичные и наиболее фундаментальные основы здоровья ребенка закладываются в семье. Как свидетельствуют результаты наших исследований, степень влияния внутрисемейных факторов на здоровье учащихся 5-6-х классов составляет 21%. К подростковому возрасту факторный вес семьи несколько уменьшается (до 15%), а затем вновь возрастает к старшему школьному возрасту (до 19%).

Взаимоотношения школы и семьи в вопросах сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения должны быть отношениями сотрудничества. Однако необходимо иметь в виду реальные возможности сегодняшней семьи в реализации этих партнерских отношений. И поскольку масштабное видение проблем, знание, профессионализм - на стороне школы, то именно она в лице службы здоровья должна выполнять функции просвещения, консультирования, а при необходимости и воспитания семьи.

Среди основных направлений работы СЗ с семьей можно выделить следующие:

- изучение и анализ семей, условий воспитания и оздоровления;

- просвещение родителей в вопросах медицинской активности семьи, здоровья и ЗОЖ;

- работа службы с особыми категориями детей и их родителями;

- привлечение родителей в органы школьного самоуправления;

- проведение совместных с родителями акций и мероприятий.

Среди других направлений работы СЗ в школе следует выделить такие виды деятельности, как выполнение внедренческих и консультативных функций, обобщение и популяризация передового опыта.

Экспертиза программы , осуществленная в рамках международного проекта HBSC "Здоровье и поведение детей школьного возраста" [13], свидетельствует о неоспоримых преимуществах системного подхода к формированию здорового стиля жизни (cм. таблицу).

Школа №19, имеющая СЗ, опережает образовательные учреждения, придерживающиеся других подходов к организации оздоровительной работы, как по общей сумме рангов, так и по сумме мест в рассматриваемых группах факторов. Об этом же свидетельствуют и субъективные ощущения учащихся.

**Список литературы**

1. Баль Л.В. Новое направление детских профилактических программ - детское движение в защиту здоровья // Школа здоровья. 1998, № 1, с. 17-22.

2. Бальсевич В.К., Лубышева Л.И. Физическая культура: молодежь и современность // Теория и практика физической культуры. 1995, № 4, с. 2-8.

3. Богатырев В.С. Физиологическая характеристика физического развития и репродуктивного здоровья выпускниц средней школы, проживающих на экологически различных территориях Кировской области: Автореф. докт. дис. М., 1999. - 34 с.

4. Вайнер Э.Н. Общая валеология: Учебник. - Липецк: Липецкое изд-во, 1998. - 183 с.

5. Вишневский В.А. Здоровьесбережение в школе. Педагогические стратегии и технологии. - М.: "Теория и практика физической культуры", 2002. - 270 с.

6. Зайцев Г.К. Валеолого-педагогические основы обеспечения здоровья в системе образования: Автореф. докт. дис. СПб., 1998. - 48 с.

7. Инновационная образовательная технология спортизированного физического воспитания обучающихся в общеобразовательной школе / Под ред. Л.Н. Прогонюк // Сургут: Дефис, 2001. - 212 с.

8. Казин Э.М., Блинова Н.Г., Литвинова Н.А. Основы индивидуального здоровья человека: Введение в общую и прикладную валеологию: Учеб. пос. для студ. высш. учеб. заведений. - М.: изд-во ВЛАДОС, 2000. - 192 с.

9. Касаткин В.Н. Медико-психолого-педагогические программы укрепления здоровья: Автореф. докт. дис. М., 1999. - 44 с.

10. Кумарин В. Самая "страшная" глава в учебнике Дистервега, или Как нам построить, наконец, школу для детей, а не против них // Народное образование. 2001, №1, с. 20-28.

11. Матвеев Л.П. Теория и методика физической культуры. - М.: ФиС, 1991. - 363 с.

12. Симонова С. Без здоровых детей у страны нет будущего // Народное образование. 1999, № 8, с. 159-167.

13. Currie C., Hurrelmann K., Setfrertobulte W., et el. Health and Health Behavior among Young People. World Health Organization Regional Office for Europe // Denmark, 2000. - P. 9-11.

14. Elder J., Geller S., Hovell M., et el. Motivating Health Behavour. - Albany: Deimar, 1994.

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://lib.sportedu.ru/>