

УДК 371.7

Третьякова Н.В.

**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ
УРАЛЬСКОГО РЕГИОНА****Третьякова Наталия Владимировна**
кандидат педагогических наук, доцентРоссийский государственный профессионально-педагогический университет,
ул. Машиностроителей, 11, г. Екатеринбург, 620012, Россия;
E-mail: tretjakovnat@mail.ru**АННОТАЦИЯ**

Показаны основные направления здоровьесберегающей деятельности современных образовательных организаций. Наряду с традиционными направлениями (санитарно-гигиеническое, физкультурно-оздоровительное и направление здоровьесберегающей педагогики) представлено инновационное (организационно-управленческое), основанное на соблюдении требований и положений теории качества образования. На примере деятельности инновационно-активных образовательных организаций Уральского региона показана результативность здоровьесберегающей деятельности. Критериями результативности выступили уровень готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности, уровень здоровья, уровень физической подготовленности и уровень психоэмоционального состояния. Каждому критерию соответствуют показатели, позволяющие дать качественно-количественную оценку здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.

Ключевые слова: направления здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций, критерии здоровьесберегающей деятельности, результативность здоровьесберегающей деятельности.

UDC 371.7

*Tretyakova N.V.****EVALUATING THE IMPACT
OF HEALTH PRESERVATION
ACTIVITIES IN THE EDUCATIONAL
ORGANIZATIONS OF THE URAL
REGION*****Tretyakova Natalya Vladimirovna***PhD in Education, Associate Professor*

Russian State Vocational-Pedagogical University, 11 Mashinostroiteley St.,

Yekaterinburg, 620012, Russia;

E-mail: tretjakovnat@mail.ru**ABSTRACT**

The author demonstrates some basic directions of health preservation activities of modern educational organizations. In addition to the traditional areas (sanitary and hygienic, physical training and health, health preservation pedagogics) the author introduces an innovative (organizational and management) direction based on compliance with the requirements and provisions of the theory of education quality. On the example of innovative educational organizations of the Ural region the article shows the impact of the activities aimed at preservation of health of students. The performance criteria included the level of readiness of students for health oriented activities, the health level, physical fitness, and the level of psycho-emotional state of students. Each criterion has indicators that provide a qualitative and quantitative assessment of health preservation activities of educational organizations.

Keywords: health preservation activities of educational institutions; criteria of health preservation activities; impact of health preservation activities.

В условиях устойчивого снижения уровня здоровья детей, подростков и учащейся молодежи, особая роль в сохранении здоровья отводится системе образования, на что указывают основные стратегические документы государственного значения: Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации», Национальная доктрина развития образования в Российской Федерации на период до 2025 года, Государственная программа «Развитие образования на 2013–2020 годы», Национальная образовательная инициатива «Наша новая школа», федеральные государственные образовательные стандарты всех уровней образования и др. Образование призвано формировать и развивать духовно-нравственный, психологический и физический компоненты здоровья, а также компетенции безопасного и здорового образа жизни у обучающихся.

Следует отметить, что в различные периоды своего развития обществом всегда решались оздоровительные задачи в отношении подрастающего поколения. Еще в XVIII в. на государственное значение охраны здоровья детей обратил внимание М. В. Ломоносов и со времен И. И. Бецкого, Н. И. Новикова и А. Н. Радищева по настоящее время развиваются идеи сохранения здоровья детей непосредственно в образовательных организациях.

Сегодня определенный вклад в развитие здоровьесберегающей деятельности Уральского региона вносят учреждения, работающие в рамках сетевого взаимодействия инновационно-активных образовательных организаций Федеральной экспериментальной площадки Академии повышения квалификации и переподготовки работников образования Министерства образования и науки РФ. Образовательные организации в рамках инновационной деятельности по сохранению и укреплению здоровья субъектов образовательного процесса развивают следующие направления:

– санитарно-гигиеническое – соблюдение требований санитарно-гигиенических норм в отношении условий организации образовательного процесса, касающихся проектирования и строительства образовательных организаций, обеспечения полноценного питания, соблюдения гигиенических основ фи-

зического воспитания, наличия полноценного санитарно-технического оборудования, рационального нормирования учебной нагрузки и режима дня и др. Теоретическую основу данного направления составляют труды В. Ф. Базарного, А. А. Баранова, В. Р. Кучмы, С. В. Попова, В. М. Чимарова и др.;

