

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОМПЛЕКС ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ КАК СПОСОБ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ

Ситуация, в которой находится человечество в настоящий момент, обозначается рядом ведущих учёных медиков, педагогов, психологов, социологов как глубочайший глобальный и системный кризис. Рассмотрим один из значимых его индикаторов – состояние здоровья подрастающего поколения. За период школьного обучения число детей, имеющих хронические заболевания, увеличивается на 20%; среди подростков 70% страдают хронической патологией. С начала века частота нервно-психических расстройств увеличилась в 5,2 раза, частота неврозов в 58,3 раза; тенденцию к нарастанию также имеют генетически обусловленные отклонения, например, олигофрения – в 20 раз! (И.М.Воронцов, А.Д.Ермоленко, Э.И.Слепян и др.). В докладе Российского детского фонда с опорой на данные специальных исследований утверждалось, что за год обучения в наших школах здоровье каждого ребёнка ухудшается минимум в 5 раз! Среди причин повышения заболеваемости учащихся удельный вес факторов внутришкольной среды достигает 12,5% в начальной школе и до 20% к концу обучения (Л.М.Кузнецова, 2002).

Сегодня в педагогической науке и практике появилось новое понятие – «качество жизни школьника». Впервые в активный тезаурус его ввели медики, затем экономисты, социологи, экологи. Острая необходимость императивно диктует рассмотрение этого сложного многокомпонентного явления и педагогическим сообществом. По словам А.И.Жилиной (2005), качество жизни способствует оптимизации адаптации личности к среде обитания, включая социальный её компонент, посредством собственной активности.

Под качеством жизни мы понимаем комплексный социально-психологический феномен, сущность которого заключается в особом отношении субъекта деятельности и общения к окружающему миру, месту своей личности в нём,

выражающемся в стремлении (или отсутствии такового) взаимодействовать, преобразовывать, совершенствовать, функционировать в различных сферах жизнедеятельности, удовлетворять персональные потребности.

Одним из основных показателей качества жизни является уровень здоровья, которое мы рассматриваем как сложную поликомпонентную динамическую систему, выделяя при этом его соматический, психический, социальный и нравственный компоненты.

Опираясь на иерархическую систему потребностей А.Маслоу, мы предположили, что компоненты здоровья можно упорядочить – **построить** в форме пирамиды, в основании которой, безусловно, располагается **соматический компонент**. Соматическое здоровье – отсутствие заболеваний, нормальный уровень (состояние) основных функций организма; своевременное и гармоничное развитие; высокая реактивность организма (С.М.Громбах, 1984). Снижение качества соматического здоровья, выражающееся в утрате «надёжности биологической системы» (по А.А.Маркосяну), в повышенной утомляемости, понижении уровня работоспособности, заторможенности или разбалансированности поведения, саморегуляции и т.п., ослабляет защитные функции организма (от агрессивного воздействия вирусов, бактерий и т. д.), мешает субъекту деятельности и общения в полной мере реализовать свои потребности, включая образовательные, снижает уровень возможностей нормального течения человеческой жизни. Серьёзные органические нарушения влекут за собой изменения в психике, личностном статусе человека, его социальном поведении. На фоне заболеваемости могут наблюдаться нарушения когнитивных процессов, изменения в эмоционально-мотивационной сфере.

На втором месте среди базовых компонентов здоровья находится **психический компонент**. Психическое здоровье – взаимосвязь меж-

ду отражением обстоятельств действительности и отношением индивидуума к ней, адекватность реакций на окружающие социальные, биологические, психические и физические условия благодаря способности человека контролировать своё поведение, планировать и осуществлять свой путь в микро- и макросоциальной среде (Б.Д.Петраков, А.Б.Петракова, 1994). Снижение качества психического здоровья снижает уровень фрустрационной устойчивости личности, совладания с негативными эмоциями, затрудняет адекватное реагирование на трудности в оптимистическом ключе, характеризующееся позитивными устойчивыми усилиями, направленными на улучшение ситуации и получение искомого «продукта», и т.д. Нарушения в данных компонентах здоровья, наличие дефектов чреваты серьёзными последствиями и возникновением препятствий в функционировании индивида как на физическом уровне, так и во взаимодействии с окружающими, поскольку вторичный дефект является следствием первичного. Это приводит к снижению качества жизни ребёнка.

