

УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЕМ: ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ УЧАСТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА (ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ)

М.Х. Шрага, Е.Ф. Фефилова

*Поморский государственный университет имени М.В. Ломоносова**

А.И. Кудря

*Архангельский областной ИППК работников образования***

В современной России со свойственным ей квазисовременным типом общественного здоровья до сих пор не удалось преодолеть тенденцию роста первичной заболеваемости детей. С 1993-го по 2004 год заболеваемость детей в Российской Федерации в возрасте до 15 лет выросла на 42,5%.

Остаются без положительной динамики четыре группы проблем, определявших общественное здоровье в Российской Федерации в конце XX века.

1. Неестественные, насильственные причины (убийства, самоубийства, дорожные катастрофы, утопления и др.).

2. Заболевания социально-бытового неблагополучия (сифилис, туберкулез и другие инфекции, паразитарные болезни, алкоголизм, наркомания и др.).

3. Проблемы охраны материнства и детства (младенческая и детская смертность, анемии среди беременных, нездоровые новорожденные и дети, аборт и др.).

4. Основные хронические болезни (психические расстройства, болезнисистемы кровообращения, болезни легких и бронхов), инвалидность, особенно с детства.

В Архангельской области за этот же десятилетний период первичная заболеваемость детей увеличилась: на первом году жизни – на 34,8%; в возрасте до 15 лет – на 34,2 %; и среди подростков – на 38,2%.

Удельный вес болезней органов дыхания среди детей до 15 лет остался очень высоким – 50,4%. В этом же возрасте отмечались динамическое ухудшение состояния здоровья детей, рост

распространенности хронических форм патологии, рост болезней органов пищеварения, заболеваний глаз и опорно-двигательного аппарата. В последние годы отмечается негативная тенденция увеличения среди детей в общеобразовательных коллективах доли лиц с дефицитом массы тела.

Эти факты могут указывать на значимую роль, какую в этом процессе играет система образования, образовательный процесс и конкретные образовательные учреждения. И в этой связи вновь, уже в который раз, следует признать, что проблему здоровья детей надо решать незамедлительно. Причем не столько путем лечения больных, сколько на уровне обеспечения условий для формирования и укрепления здоровья.

Характерно, что формально это уже нашло отражение в «Концепции модернизации российского образования на период до 2010 года»¹. В ней, в частности, предусматривается проведение оптимизации учебной, психологической и физической нагрузки учащихся и создание в образовательных учреждениях (ОУ) условий для сохранения и укрепления здоровья обучающихся, в том числе за счет:

- реальной разгрузки содержания общего образования;
- использования эффективных методов обучения;
- повышения удельного веса и качества занятий физической культурой;
- организации мониторинга состояния здоровья детей и молодежи;
- улучшения организации питания обучающихся в образовательных учреждениях;
- рационализации досуговой деятельности, канникулярного времени и летнего отдыха детей и молодежи и т.п.

Здоровье в конечном счете зависит от способности общества успешно регулировать взаимосвязь между физической, биологической, социальной и экономической средой.

* **Моисей Хаймович Шрага** – доктор медицинских наук, профессор кафедры социальной работы Поморского государственного университета имени М.В. Ломоносова.

Елена Федоровна Фефилова – кандидат педагогических наук, доцент, декан факультета повышения квалификации (ФПК), профессор кафедры менеджмента ФПК Поморского государственного университета имени М.В. Ломоносова.

** **Людмила Ивановна Кудря** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой охраны здоровья участников образовательного процесса Архангельского института переподготовки и повышения квалификации работников образования (АО ИППК РО).

¹ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2001 г. № 1756-р.

Экологический подход позволяет рассматривать образовательные учреждения (ОУ) как специфическую экосферу (школьная среда обитания), которая в свою очередь представляется подсистемой экологической сферы более высокого иерархического уровня.

Отметим, что термину «экосфера» близки по семантике такие устоявшиеся педагогические термины, как «педагогическая система» (ПС), «образовательная система» (ОС) и др. Понятие же ОС тесно связано с проблемами «социальной экологии», предметом которой являются специфические связи между человеком и средой его обитания.