– физкультурно-оздоровительное – широкое применение средств физической культуры в условиях учреждения: увеличение количества занятий физической культурой и повышение их содержательности, использование «малых форм» физической активности, проведение физкультурных занятий с учащимися специальной медицинской группы, предоставление возможности заниматься в спортивном зале, бассейне, на спортивных площадках организации во внеучебное время и др. Теоретической основой направления служат разработки В. К. Бальсевича, М. Я. Виленского, Л. И. Лубышевой, И. В. Манжелей, Л. А. Семенова и др.;

– направление здоровьесберегающей педагогики – формирование здоровьесберегающего образовательного пространства (среды), при котором исключаются или минимизируются вредные для здоровья воздействия образовательного процесса. Технологическую основу данного направления составляют здоровьесберегающие образовательные технологии. Теоретическим фундаментом являются труды Н. П. Абаскаловой, В. Н. Ирхина, В. В. Колбанова, Н. Н. Малярчук, Т. Ф. Ореховой, Т. М. Резер, Н. К. Смирнова, З. И. Тюмасевой и др.

Представленные традиционные направления здоровьесберегающей деятельности в ряде образовательных организаций расширены новым направлением – организационно-управленческим, основанном на соблюдении требований и положений теории качества образования (Н. В. Третьякова, В. А. Федоров). Работа в данном направлении позволила создать налаженную систему организации и управления здоровьесбережением на уровне каждого конкретного учреждения, максимально учитывающей его условия и возможности педагогического коллектива – систему управления качеством здоровьесберегающей деятельности. В рамках которой была прове-

дена работа по модернизации существующей в учреждениях системы здоровьесбережения – выделение за счет внутренних резервов образовательной организации структурного подразделения, обеспечивающего реализацию здоровьесберегающей деятельности – службы здоровья, либо, как было сделано в большинстве организаций, проведение структуризации основных направлений здоровьесбережения без организации службы. Создание системы управления качеством здоровьесбережения позволило обеспечить постоянное улучшение работы организаций в области охраны здоровья обучающихся при лидирующей роли управления и вовлечения в данную сферу деятельности всех участников образовательного процесса [2, 3, 4].

Объединяющим элементом в разносторонней направленности деятельности по сохранению и укреплению здоровья обучающихся всех инновационно-активных образовательных организаций выступил целевой ориентир: наряду с созданием охранных условий образовательного процесса, формирование мотивационно-целевых установок, побуждающих растущего человека в настоящем и в будущем к активным действиям по сохранению и укреплению здоровья, т. е. формирование готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности. Результатом данного формирования стало образование соответствующих мотивов, установок и опыта, придание психическим процессам и свойствам личности таких особенностей, которые обеспечили обучающимся возможность эффективно вести здоровый образ жизни независимо от условий изменения жизненной обстановки, т. е. произошла выработка здоровьесберегающей личностной позиции [3].

Общая результативность здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций оценивалась по следующим критериям и показателям:

– уровень готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности:

- 1) оценка уровня сформированности здоровьесберегающей личностной позиции;
- 2) диагностика валеологического типа личности с определением типа валеологической установки (по А. Г. Маджуге);
- 3) определе-

ние «Индекс отношения к здоровью» (по С. Д. Дерябо, В. А. Ясвину);

– уровень здоровья обучающихся:

- 1) средний показатель здоровья (по А. Я. Осину, Н. М. Ашаниной, Н. В. Полуниной);
- 2) коэффициент здоровья (по Р. М. Баевскому);

– уровень физической подготовленности обучающихся: тестирование кондиционной физической подготовленности (быстроты, выносливости, гибкости, скоростной силы и силы);

– уровень психоэмоционального состояния обучающихся:

- 1) оценка самочувствия, активности, настроения (САН);
- 2) оценка социального благополучия и личностной устойчивости (по А. Антоновскому).

Нами выделено три временных этапа инновационно-активной деятельности образовательных организаций:

1 этап (начальный):

- 1) организационный период: проведение нормативно-правовых и структурно-функциональных преобразований в организации;
- 2) проектировочный период: разработка направлений здоровьесберегающей деятельности, проведение SWOT-анализа и определение стратегии развития здоровьесберегающей деятельности;

2 этап (становления): полное развертывание инновационной деятельности по обеспечению качества здоровьесберегающей деятельности;

3 этап (совершенствования): реализация плана корректирующих действий; выявление несоответствий, их устранение и дальнейшее совершенствование здоровьесберегающей деятельности.