На третьем месте в «пирамиде здоровья» располагается **социальный компонент**. Социальное здоровье – это определённый уровень развития, сформированности и совершенства форм и способов взаимодействия индивида с внешней средой (приспособление, уравнивание, регуляция); определённый уровень психического и личностного развития, позволяющий успешно реализовать это взаимодействие (И.В.Кузнецова, 1996). Его характеризует адекватное восприятие социальной действительности, интерес к окружающему миру, культура взаимоотношений, демократизм в поведении и т.д. Снижение качества социального здоровья препятствует адекватности восприятия социальной действительности, социальному функционированию личности, интеграции в социум из-за неадекватности поведения в обществе, криминального развития личности и т.д. Вершиной «пирамиды здоровья» является его **нравственный компонент**. Под нравственным здоровьем мы понимаем наличие высоко развитых внутренних, духовных качеств, способность личности строить модели своего поведения в соответствии с принятыми в обществе нормами нравственности и морали. Нравственное оздоровление предусматривает развитие чувства сострадания, правды и уважения ко всему общественно ценному, долга и ответственности за самостоятельно принимаемые решения. Надо уточнить, почему именно нравственное здоровье в нашей концепции рассматривается в иерархическом порядке как метакомпонент. На наш взгляд, нравственное здоровье выступает не только регулятором вза-

имоотношений с окружающей средой, включая сообщество себе подобных, но и в целом жизнеобеспечения индивида, поскольку от его нравственных позиций, самоотношения как субъекту деятельности и общения, как биологическому объекту жизнетворения (организму) зависит продуктивность функционирования. Это подтверждается фактами самодеструктивного поведения индивида, отсутствием валеоустановок на целесообразный образ жизни и настроенности на перспективы саморазвития, хотя природное, биологическое начало, генетически обусловленный физиологический потенциал изначально был заложен на высоком уровне. И наоборот, выраженные проблемы в соматическом компоненте здоровья, даже в крайних его проявлениях - инвалидности, при наличии у субъекта сформированности нравственного здоровья - не являются **непреодолимым** препятствием для социального функционирования. Согласно этому положению, необходимо усиление внимания педагогов, родителей школьников к нравственному оздоровлению субъектов образовательного процесса, всесторонней гармонизации отношений субъекта с окружающим миром. Здоровье приобретает значение сложного и глобального социокультурного явления, оказывающего значительное влияние на качество жизни человека.

Проведённое нами многолетнее исследование позволило выделить конкретные факторы образовательной среды, разрушающие указанные выше компоненты здоровья школьников. На **соматическое здоровье** негативно влияют следующие факторы: интенсификация учебных занятий, чрезмерное напряжение всех функций ребёнка; неправильная организация режима обучения; несоответствие форм, методов, системы обучения персональным психофизиологическим особенностям школьников; перегрузка учащихся; нарушение режима питания; ограничение двигательной активности обучающихся и т.п. На **психическое здоровье** негативно влияют: уровень информационной нагрузки, превышающий допустимый; функционирование в хроническом стрессовом режиме; авторитарный стиль педагогов; принудительный характер обучения; акты насилия в образовательной среде; предъявление уровня требований без учета предела учебных возможностей и состояния здоровья обучающихся; чрезмерная заорганизованность всей школьной жизни; игнорирование потребностей ребёнка; пресечение инициативности школьника, её наказуемость; отсутствие опоры на сензитивность периода развития; профессиональные деформации и деструкции педагога; технократизм в содержании образования, отсутствие эмоциональной компоненты обучения; психологический дис-

комфорт в образовательной среде; некорректная критика в адрес ученика как субъекта учебной деятельности; препятствие развитию индивидуальности школьника; несоответствие способа подачи учебного материала продуктивным каналам восприятия ученика, отсутствие у учащихся личной заинтересованности в большинстве нормативных (предусмотренных программами учебных курсов) знаний и т.д. На **социальный** компонент здоровья разрушающее влияние оказывают: социальный вакуум, отсутствие альтернатив во внешкольной и внеклассной деятельности образовательного учреждения; наличие у педагогов виктимогенных, т.е. созданных тяжелыми жизненными условиями, синдромов; отсутствие систематической работы с трудными подростками, игнорирование их интересов; дистанцирование семьи от выполнения воспитательной функции; формализация отношений в диаде «учитель-ученик» и т.д. На **нравственный** компонент здоровья деструктивно влияют: наличие у педагогов виктимогенных синдромов; формализм в отношениях учителя и обучающихся; отсутствие целенаправленной воспитательной работы в классе и в целом в образовательном учреждении, направленной на формирование нравственных качеств личности; несоответствие программ обучения учебным возможностям школьников; неблагоприятный микроклимат в классном коллективе; неконкурентоспособность образовательного учреждения наступлению массовой культуры через СМИ; организация соперничества в образовательном процессе и т.д.