Г.Н. Александров и соавторы подчеркивают, что понятие ПС должно описывать основные связи и отношения, структуру и организацию объекта². Они доказывают, что школа, как социальный институт, является ведущим среди других учебных заведений и видов ПС. Под педагогическим процессом ученые понимают процесс, протекающий в ПС и отражающий те изменения, которые происходят в управляемом объекте (ученике), оцениваемые показателями: качество усвоения знаний, навыков и умений; умственного развития; воспитанности.

Специфично, что среди оцениваемых критериев течения педагогических процессов нет показателей здоровья! В этой связи бытует мнение, что Министерство образования РФ, запретив преподавание и практику паранауки «валеологии» в ОУ, легко поддалась давлению Русской православной церкви и консервативным ученым-медикам³ и тем самым «выплеснуло с водой ребенка».

Некоторые даже видят в этом начало краха российской науки⁴, проводя аналогию с имевшим место в нашей стране погромами генетики, педологии, кибернетики, биостатистики и пр.

Мы же, наоборот, полагаем, что без освобождения ОУ от околонучных валеологических взглядов нельзя добиться успеха в охране здоровья участников образовательного процесса. И в этой связи находим необходимым и закономерным, обратиться к теме «здоровьесбережения», в контексте управления образованием.

Публикации по проблемам управления образованием начинают свой отсчет с 1920-х годов, причём пионером в этой области явилась послевоенная (советская) Россия.

По мнению М.С. Солодковой⁵, 1920-е годы были годами «управленческого бума» букваль-

но во всех сферах деятельности. В это же время все чаще и настойчивее поднимался вопрос о «социальной инженерии»⁶. К сожалению, в России начиная с 1925 года разработки в области управления были свернуты, а затем практически полностью прекращены.

С другой же стороны, уже в начале XXI века после эйфории управленческими идеями и на фоне продолжающегося бума менеджмента в России мы отмечаем, что технологический тип управления как регулирование в ОУ может быть применен с большими оговорками. Ибо не существуют адекватные критерии для оценки достижения целей воспитания, формирования личности, образования.

Мы разделяем точку зрения тех авторов, которые считают, что вообще термин «технология» применительно к педагогическим явлениям звучит достаточно формально и малоубедительно⁷, так как он в большей мере характеризует механические процессы, взаимодействие человека с предметами, вещами, а не взаимодействие человека с человеком. Более того, понятие «методика» шире понятия «технология», так как методика включает в себя вопросы образовательной политики, в том числе и выбор «технологии».

Еще раз отметим, что слово «технология» пришло в педагогику из промышленного производства, где оно обозначало процесс изготовления продукции наиболее эффективным и экономичным образом («технология изготовления втулки», «технология плавки чугуна» и т.д.).

Показательно, что в здоровьесберегающей практике российских школ конца XX и начала XXI в. принципиально столкнулись два основных принципа современной теории медицины (здравоохранения):

- первый базируется на признании «права на здоровье» и ответственности национальных правительств за обеспечение и охрану этого права⁸;
- второй выражает стратегию личной ответственности за свое здоровье.

⁶ В 1920 году в Москве создан Центральный институт организаторов народного образования, который явился первым в мире научно-исследовательским и учебным центром, занимающимся вопросами управления образованием. Первые годы жизни этого института отмечены активной и плодотворной работой.

⁷ Educational Technology & Society. 2000. № 3 (2).

⁸ Основные принципы охраны здоровья граждан: 1. Соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с ними государственных гарантий. 2. Приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан. 3. Доступность медико-социальной помощи. 4. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья. 5. Ответственность органов государственной власти и управления предприятий учреждений и организаций независимо от форм собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья. Эти принципы записаны в основном законе – Конституции РФ (ст. 41, 42).

² Educational Technology & Society. 2000. № 3 (2).

³ Циркин В.В. Запрещение - не лучшая защита/ В. В. Циркин // Поиск. – 2000. – № 14 (568). – С. 13–16.

⁴ Айзман Р.И. Педагогическая валеология - стратегия самосозидания / Р.И. Айзман // Сибирский учитель. – 2000. – № 1 (5). – С. 4–7.

⁵ Солодкая М.С. Управление образованием: философско-методологический аспект // Теоретический журнал CREDO. – № 4, 1998. – С. 3–8.