Временные рамки этапов для различных учреждений были различны, в среднем на завершение I этапа и перехода на II этап уходит один учебный год, переход со II этапа на III этап, в целом, осуществляется за 2 учебных года. Динамика результативности здоровьесбережения по полученным значениям представленных критериев выглядит следующим образом.

1. Критерий «уровень готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности». Результаты критерия показаны на примере обучающихся 10–11-х классов.

Полученные данные подтверждают положительную динамику в становлении здоровьесберегающей личностной позиции у обучающихся: средний прирост составил 7,89 балла (min – 6,63; max – 9,94). На начальном этапе опытно-поисковой деятельности у обучающихся превалировал репродуктивный уровень здоровьесберегающей личностной позиции (68,3 %), характеризующийся поверхностными представлениями о здоровом образе жизни (рисунок 1). Отношение к здоровью у обучающихся проявлялось преимущественно на эмоционально-чувственном уровне, когда стремление к рефлексивному осознанию действительности происходит нерегулярно, а участие в ценностно-ориенти-

рованной деятельности осуществляется под влиянием внешнего воздействия, без проявления положительной мотивации. Второе ранговое место на данном этапе фиксировалось за обучающимися, уровень здоровьесберегающей личностной позиции которых был отнесен к адаптивному (17,1 %). Данной группе присущи элементарные фрагментарные представления о здоровом образе жизни. Эмоционально-ценностное отношение к здоровью практически не проявляется. У обучающихся преобладают мотивы формального следования требованиям здорового образа жизни, соответственно, наблюдается пассивно-созерцательное и прагматическое отношение к действительности.

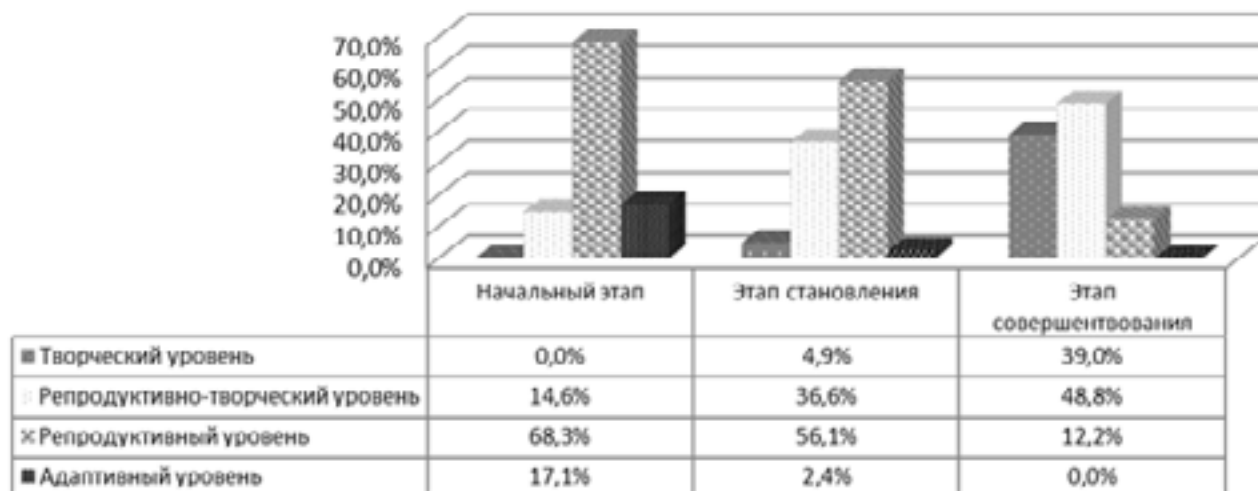


Рис. 1. Динамика изменений средних показателей уровня сформированности здоровьесберегающей личностной позиции у обучающихся на этапах опытно-поисковой деятельности образовательных организаций

Fig. 1. Dynamics of changes in the average level of formation of health-preservation personal position in students on the stages of experimental and research activities of educational organizations

