

УДК 371.7 (470.1)

**ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
В ШКОЛАХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА**

**TECHNOLOGICAL ASPECTS OF HEALTH SAVING ACTIVITY  
AT SCHOOLS OF THE FAR NORTH**

**Ж. В. Шарафуллина<sup>1</sup>, С. А. Уланова<sup>2</sup>**

**J. V. Sharafullina<sup>1</sup>, S. A. Ulanova<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВПО «Коми государственный педагогический институт», г. Сыктывкар

<sup>2</sup>Государственное учреждение Республики Коми «Республиканский центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции», г. Сыктывкар

**Аннотация.** В настоящей статье актуализируется проблема здоровьесбережения школьников Крайнего Севера и представлен личный опыт авторов по организации здоровьесберегающей образовательной среды в школе г. Усинска. Представлено авторское видение структуры такой среды. В основу анализа технологических аспектов здоровьесбережения положено авторское понимание коммуникативно-технологического компонента здоровьесберегающей образовательной среды.

**Abstract.** The article considers the health saving issue of schoolchildren in the region of the Far North and presents the authors' experience on the health saving environment formation at school in Usinsk. The article presents the authors' vision of such environmental structure. The authors' understanding of communicative and technological component of health saving educational environment is in the basis of the analysis of technological aspects of health saving.

**Ключевые слова:** здоровьесберегающая деятельность, здоровьесберегающая среда, технологии здоровьесбережения.

**Keywords:** health saving activity, health saving environment, health saving technologies.

**Актуальность исследуемой проблемы.** Проблема охраны здоровья населения Крайнего Севера всегда была и остается приоритетной. Северяне испытывают на себе комплекс неблагоприятных воздействий: климатогеографических, экологических и социальных. В силу биологических причин дети более подвержены всем этим влияниям, так как у них интенсивнее протекают процессы роста и созревания организма. К этому следует добавить нерациональное питание, вредные привычки, неблагоприятный режим труда и отдыха, приводящий к гиподинамии, неграмотность педагогов, родителей, а также самих детей в вопросах сохранения здоровья. При том что более 70 % времени бодрствования у детей и подростков связано со школой, сама образовательная среда становится фактором риска для здоровья учащихся. Процесс адаптации к новым социальным условиям обучения в условиях Севера имеет отличия от физиологических механизмов адаптации в средних широтах.

Особенностями процесса адаптации в условиях Севера можно считать длительный период всех фаз адаптации и более выраженную нагрузку на все функциональные системы. Районы Республики Коми относятся к зоне продолжительного «ультрафиолетового голодания» (более шести месяцев) и имеют своеобразный радиационный режим: двухмесячные периоды непрерывного дня (летом) и непрерывной ночи (зимой) перемежаются четырехмесячными периодами со сменой дня и ночи в течение суток. К экстремальным факторам Республики Коми можно отнести чрезвычайно продолжительную зиму (с низкими температурами и сильным ветром), короткое холодное лето, нарушение фотопериодичности (полярный день и полярная ночь), магнитные возмущения, однообразие ландшафта, изоляцию и гипокинезию людей в малочисленных населенных пунктах, особенности питания, бедность флоры и фауны, контрастную изменчивость погоды [3, 21].

Проблема создания в школах Крайнего Севера такой здоровьесберегающей образовательной среды, которая бы объединяла потенциал школьных администраторов, учителей-предметников и самих учащихся как субъектов здоровьесбережения, встает, как видим, со всей очевидностью. Залогом эффективности такой среды должна стать целостность ее предметно-пространственных и субъектно-психических составляющих.

**Материал и методика исследований.** Опытнo-экспериментальную базу исследования составили: СОШ № 30 Эжвинского района г. Сыктывкара, СОШ № 43 г. Сыктывкара, СОШ № 3 п. Ачим Княжпогостского района Республики Коми, СОШ № 6 г. Усинска. Исследование проводилось на протяжении пяти лет и состояло из нескольких этапов.

*Первый этап (2003–2004 гг.)* – комплексное изучение философской, социологической, психолого-педагогической литературы по проблеме исследования; анализ нормативных документов; выявление теоретико-методологических основ создания здоровьесберегающей образовательной среды; постановка цели и задач исследования; теоретическое моделирование исследуемого процесса.

*Второй этап (2004–2007 гг.)* – *опытно-экспериментальный*: расширение научнопонятийной базы исследования; практикоориентированное обоснование исследовательского опыта и данных констатирующего эксперимента; проведение формирующего эксперимента.