Стратегия личной ответственности за свое здоровье насаждалась в образовательных учреждениях России, в частности, валеологией (отрасль культурологии).

И.К. Лисеев в этой связи рассмотрел притязания «валеологии» на создание «интегральной теории здоровья»⁹. Он отметил декларативность валеологического «системного понимания человека»¹⁰. Ученый не увидел новизны в «валеологическом» подходе к человеку, так как она фактически сопровождается рассмотрением материала из области медицины, профилактической медицины, гигиены, иногда – психологии¹¹. Обращено внимание на поверхностный подход к методологическим проблемам создания целостной концепции здоровья¹².

Две концепции современного здравоохранения непримиримо разделяются разным пониманием термина «здоровый образ жизни». В основе одной – так называемые нормы «самоохранительного» поведения личности, и это сужает понимание социальных категорий «образ жизни» и «здоровый образ жизни»¹³.

Ограниченность такой стратегии отмечали О.П. Щепин и соавторы, справедливо указывая, что «прежде чем ставить задачу обеспечения гармоничной и свободной жизни каждого индивида, общество должно создать определенный минимум условий для выполнения этой программы»¹⁴.

⁹ Лисеев И.К. Мировоззренческий и научный статус валеологии (к проблеме построения общей теории здоровья) // *Философия здоровья*, 2001.

¹⁰ Излагается лишь функционирование человеческого организма.

¹¹ Так что в лучшем случае валеология является бессистемным смешением различных наук о человеке и различных методик его исследования. Однако, как правило, основной корпус валеологических текстов состоит из физиологических и медицинских описаний, соответственно построенных на медицинской системе понятий.

¹² Как правило, они ничего не знают (и не хотят знать) о возникающих здесь теоретических трудностях, а просто декларируют, что валеология – интегральная наука на стыке всех наук о здоровье человека, не входя в подробности этой декларации и используя на деле лишь медицинский понятийный аппарат. Здесь они идут в русле общей направленности современной научной мысли, тяготеющей к натурализму, который не усматривает принципиального различия между миром природы и миром культуры, не считает с тем, что мир духа имеет свои законы и не учитывает, что их нарушение ведет к болезни.

¹³ Содержание дефиниции «здоровый образ жизни» сводится к сбалансированному, умеренному питанию, умению правильно отдыхать и достаточной физической активности, умению справляться со стрессовыми ситуациями, планированию семьи, отсутствию вредных привычек, регулярному посещению лечебно-профилактических учреждений (диспансеризации), выполнению медицинских предписаний и назначений.

¹⁴ Щепин О. П., Царегородцев Г. П., Ерохин В. Г. *Медицина и общество*. – М.: Медицина, 1983. – С. 98-109.

Понятие «образ жизни» является в большей степени категорией отечественной социологии, философии, чем медицины¹⁵.

Апологеты стратегии личной ответственности за свое здоровье пытаются убедить людей в том, что охрана здоровья является их собственным делом, а не естественным правом и ответственностью общества, государственной власти.

По большому счету, индивидуальная модель вырывает индивидуальное поведение риска из его материального, социального, культурного контекста, маркирует это поведение как отклоняющееся поведение, являющееся виной субъекта, и определяет этого субъекта как носителя риска.

В действительности же причинами так называемого «самодеструктивного» поведения людей, чаще всего являются нужда, чувство отчуждения и отвращения, которые приводят снова и снова к вредному для здоровья потреблению определенной пищи, сигарет, алкоголя, наркотиков, медикаментов.

Поведение индивида на деле преимущественно обуславливается структурными, экономическими, культурными и социальными условиями, а именно: наличием денег, знаний и возможности выбора профессии, включая ее безопасность.

Если основным принципом управления здоровьем в ОУ признать все же способ регулирования общественных отношений на основе обязательных для исполнения всеми текстовых установлений, т.е. законов и федеральных подзаконных актов, то следует в этом случае обратиться к праву на здоровье.

Среднее школьное образование юридически защищено экономическим и социальным правом на образование, которое присутствует в нескольких международных соглашениях по правам человека¹⁶. Право же на здоровье в этом случае оказывается взаимосвязанным с правом на образование, поскольку речь идет об образовании в вопросах, связанных со здоровьем.