Существенное перераспределение ранговых мест происходит уже на этапе становления (сказывается изменение целевых ориентиров здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций, ее упорядоченность и систематизация): несмотря на соответствующее начальному этапу превалирование обучающихся с репродуктивным уровнем здоровьесберегающей личностной позиции (56,1 %) (преимущественно за счет перехода из адаптивного уровня), значительно увеличилась доля лиц с репродук-

тивно-творческим уровнем (36,6 %) и появились обучающиеся, вышедшие на творческий уровень здоровьесберегающей личностной позиции (4,9 %) (рисунок 1). Репродуктивно-творческий уровень характеризуется недостаточным эмоционально-ценностным отношением обучающихся к здоровому образу жизни, слабостью проявления личностной оценки своего здоровья, когда участие в ценностно-ориентированной деятельности зачастую происходит под влиянием внешних воздействий и требований, при том, что на-

блюдается положительная мотивация к этой деятельности.

Этап совершенствования показал еще более существенные изменения: ведущее ранговое место перераспределилось в сторону репродуктивно-творческого уровня (48,8 %), значительно сократив численность детей, имеющих репродуктивный уровень (12,2 %), и в сторону возрастания творческого уровня (39,0 %) здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся (рисунок 1). Данный уровень характеризуется эмоционально-ценностным отношением к здоровью и здоровому образу жизни, когда актуальными являются мотивы самосовершенствования и самореализации. У обучающихся наблюдается стремление к рефлексии, психологическая готовность и ориентация на сохранение и укрепление здоровья, стремление обогатить индивидуальный опыт здоровьесберегающей деятельности.

Подтверждают представленные данные выявленные типы личности по отношению к здоровью у обучающихся (рисунок 2).

На начальном этапе опытно-поисковой деятельности у обучающихся преобладает ответственно-пассивный тип отношения к здоровью и здоровьесберегающей деятельности (65,2 %), характеризующийся высоким уровнем ответственности в восстановлении своего здоровья, но низким уровнем активности в его поддержании, то есть обучающиеся понимают, что состояние их здоровья зависит, прежде всего, от них самих, но при этом практически о нем не заботятся (указывается отсутствие как времени, так и желания). Человек с данным типом установки уделяет внимание своему здоровью, обращаясь за помощью только в случае болезни. В обычной ситуации он не следит за своим психическим состоянием, питанием, двигательной активностью, режимом труда и отдыха. На данном этапе также значительно число пассивных типов установки (20,8 %), проявляющихся равно низким уровнем ответственности и активности, то есть обучающиеся полностью возлагают ответственность за здоровье на внешние факторы, проявляя пассивность в обеспечении и поддержании своего здоровья.

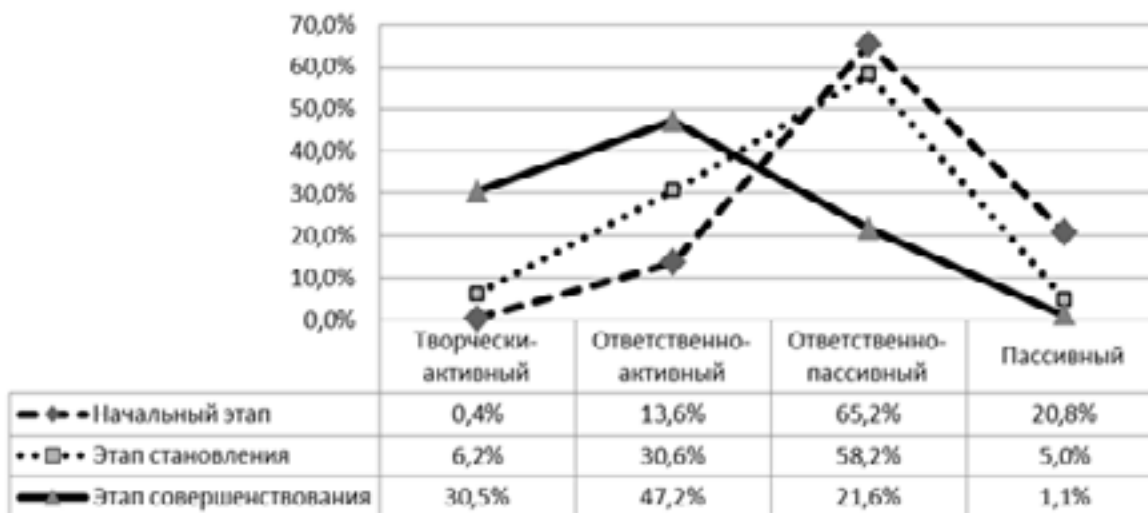


Рис. 2. Динамика изменений типа отношения обучающихся к здоровью и здоровьесберегающей деятельности на этапах опытно-поисковой деятельности образовательных организаций