Анализируя указанные выше педагогические реалии, приходим к выводу о необходимости предупреждения, ослабления, исключения деструктивного влияния школы на состояние здоровья детей. Одним из способов решения этой психолого-педагогической задачи является использование в учебном процессе междисциплинарного комплекса здоровьесберегающих образовательных технологий, а не огульного снижения учебной нагрузки на учеников путем сокращения учебного времени, причём без пересмотра программных требований и учёта реальных учебных возможностей обучающихся. Единые подходы, унифицированные требования чреваты тяжелейшими социально-нравственными, психическими искажениями личности детей в случаях как общего занижения требований, так и их завышения. На мой взгляд, педагогически преступно всем детям без разбора снижать образовательные требования. Почему мы забываем психологов и педагогов - классиков? Весь цивилизованный мир признаёт и использует в педагогической практике идеи нашего соотечественника Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития и уровне акту-

ального развития ребёнка. Наша задача грамотно определить их у каждого ученика и использовать в педагогическом процессе.

С целью разрешения острейшего противоречия между уровнем программных требований к учащимся и их реальными учебными возможностями нами была разработана и широко внедрена в практику педагогов **технология определения предела учебных возможностей школьника** и на её основе осуществлено построение персонального образовательного маршрута. Предел учебных возможностей - это граница, когда ещё не возникают различные неблагоприятные явления (перенапряжение, стресс, чрезмерное утомление и т.п.). Определение предела учебных возможностей школьников, т.е. нахождение индивидуального оптимума учебной деятельности, - императив времени. Не может быть здоровьесберегающим учебно-воспитательный процесс, если учитель не будет способен профессионально определять диапазон допустимой учебной нагрузки для своих подопечных школьников. В этом вопросе, безусловно, необходимо партнёрство учителя, педагога-психолога, в случае необходимости - медицинского специалиста, осуществляющих:

- учет умственной работоспособности конкретного ученика. Этот показатель необходим, чтобы регулировать индивидуальную учебную нагрузку, своевременно обеспечивать профилактику переутомления в учебном процессе и подготовке домашних заданий (психолого-педагогический инструментарий: корректурные пробы, тест Тулуз-Пьерона);
- определение уровня сформированности познавательных процессов и их произвольности, интеллектуальных способностей (психолого-педагогический инструментарий: «Словесные субтесты» Амтхауэра в адаптации Л.И.Переслени, Л.Ф.Чупрова), МЭДИС (методика экспресс-диагностики интеллектуальных способностей) и т.д. в зависимости от возраста;
- изучение функционального состояния зрительных и слуховых анализаторов (заключение отоларинголога, окулиста);
- определение сформированности общеучебных навыков и их соответствия возрастным нормативам (психолого-педагогический инструментарий: методика В.Н.Зайцева);
- определение обучаемости (психолого-педагогический инструментарий: методика А.Я.Ивановой).

Психолого-педагогическая диагностика в совокупности с медицинским заключением позволяют учителю подбирать формы обучения, уровень учебной нагрузки, систему контроля за усвоением учебного материала в оптимуме учеб-

ной деятельности, который находится в зоне ближайшего развития ученика, с учётом работоспособности, избегая переутомления и не нанося вреда и ущерба его здоровью.

Мы предлагаем здоровьесберегающую технологию «Формирование культуры здоровья школьников».

Под **культурой здоровья школьников** мы понимаем ответственное отношение к своему здоровью и здоровью окружающих, стремление не только сохранить природный потенциал, но и приумножить его за счёт волевых качеств, направленных на созидание своего организма, гармонизацию личности с самим собой и окружающим миром, способность создавать душевное равновесие у себя и окружающих.

Эффективность работы по формированию культуры здоровья школьников и мотивации укрепления собственного здоровья через все формы учебной и внеучебной работы обеспечивается следующими составляющими этого процесса: установкой на ценность собственного здоровья; приобретением знаний о своём здоровье и технологиях его индивидуального накопления; овладением способами поведения, сохраняющими и приумножающими здоровье; умением применять общие формы накопления здоровья к особенностям своего организма; созданием ситуации успеха в овладении навыками накопления собственного здоровья.

Нами определён и опробован механизм приобщения детей как субъектов этой деятельности к созиданию, проектированию своего собственного здоровья. Он заключается в следующем:

- интериоризации ценности собственного здоровья как уникальной и непреходящей;
- самостоятельном поиске школьником средств для достижения поставленной цели - сохранить и накопить собственное здоровье;
- определении препятствий при реализации поставленной цели;
- самостоятельном поиске резервов для преодоления препятствий на пути созидания здоровья, включая стимулирование и т.п.

Перед нами остро встала проблема нахождения способа измерения уровня сформированности культуры здоровья, определения её критериального аппарата. Критерии - это признаки, на основании которых производится оценка качества, состояния. Исходя из системного понимания культуры, выделения её структурных и функциональных компонентов мы используем в качестве критериев культуры здоровья критерий ценностного отношения к своему здоровью, критерий операциональной готовности и критерий объективной результативности.