Российскому обществу еще следует осознать главные итоги XX века в медицине:

- признание здоровья социальным правом человека;
- осознание социальной системности здравоохранения и его разномасштабных проблем;
- признание того, что медицина есть здравоохранение;
- роль межсекторального сотрудничества в реплении здоровья людей.

Право на здоровье является одним из основополагающих прав каждого человека на земле, независимо от его расы, вероисповедания, политических убеждений, материального или социального статуса в обществе. Совокупность сис-

¹⁵ <http://voc.metromir.ru/phylosofy/id815/>

¹⁶ Ст. 12 МПЭСКП, ст. 24 КПП.

тем международных норм, направленных на улучшение здоровья всех людей на земле, является международным медицинским правом.

Международное законодательство по правам человека ссылается на «наивысший достижимый уровень состояния здоровья» как объект гарантированного права на охрану здоровья¹⁷.

Объем права на здоровье состоит из тех элементов, которые содержатся в различных международных соглашениях, устанавливающих право на здоровье¹⁸. Объем «права на здоровье» является, соответственно, и его «принципиальным содержанием». Сущность «права на здоровье» образует ядро его «объема».

Принято считать, что «право на здоровье» вместе с «правом на питание, образование и достойные жилищные условия» относится к экономическим, социальным¹⁹ и культурным правам²⁰.

Гражданский кодекс РФ²¹ называет здоровье в ряду принадлежащих гражданину от рождения неотчуждаемых и не передаваемых иным способом нематериальных благ.

Международный стандарт прав человека закреплен в основных международных документах и предлагается мировому сообществу в качестве образца²².

Внимание к точкам пересечения прав человека и охраны здоровья может обеспечивать практическую выгоду для всех, кто занимается охраной здоровья или правами человека, может помочь понять, что права человека применитель-

ны на практическом уровне, а не только на глобальном (табл. 1).

Однако диалог между охраной здоровья и правами человека требует общей основы:

- во-первых, что такое «здоровье»;
- во-вторых, «право на здоровье», или право на «охрану здоровья».

Определение понятия «здоровье» было в свое время дано в Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)²³ и получило наиболее широкую известность. Однако многие²⁴ специалисты-медики, в т. ч. и в области охраны здоровья, осторожно относятся к пространному и размытому определению здоровья из Устава ВОЗ^{25,26}.

В целом можно сказать, что определение права на здоровье, данное в Уставе ВОЗ, помогло праву на здоровье выйти на международную арену.

Какой же юридический смысл несет термин «право на здоровье»? Нет ли в нем только желания уровнять «здоровье» с другими социальными благами, как образование, питание и работа. Наиболее очевидно, что это право на «достижение всеми людьми наивысшего возможного уровня здоровья»²⁷.

В итоге признано, что право на здоровье состоит из двух компонентов:

- права на «здоровые условия проживания» (традиционные области общественного здравоохранения);
- права на «охрану здоровья», которое обычно отождествляется с врачебной помощью, направленной на предотвращение заболеваний и восстановление здоровья конкретного человека, а не на социальное здравоохранение.

Из всего вышесказанного можно заключить, что термин «охрана здоровья» в международных соглашениях, устанавливающих «право на здоровье», относится ко всему спектру служб здравоохранения, включая службы по профилактике болезней, службы по планированию семьи и собственно врачебную помощь.

Улучшение и защита здоровья, а также предотвращение заболеваний частично выходят за рамки «охраны здоровья» и относятся, скорее, к «основополагающим предпосылкам здоровья», так как в них содержатся такие элементы, как пропаганда здоровья, социальная поддержка, улучшение питания и санитарных условий.

¹⁷ Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12 (1) (с указанием на «физическое и психическое здоровье»), Конвенция о правах ребенка, статья 24 (1) (с указанием на «здоровье»).

¹⁸ http://www.krotov.info/lib_sec/19_t/tob/es_05.htm

¹⁹ Экономические и социальные права изложены в статьях 22–26 Всеобщей декларации прав человека и включают в себя право на труд и его свободный выбор, на справедливые и благоприятные условия труда, справедливое вознаграждение и равную оплату за равный труд, разумное ограничение рабочего дня, право создавать профсоюзы и вступать в них, право на отдых, на достойный жизненный уровень, медицинский уход, социальное обслуживание и образование.