Fig. 2. Dynamics of changes in the type of attitude towards health and health-oriented activities in students on the stages of experimental and research activities of educational organizations

На этапе становления фиксируется стойкое преобладание ответственно-пассивного типа отношения к здоровью и здоровьесберегающей деятельности (58,2 %) и одновременно значительно возросшее от-

ветственно-активное (30,6 %), характеризующееся высоким уровнем ответственности у обучающихся за свое здоровье и, в случае возникновения проблем со здоровьем, высоким уровнем поведенческой активности по его сохранению и укреплению.

Этап совершенствования отличается значительным числом обучающихся с творчески-активным типом отношения к здоровью и здоровьеориентированной деятельности (30,5 %), что позволяет говорить о высоком уровне ответственности и активности у обучающихся по отношению к своему здоровью. Такие обучающиеся считают себя ответственными за собственное здоровье, они целенаправленно уделяют ему должное внимание, в том числе предпринимая меры для профилактики заболеваний, а в случае болезни – для скорейшего выздоровления.

Полученные результаты проведенного исследования по методике С. Дерябо и В. Ясвина «Индекс отношения к здоровью» четырех компонентов интенсивности субъективного отношения обучающихся к здоровью и здоровому образу жизни, в соответствии с эмоциональной, познавательной, практической шкалами и шкалой поступков, в целом показали свою идентичность с результатами исследования уровня сформированности здоровьесберегающей личностной позиции у обучающихся и их типом отношения к здоровью и здоровьеориентированной деятельности (рисунок 3).

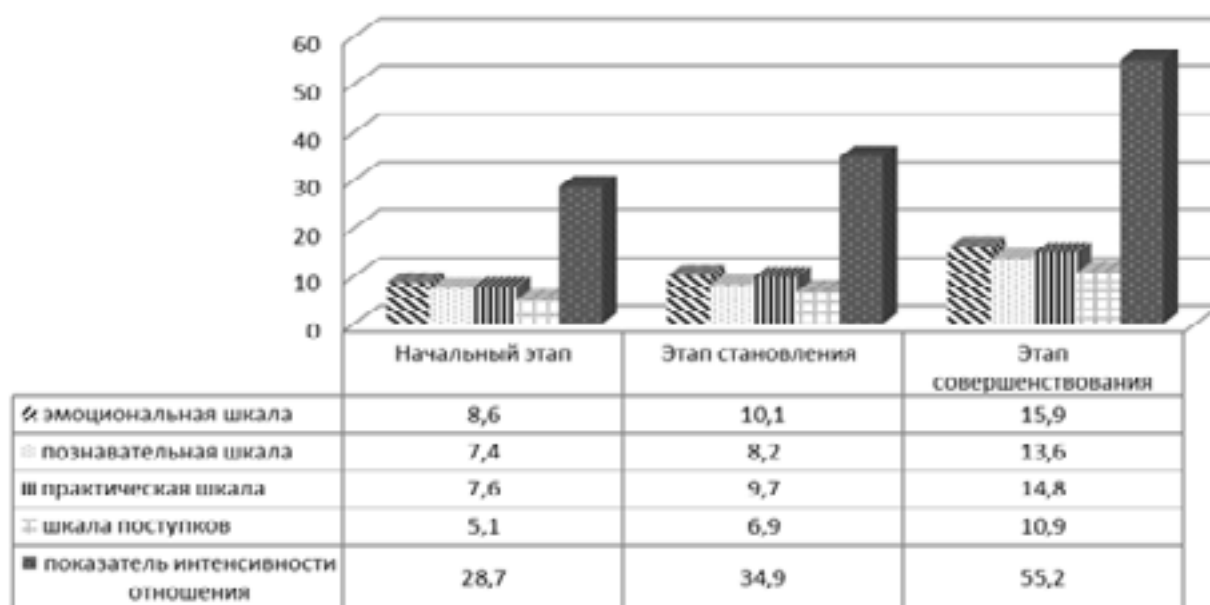


Рис. 3. Динамика изменений средних показателей уровня и особенностей отношения к здоровью обучающихся на этапах опытно-поисковой деятельности образовательных организаций (в баллах)

Fig. 3. Dynamics of changes in the average level and characteristics of health behavior in students on the stages of experimental and research activities of educational organizations (in points)

В сравнении средних показателей уровня и особенностей отношения к здоровью обучающихся между этапами опытно-поисковой деятельности уровень значимости по t-критерию Стьюдента во всех случаях находился в пределах границ $p < 0,05$.