За основу обоснования критериев культуры здоровья были взяты положения С.Г.Спасибенко (1986) о том, что критерии должны отражать основные закономерности формирования личности; с помощью критериев должны устанавливаться связи между всеми компонентами исследуемой системы; качественные показатели должны выступать в единстве с количественными. И.Г. Бердников (1998) расширяет требования к критериям в соответствии со спецификой исследования: критерии должны быть раскрыты через ряд качественных признаков (показателей), по мере проявления которых можно судить о большей или меньшей степени выраженности данного критерия; критерии должны отражать динамику измеряемого качества во времени и культурно-педагогическом пространстве. Таким образом, нами была сделана попытка конструирования критериального аппарата определения культуры здоровья, установления уровня её сформированности.

Критерий ценностного отношения к собственному здоровью проявляется через совокупность следующих показателей: осознание необходимости изучить состояние своего здоровья, выявить позитивные и негативные факторы, влияющие на его состояние, осознание ценности здоровья для обеспечения оптимального функционирования в социуме. Показатели данного критерия определялись посредством диагностики анкетирования, интервьюирования, определения коэффициента и индекса удовлетворённости по методике В.А. Ядова. Оценка суждений (в анкетах, интервьюировании) проводилась в соответствии с требованиями и ранжировалась по трёхбалльной системе: «3» - ясно осознаёт, «2» - в основном представляет, «1» - испытывает затруднения в осознании, не понимает значимости, игнорирует.

Критерии операциональной готовности предусматривают не только знание особенностей своего организма, факторов как позитивно, так и негативно влияющих на его состояние, но и активное оперирование знаниями на уровне навыков. Важным для данного критерия является оперирование знаниями, способствующими сохранению здоровья окружающих: создание благоприятного психологического микроклимата, устранение факторов, препятствующих конструктивному общению, устранение факторов, угрожающих соматическому здоровью: привлечение к распитию спиртных напитков, употреблению наркотических и токсических средств, рискованное поведение на дорогах при использовании транспортных и технических средств, превенция заболеваний, передающихся половым путём,

включая СПИД и т.д. Оценка по данному критерию производилась посредством оценивания совокупности умений, отражающих уровень сформированности данных навыков также по 3-балльной шкале, позволяющей провести уровневый анализ сформированности умений, а также определить характер внутренних корреляционных связей между отдельными умениями решать предложенные задачи.

Критерий объективной результативности рассматривается нами как интегративный показатель результатов деятельности субъекта, обладающего или не обладающего культурой здоровья. Подвергается экспертизе и анализу состояние здоровья респондента, количество дней, пропущенных по болезни и без уважительных причин (индекс индивидуального здоровья и индекс психологического благополучия по И.В.Чупаха, Е.В.Пужаевой, И.Ю. Соколовой), за определённый период - учебный год.

Разработанная нами комплексная методика оценки уровня сформированности культуры здоровья школьников была использована на этапах констатирующего эксперимента и опытно-экспериментальной работы на базе МОУ СОШ №70 г. Тюмени, МОУ СОШ №2 г. Ханты-Мансийска. Обобщённый фактический материал позволил описать три уровня сформированности культуры здоровья школьников.

Деадаптивный уровень сформированности культуры здоровья школьников характеризуется неустойчивым отношением к своему здоровью, индивид не осознаёт ценности здоровья, относится к нему как к данности от природы, присутствует установка на безграничность его ресурсов. Он не делает попытки познать резервы своего организма, выявить факторы, угрожа-

ющие здоровью, повышающие качество функционирования своего организма. Не ведёт здоровый образ жизни. Не имеет чёткой субъективной позиции в отношении рискованного поведения. Демонстрируя данную модель поведения, деструктивно влияет на здоровье окружающих: конфликтен, агрессивен, провоцирует возникновение негативных эмоций и т.д.

Адаптивный уровень характеризуется достаточно устойчивым отношением к своему здоровью, всем его компонентам. Индивид осознаёт ценность здоровья, понимает его значимость для оптимального функционирования в социуме и в построении собственной карьеры. Делает попытки изучить свой организм, его потенциальные возможности. Однако эти проявления фрагментарны, эпизодичны. Персонифицированный навык сбережения здоровья актуализируется лишь в случае острой в этом необходимости (т.е. в период возникновения, обострения заболеваний). В отношении здоровья окружающих не имеет чётких принципиальных позиций, может подвергаться их негативному влиянию, провоцировать на конфликтное взаимодействие, правда, извлекая в дальнейшем конструктивный результат.

Созидательный уровень характеризуется устойчивым отношением к своему здоровью. Индивид выступает в роли творческого субъекта, активно познающего резервы собственного организма, ведёт персонифицированный здоровый образ жизни с учётом состояния здоровья, устраняя факторы, способные негативно повлиять на его компоненты. Демонстрирует поведение социально-психологически зрелой личности, способной взять на себя и нести ответственность за своё здоровье, а значит, и своё будущее.