²⁰ Тобес Б. Право на здоровье: Теория и практика. – М.: Устойчивый мир, 2001. – 370 с. Пер. с англ.

²¹ П. 1 ст. 150. Гражданский кодекс Российской Федерации (с изменениями от 20 февраля, 12 августа 1996 г., 24 октября 1997 г., 8 июля, 17 декабря 1999 г., 16 апреля, 15 мая 2001 г.).

²² 1. Устав ООН – принцип недискриминации людей по признаку расы, языка, религии и пола и призыв к мировому сообществу – сотрудничать в области прав человека. 2. Всеобщая декларация прав человека 1948 г., в которой конкретно определяются права и свободы человека. 3. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах и Международный пакт о гражданских и политических правах и Факультативный протокол к нему (Пакты приняты в 1966 г. и вступили в силу в 1976 г.). 4. Различного рода международные региональные соглашения по правам человека (Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод 1950 г., Европейская социальная хартия 1961 г., Американская конвенция о правах человека 1969 г., Африканская хартия прав человека и народов 1981 г.).

²³ «Здоровье – это физическое, психическое и социальное благополучие личности, а не просто отсутствие того или иного заболевания».

²⁴ www.krotov.info/lib_sec/19_t/tob/es_02.htm

²⁵ Здесь отвергается «негативное» определение («здоровье – это отсутствие болезней») и здоровье определяется «позитивно», причем самым широким образом.

²⁶ В ст. 12 МПЭСКП оно было уточнено.

²⁷ Международная конференция по здоровью, собравшаяся в Нью-Йорке 19 июня 1946 года.

*Элементы права на здоровье, которые входят одновременно
в сферу действия других прав человека*

Элементы права	Содержание
Медицинская помощь	<p>Медицинская помощь матерям и детям, включая службы по планированию размера семьи.</p> <p>Иммунизация от основных инфекционных заболеваний.</p> <p>Необходимое лечение наиболее распространенных болезней и травм.</p> <p>Обеспечение минимально необходимого набора лекарств.</p> <p>меры по снижению уровня младенческой смертности и увеличению средней продолжительности жизни.</p> <p>Доступ к медицинскому лечению в тюрьмах.</p> <p>Предотвращение профессиональных заболеваний, их лечение и контроль</p>
Основополагающие предпосылки здоровья	<p>Здоровая окружающая среда.</p> <p>Наличие в тюрьмах удовлетворительных санитарных условий и средств поддержания гигиены.</p> <p>Доступ к продовольствию достаточной питательности.</p> <p>Доступ к информации, связанной со здоровьем.</p> <p>Обеспечение гигиены труда в промышленности, лечение и контроль за профессиональными заболеваниями.</p> <p>Защита психического здоровья от пребывания в тюрьме.</p> <p>Меры по борьбе вредными обычаями.</p> <p>Меры по предотвращению аборт, совершаемых в опасных для здоровья женщины условиях</p>
Элементы, которые не должны включаться в сферу применения права на здоровье	<p>Защита от произвольного убийства.</p> <p>Защита от загрязнения окружающей среды, не представляющего опасности для здоровья человека.</p> <p>Запрещение пыток.</p> <p>Запрещение бесчеловечного и унижающего человеческого достоинство обращения, если речь не идет о лишении медицинского лечения или плохих санитарных условиях в тюрьмах.</p> <p>Защита от медицинского и научного экспериментирования; школьное образование.</p> <p>Право на информацию в системе отношений «пациент–врач».</p> <p>Удовлетворительные жилищные условия.</p> <p>Удовлетворительные условия труда, когда это не касается гигиены труда и предотвращения, лечения и контроля за профессиональными заболеваниями</p>

Таким образом, теоретической основой управления здоровьем ОУ может быть только та, в которой исходно заложено «право на здоровье» и комплексное системное представление о проблемах, которые требуют решения.

Практическая реализация такого вида социального менеджмента должна осуществлять через комплексную систему здоровьесберегающей деятельности ОУ – его стратегический план.