Таким образом, при переводе представленных выше результатов исследования готовности обучающихся к здоровьеориентированной деятельности в 10-балльную шкалу средний показатель среди образовательных организаций на начальном этапе составил 3,43 балла, на этапе становления – 5,38 и на этапе совершенствования – 7,69. Общий прирост составил 4,26 балла.

2. Критерий «уровень здоровья обучающихся». Рассмотрим показатель уровня здоровья обучающихся заключивший в себе средний показатель здоровья (А. Я. Осин, Н. М. Ашанина, Н. В. Полунина) и коэффициент здоровья (по Р. М. Баевкому).

Средний показатель здоровья (СПЗ) высчитывался по формуле:

$$\text{СПЗ} = \frac{(1 \times N1) + (2 \times N2) + (3 \times N3) + (4 \times N4)}{\sum n}$$

где 1, 2, 3, 4 – 1-я, 2-я, 3-я и 4-я группы здоровья; N1, N2, N3, N4 – число обучающихся с 1-ой, 2-ой, 3-ей и 4-ой группами здоровья; $\sum n$ – общее число обучающихся.

Сократилось число обучающихся с неудовлетворительной адаптацией (показатели в диапазоне 3,21–4,3 балла) за счет перехода их показателей коэффициента здоровья на уровень напряжения механизмов адаптации (показатели в диапазоне 2,11–3,2 балла): 37,6 % на начальном этапе, 21,1 % на этапе совершенствования. Возросло число обучающихся с удовлетворительным уровнем адаптации (показатели не превышают 2,1 балла): 6,8 % на начальном этапе; 15,6 % на этапе совершенствования.

3. Критерий «уровень физической подготовленности обучающихся». Исследование уровня кондиционной физической подготовленности проводилось по следующим тестовым методикам: 1) бег на 30 м со старта (оценка быстроты); 2) бег на 1000 м (оценка выносливости); 3) прыжок в длину с места (оценка скоростной силы); 4) наклон туловища вперед из положения сидя (оценка гибкости); 5) подтягивание на высокой перекладине (оценка силы у мальчиков); 6) поднятие–опускание туловища из положения лежа в течение 30 с (оценка силы у девочек).

По показателям тестов осуществляется оценка уровня физической подготовленности детей в процентном соотношении по шкале от 0 до 100 % с учетом пола и возраста обучающихся. Данные тестирования уровня физической подготовленности на всех этапах опытно-поисковой деятельности в целом показали, что большинство обучающихся не выполняют нормативные требования и только единицы показывают высокие результаты. Как и начальный этап опытно-поисковой деятельности, этап совершенствования пока-

зал все тот же определенно низкий уровень физической подготовленности обучающихся, когда в границы нормативов не попадает и половины обучающихся (за исключением показателей быстроты). Данное состояние объясняется общим снижением физического развития детской популяции и не адаптированностью показателей оценки уровня физической подготовленности для современных детей [1]. Тем не менее, в целом темп прироста по физическим качествам составил: быстрота – 9,8 %, гибкость – 4,7 %, выносливость – 10,4 %, скоростная сила – 6,19 % и сила – 4,9 %.

4. Критерий «уровень психоэмоционального состояния обучающихся». Уровень психоэмоционального состояния оценивался по двум методикам: оценка самочувствия (С), активности (А), настроения (Н) – САН, оценка социального благополучия и личностной устойчивости (по А. Антоновскому). Результаты показаны на примере обучающихся 9–11-х классов.

Оценка показателя САН проводилась на основе системы баллов с вычислением интегративного показателя $САН_2$:

$$САН_2 = \frac{С + А + Н}{3}$$

На начало опытно-поисковой деятельности у 19,6 % обучающихся образовательных организаций отмечался низкий показатель $САН_2$, характеризующийся плохим самочувствием, низкие уровни активности и настроения у обучающихся; данные показатели не претерпели существенного изменения на этапе совершенствования – 12,8 % (прирост составил -6,8 %) (рисунок 5).