*Третий этап (2007–2012 гг.)* – *завершающий аналитический этап*: анализ результатов экспериментальной работы; итоговое обобщение полученных данных.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Структуру здоровьесберегающей среды составляют три основных компонента: предметно-пространственный, организационно-стратегический и коммуникативно-технологический, но решающее влияние на процесс средовой детерминации здоровьесбережения имеет коммуникативно-технологический компонент, поскольку именно в нем заключены субъектно-психические ресурсы здоровьесберегающей среды. Коммуникативно-технологический компонент здоровьесберегающей среды включает в себя непосредственное педагогическое взаимодействие субъектов образовательного процесса; используемые технологии здоровьесбережения; связь основного и дополнительного образования и др. [1], [2], [3]. Мы считаем, что рассматриваемый компонент можно охарактеризовать через технологии физического оздоровления, технологии стабилизации и укрепления психического здоровья и технологии развития здоровья духовного. Технологичность здесь усиливается вниманием к взаимодействию (к коммуникации) всех субъектов здоровьесбережения, степенью и характером их вовлеченности в процесс средообразования.

Изучение литературы по проблеме исследования, выявление теоретико-методологических основ создания здоровьесберегающей образовательной среды и теоретическое моделирование исследуемого процесса актуализировали наши дальнейшие действия по оценке существующей практики здоровьесбережения школьников. Их мы осуществили уже исходя из логики средового подхода. На основании ранее обоснованной структуры здоровьесберегающей образовательной среды школы мы составили перечень показателей, отражающих функциональную состоятельность образовательного учреждения в использовании средовой детерминации здоровьесбережения (табл. 1).

Таблица 1

**Параметры оценки здоровьесберегающей образовательной среды школы**

<b>Структурный компонент здоровьесберегающей образовательной среды</b>	<b>Параметры оценки здоровьесберегающей образовательной среды школы</b>
Пространственно-предметный	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оборудование классных кабинетов в соответствии с СанПиН.</li> <li>2. Наличие рекреаций и зон досуга.</li> <li>3. Функциональность спортивного зала.</li> <li>4. Организация питания в школе.</li> <li>5. Эстетика школьного интерьера и придворовой территории школы</li> </ol>
Организационно-стратегический	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наличие программы здоровьесбережения школьников.</li> <li>2. Разработанность локальных нормативных актов здоровьесбережения.</li> <li>3. Научно-методическая обеспеченность здоровьесберегающей деятельности педагогического коллектива.</li> <li>4. Характер управления средовой детерминацией здоровьесбережения</li> </ol>
Коммуникативно-технологический	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Готовность педагогов к реализации здоровьесберегающих педагогических технологий.</li> <li>2. Формат вовлеченности учащихся в создание инфраструктуры здоровьесбережения.</li> <li>3. Содержание внеурочной здоровьесберегающей деятельности педагогов.</li> <li>4. Организация досуга школьников в рамках здоровьесбережения.</li> <li>5. Содержание социального партнерства школы</li> </ol>

Прибегая к представленным в табл. 1 параметрам здоровьесберегающей образовательной среды школы, мы допустили, что вполне объективную ее оценку можно получить уже посредством управленческой рефлексии школьных администраторов. Мы перевели заключенные в таблице параметры в вопросы анкеты и привлекли к анкетированию директоров экспериментальных школ, завучей по научно-методической и учебно-воспитательной работе. По итогам анкетирования мы получили, что готовность образовательных учреждений к использованию средовой детерминации здоровьесбережения невысока. Явно неудовлетворительным оказалось состояние организационно-стратегического компонента здоровьесберегающей образовательной среды экспериментальных школ в силу отсутствия в них программ здоровьесбережения и сопутствующих локальных нормативных актов. Научно-методическая обеспеченность здоровьесберегающей деятельности педагогического коллектива отсутствовала, поскольку направленность инновационных образовательных площадок имела иные приоритеты. В плане управления средовой детерминацией здоровьесбережения ситуация обстояла так, что основная ответственность была возложена на завуча по внеклассной работе, курирующего

внеурочную деятельность, и учителей-предметников. В экспериментальных школах не были выделены ставки педагога-валеолога и отсутствовали управленческие единицы, ответственные за координацию деятельности медиков и педагогов как субъектов здоровьесберегающей среды.