Мы разделяем точку зрения профессора М.М. Безруких, которая отмечает, что в России крайне редко и в единичных случаях проводится предварительный мониторинг проблем здоровья ОУ²⁸.

Как правило, обоснование форм и методов, выбор направлений этой работы диктуется не потребностями и проблемами конкретного образовательного учреждения, а скорее, «модой» на отдельные виды здоровьесберегающей деятельности (профилактика «школьных болезней») в ОУ.

Педагогическая литература пополнилась множеством терминов, отражающих, по сути, признанное понятие «здоровоохранение»²⁹. Обсуждая, эти неологизмы мы считаем, что, во-первых, они не вносят ничего нового ни в теорию, ни в практику общественного здравоохранения (и охрану здоровья участников образовательного процесса). Во-вторых, употребление этих терминов к месту только в контексте системного управления ПС и Ппр. Более того, в противном случае они мистифицируют администраторов, менеджеров ОУ, учителей, которые перестают ставить во главу угла своей деятельности нормы права детей на здоровье и обязательность выполнения существующих нормативно-правовых актов РФ (в т. ч. СанПиНов).

Суть этих неологизмов можно найти в научном анализе³⁰ понятия «здоровьесберегающие технологии (ЗСТ)» в ОУ³¹. Здоровьесбережение помимо педагогических, физиологических и прочих сторон имеет и социально-экономический аспект. Анализ уточняет, что гигиенически полноценная среда обитания определяется «благоустройством и санитарным состоянием образовательного учреждения». Они еще раз подтверждают, что профилактика нарушений здоровья учащихся при обучении в школах – это прежде всего мероприятия по сниже-

нию влияния неблагоприятных внутришкольных факторов.

К сожалению, в теперешней России наиболее интенсивно развивающимся направлением «здоровьесберегающей деятельности в ОУ» является создание специальных лечебно-оздоровительных комплексов (кабинетов), оснащенных дорогостоящими приборами и оборудованием.

Мы не относим лечебную и оздоровительную работу (с использованием специальных процедур, требующих врачебного назначения, наблюдения и контроля, таких как различные виды массажа, физиотерапии, бальнеотерапии, фитотерапии, ароматерапии, озонотерапии и т. п.) к функциям ОУ.

Школа не должна подменять собой работу детской поликлиники, а прежде всего обязана содействовать сохранению здоровья своими методами:

- а) строгим соблюдением санитарно-гигиенических условий обучения;
- б) нормированием учебных нагрузок;
- в) применением образовательных методов и методик с учетом физиологических возможностей ребенка;
- г) созданием благоприятного эмоционального и психологического фона занятий (психологическая безопасность).

Базовая модель системной комплексной работы по сохранению и укреплению здоровья в ОУ может состоять из шести взаимосвязанных блоков:

- здоровьесберегающая инфраструктура ОУ³²;
- рациональная организация учебного процесса³³;
- организация физкультурно-оздоровительной работы³⁴;
- санитарно-гигиеническое образование и воспитание учащихся³⁵;
- санитарно-гигиеническое образование и воспитание педагогов и родителей³⁶;
- профилактика и динамическое наблюдение за состоянием здоровья³⁷.

²⁸ Безруких М.М. Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения // Методические рекомендации / Под ред. М.М. Безруких, В.Д. Сонькина. – М.: Триада-фарм. – 2002. – С. 41-42.

²⁹ «Здоровьесберегающие образовательные технологии (ЗОТ)», «здоровьесберегающие технологии в школе», «здоровьесберегающие медицинские технологии (ЗСМТ)», «здоровьесберегающие технологии административной работы в школе», «здоровьесберегающие технологии семейного воспитания» и др.

³⁰ Методические рекомендации: Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения / Под ред. М.М. Безруких, В.Д. Сонькина. – М.: Триада-фарм. – 2002. – С. 38-40.

³¹ Фактически следует понимать наличие или отсутствие в инфраструктуре ОУ тех условий, того комплекса мер и системных мероприятий, которые обеспечивают «здоровьесберегающую образовательную среду (ЗСОС)», особо выделяя условия формирования ценности здоровья и здорового образа жизни.

³² Состояние и содержание здания и помещений школы в соответствии с гигиеническими нормативами.

³³ Соблюдение гигиенических норм и требований к организации и объему учебной и внеучебной нагрузки (домашние задания) учащихся на всех этапах обучения.

³⁴ Полноценная и эффективная работа со всеми учащимися (на уроках физкультуры, в секциях и т. п.).

³⁵ Включение в систему работы ОУ образовательных программ, направленных на формирование ЗОЖ.

³⁶ Лекции, семинары, консультации, курсы по различным вопросам роста и развития ребенка, его здоровья, факторов положительно и отрицательно влияющих на здоровье, и т. п.

³⁷ Регулярный анализ и обсуждение на педсоветах данных о состоянии здоровья школьников, доступность сведений для каждого педагога; регулярный анализ результатов динамических наблюдений за состоянием здоровья и их обсуждение с педагогами, родителями.

В последние годы, для оценки состояния здоровья и функционального состояния школьников, используются методы физиологических исследований (контроль сердечно-сосудистой системы, системы дыхания, изучение состояния физического развития, анализ резервных возможностей организма при использовании функциональных проб и т. п.), при этом рекомендуется использовать результаты исследований в качестве оценочных показателей работы школы по сохранению здоровья. Необходимо отметить, что проведение подобных физиологических исследований для оценки эффективности работы по сохранению и укреплению здоровья (особенно через короткий промежуток времени) нецелесообразно и неэффективно.

В практической плоскости можно рекомендовать для ОУ тактику поэтапного достижения оздоровления ПС:

- начальный (базовый) уровень достижения здоровья ОУ³⁸;
- устойчивое развитие здоровья ОУ³⁹;
- оптимальный уровень достижения здоровья ОУ⁴⁰.

Еще раз отметим недостаточное внимание к тем формам и методам здоровьесберегающей деятельности, которые являются непосредственной функцией образовательного учреждения.

Соответственно, должна быть выстроена иерархия уровней управления ОУ:

- 1) управление образовательной средой – цель создания здоровой и безопасной школьной среды на основе федеральных нормативных требований;
- 2) управление педагогическим процессом на основании оцениваемых количественных показателей, включающих в обязательном порядке не только педагогические показатели, но и показатели физического и психического здоровья, в т. ч. утомляемость и переутомляемость;
- 3) алгоритмизация деятельности школы на основе проектирования всех учебно-воспитательных ситуаций;

4) алгоритмизация деятельности преподавателя и учащихся на уроке;

5) включение в школьную программу образовательных курсов преподавания школьникам основ научных гигиенических знаний (здорового образа жизни);

6) непрерывное обучение педагогов научных гигиенических знаний (ЗОЖ);

7) включение знаний ЗОЖ в программы основных школьных дисциплин;

8) создание коалиции для оздоровления педагогической системы;

9) исключение перегрузки учителей – не более 18 часов в неделю.

По сути, каждая российская школа – и это мнение многих специалистов – должна стать «школой здоровья».

В XXI веке вновь наметилось оживление интереса к «социальному» содержанию вопросов общественного здоровья, связанное, например, с осмыслением роли образования, нормальной семьи в воспитании здорового поколения или с исследованием воздействия на молодежь массовой культуры.

³⁸ Состояние, оцениваемое по формальным критериям, включающим соответствие материально-технической базы и условий обучения и воспитания основным санитарно-гигиеническим нормам и правилам, выполнение регламентированной программой педагогических мероприятий: обучение здоровью, увеличение двигательной активности обучающихся (физкультминутки на уроках, подвижные перемены, увеличение количества спортивных секций, внеклассные спортивные мероприятия, работа специальных медицинских групп для ослабленных детей); вовлечение родителей и окружающего социума в школьную жизнь.

³⁹ При соответствии базовым требованиям и при наличии работающего школьного проекта оздоровления всех участников учебно-воспитательного процесса.

⁴⁰ Школа должна отвечать требованиям международных стандартов к материально-технической базе, условиям обучения и воспитания, иметь достоверные показатели улучшения здоровья обучающихся, а также уменьшения количества поведенческих рисков, опасных для здоровья.