Оценку средового потенциала экспериментальных школ в отношении коммуниктивно-технологического компонента мы начали с анализа функциональной грамотности педагогов как субъектов здоровьесберегающей образовательной среды. Для этого мы воспользовались опытом Л. П. Вашлаевой и предложенной ею анкетой валеологической компетентности учителя. К анкетированию были привлечены 37 педагогов из разных школ. По результатам анкетирования мы получили, что при общей теоретической осведомленности педагогов в вопросах здоровьесбережения и ее средовой детерминации далеко не все преподаватели заявили о своей готовности к здоровьесберегающей педагогической практике. Если педагоги, совмещающие свои функции с обязанностями классных руководителей, демонстрировали позитивное отношение к программам здоровьесбережения, то смежная группа респондентов, напротив, выражала критичное отношение к ним. Как мы полагаем, во многом это явилось следствием искаженного понимания педагогами указанной группы роли образовательной среды в охране и развитии здоровья учащихся. Только 44 % опрошенных педагогов оценили свой профессиональный уровень в названной области как достаточный, а 56 % признали его недостаточным. Мы просили участников анкетирования быть объективными, не занижать и не завышать самооценку и ориентироваться в ней на рабочие, а не открытые уроки. Полученные таким образом данные представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Рациональная организация урока как показатель функциональной грамотности педагогов  
в вопросах здоровьесбережения**

Параметры самооценки	Количество маркировок из числа опрошенных		
	высокая оценка	оптимальная оценка	низкая оценка
Плотность урока	29	8	–
Разнообразие видов учебной деятельности	14	10	13
Частота чередования разных видов учебной деятельности	19	14	4
Разнообразие используемых дидактических приемов	12	16	9
Частота чередования используемых дидактических приемов	10	10	14
Положительный эмоциональный фон урока	12	20	5
Рациональность использования ТСО	7	21	9
Проведение и уместность физкультминуток	9	20	8
Реализация дидактических целей урока	18	12	7

Данные таблицы свидетельствуют, что далеко не все опрошенные педагоги правильно понимают требования рациональности урока. Так, при высокой оценке плотности урока (29 маркировок) только 9 опрошенных высоко оценили проведение и уместность на уроке физкультминуток, а по параметру «положительный эмоциональный фон урока» мы получили лишь 12 маркировок с высокой оценкой и 20 – с удовлетворительной. Даже

учитывая, что низкую оценку по этому параметру поставили себе всего пять педагогов, можно сделать вывод о недостаточной удовлетворенности уроком самих учителей. Это несколько противоречило оценке, данной по параметру «реализация дидактических целей урока», где высокую оценку поставили себе 18 опрошенных. Все это означает, что многие педагоги имеют искаженные, не совместимые со стратегией здоровьесбережения представления о качестве урока.

Результаты констатирующего эксперимента, полученные по оценке средовых факторов здоровьесбережения, мы должны были дополнить теми, которые отражали бы состояние здоровья самих учащихся, их самочувствие, отношение к учебному труду, уровень тревожности, сформированность ценностного отношения к своему здоровью, владение способами здоровьесбережения и готовность к саморазвитию при здоровом образе жизни. Понимая, что необходимо будет придерживаться формата настоящего исследования и заданной им темы, мы решили использовать метод анкетирования, где ответы на вопросы отражали бы все эти составляющие.

К анкетированию были привлечены 150 учащихся из разных школ. Это были учащиеся четвертых и девярых классов. Выбор объяснялся, во-первых, тем, что и четвероклассники, и девятиклассники, осознавая себя выпускниками очередного этапа обучения, не отрывают себя от среды школы, планируют обучаться в ней дальше и, соответственно, каким-то образом менять или улучшать свою школьную жизнь. Другой причиной такого выбора было желание сравнить результаты анкетирования с точки зрения отношения к своему здоровью и определения сензитивного возрастного периода для саморазвития с целью формирования ценностей здоровья (табл. 3).

Таблица 3

Состояние здоровья учащихся экспериментальной группы

Вопросы анкеты	Ответы «да»	
	4 кл., %	9 кл., %
Я могу назвать свое самочувствие хорошим (удовлетворительным)	56	64
Последнее время я очень часто чувствую себя плохо	32	21
Я хожу в школу с желанием	72	28
Мне приятно заниматься учебными делами, получать новые знания	45	45
Меня мало что тревожит	31	54
Меня очень тревожит моя успеваемость в школе	45	67
Меня тревожат отношения с одноклассниками, мне некомфортно в классном коллективе	21	60
Я не задумываюсь о своем здоровье	63	35
Я считаю, что я в ответе за свое здоровье	67	56
Я стараюсь поддерживать свое здоровье в порядке: делаю гимнастику, закаливание, занимаюсь спортом, избегаю вредных продуктов, отказываюсь от дурных привычек	46	28
Я был бы рад, если бы кто-то помогал мне укреплять здоровье: хочется поддержки и понимания	11	78
Я хочу вести здоровый образ жизни и готов развиваться в этом направлении	90	74

Проведенное анкетирование показало, что учащиеся четвертых классов несколько идеализированно относятся к проблеме здоровьесбережения и поэтому с готовностью говорят о своей ответственности за собственное здоровье, о готовности вести здоровый образ жизни и т. п. В то же время четвероклассники не осознают значимости группы и вообще школьной среды в становлении здорового образа жизни; они самонадеянны и рады осознавать себя по-взрослому самостоятельными. Истинное же состояние их здоровья выразилось в том, как маркировались вопросы успеваемости и межличностных отношений в классном коллективе. 45 % четвероклассников подтвердили, что их тревожит успеваемость, а 21 % – отношения с одноклассниками. Согласно этим ответам можно заключить, что психологический микроклимат в классе не обеспечивает учащимся должного душевного равновесия. Что же касается тревоги за успеваемость, то это тоже было выражением общей неудовлетворенности опрошенных своей персоной. Выходит, что здоровыми могли назвать себя не больше 50 % четвероклассников, привлеченных к эксперименту. Еще меньший процент был получен после анализа анкет учащихся девятых классов. Только 28 % опрошенных подтвердили, что заботятся о своем здоровье и владеют способами здоровьесбережения. Вместе с тем девятиклассники выражали готовность к здоровому образу жизни и – что показательно – осознавали в этом роль наставников-воспитателей. 78 % опрошенных девятиклассников признали, что были бы рады, если бы кто-то помогал им укреплять здоровье. Такие данные говорили о низкой средовой детерминации здоровьесбережения в экспериментальных школах, о несформированности его концепции, особенно в плане взаимодействия педагогов и учащихся. В целом, получалось, что результаты ранее проведенной экспериментальной оценки образовательной среды школ были весьма объективны, поскольку подтверждались результатами анкетирования учащихся.

На основании всех данных констатирующего эксперимента мы пришли к следующим выводам:

1. Оценка средовой детерминации здоровьесбережения показала, что основной причиной ее несформированности является отсутствие долгосрочных образовательных концепций и неразработанность локальных программ здоровьесбережения. Имеющиеся в школах программы обучения и воспитания, связанные с ценностями здорового образа жизни, носят бессистемный характер и не имеют должного научного обоснования.

2. Слабым потенциалом здоровьесбережения обладают организационно-управленческие структуры школ. Основная ответственность за формирование у школьников навыков здоровьесбережения возлагается на завуча по внеклассной работе. В школах нет педагогов-валеологов и отсутствуют управленческие единицы, ответственные за координацию деятельности медиков и педагогов как субъектов здоровьесберегающей среды.

3. Весьма недостаточной является готовность педагогов к реализации здоровьесберегающих педагогических технологий. Не более 30 % из числа педагогов, задействованных в эксперименте, продемонстрировали свою осведомленность в методологии здоровьесбережения, в методах и принципах здоровьесберегающей педагогики. Самооценка рациональности урока по предложенным нами параметрам также невысока.

4. Отражением неэффективного использования средовой детерминации здоровьесбережения в экспериментальных школах стали результаты анкетирования учащихся. Согласно этим результатам потребности школьников в здоровом образе жизни не получают желаемого отклика со стороны учителей; учащиеся высказали недовольство педагогическим обеспечением здоровьесберегающего досуга на базе школ.

**Резюме.** В заключение отметим, что технологическая сторона педагогики здоровьесбережения открыта для дальнейшего освоения и апробации. Мы ничуть не претендуем на завершенность предложенного понимания коммуникативно-технологического компонента здоровьесберегающей среды, однако должны подчеркнуть, что именно благодаря этому пониманию нам удалось изменить в лучшую сторону образ жизни учащихся в школе № 6. г. Усинска и помочь сохранить им свое здоровье.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Митяева, А. М.* Здоровьесберегающие педагогические технологии : учебное пособие для студентов высших учеб. заведений / А. М. Митяева. – М. : Академия, 2008. – 192 с.
2. *Смирнов, Н. К.* Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе / Н. К. Смирнов. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : АРКТИ, 2006. – 320 с.
3. *Уланова, С. А.* Особенности организации здоровьесбережения в образовательных учреждениях северных регионов России: гигиенические проблемы и пути их решения. Опыт Республики Коми / С. А. Уланова, Э. В. Качмарчик, В. Р. Кучма. – Сыктывкар : Коми республиканский институт развития образования и переподготовки кадров, 2010. – 212 с.