Рис. 5. Динамика изменений показателей $САН_2$ у обучающихся на этапах опытно-поисковой деятельности образовательных организаций

Fig. 5. Dynamics of changes in health, energy, and mood indicators in students on the stages of experimental and research activities of educational organizations

За период опытно-поисковой деятельности увеличилось число обучающихся с высокими показателями САН₃: 17,5 % на I этапе опытно-поисковой деятельности и 29,1 % на III этапе (прирост 11,6 %). Изменения произошли преимущественно за счет перераспределения из группы обучающихся со средним уровнем САН₃. Уровень во всех результатах не превышал $p < 0,05$ по t-критерию Стьюдента.

Следует отметить схожесть полученных данных с данными, характеризующими уровень адаптационных возможностей обучаю-

щихся (коэффициент здоровья) (рисунок 4).

Более положительная тенденция наблюдается при анализе результатов оценки социального благополучия и личностной устойчивости (по А. Антоновскому): уровень высокой социальной устойчивости повысился от 19,1 % на начальном этапе, до 33,4 % на этапе совершенствования (прирост 14,3); уровень низкой социальной устойчивости понизился от 14,1 % на I этапе, до 6,1 % на II этапе (прирост -8) (рисунок 6).

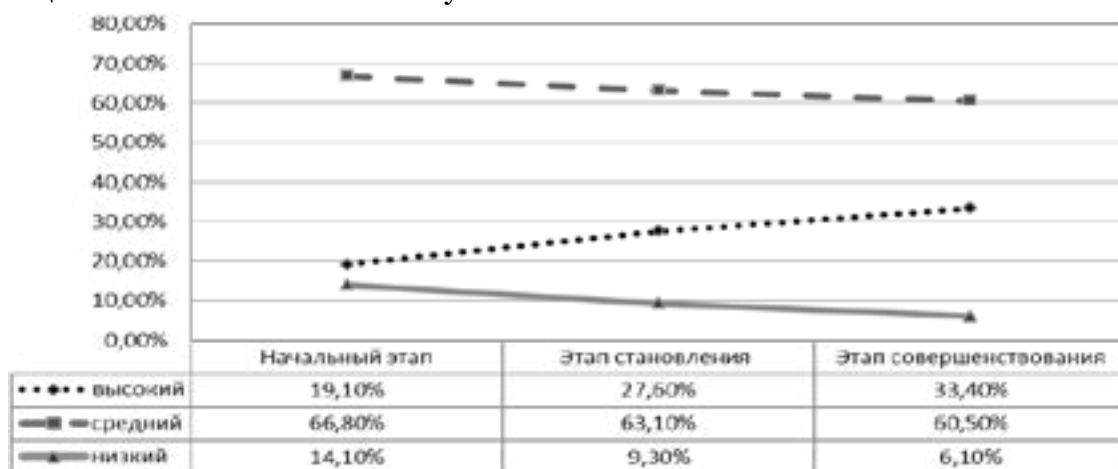


Рис. 6. Динамика изменений показателей оценки социального благополучия и личностной устойчивости у обучающихся на этапах опытно-поисковой деятельности образовательных организаций

Fig. 6. Dynamics of changes in indicators of measuring the social well-being and personal stability in students on the stages of experimental and research activities of educational organizations

При переводе представленных выше результатов исследования уровня здоровья обучающихся в 10-ти бальную шкалу, средний показатель среди образовательных организаций на начальном этапе составил 5,60 балла, на этапе становления – 6,33 балла и на этапе совершенствования – 7,20 балла. Общий прирост составил 1,60 балла.

В целом, по всем установленным критериям оценки здоровьесберегающей деятельности достоверно получены положительные результаты.

Таким образом, расширение традиционных направлений деятельности образовательных организаций по сохранению и укреплению здоровья обучающихся, связанных с соблюдением санитарно-гигиенических требований к организации образовательного процесса, созданием здоровьесберегающей образовательной среды, с широким применением средств физической культуры и др., направлением, основанном на соблюдении требований и положений теории качества образования к организации здоро-

вьесберегающей деятельности, обеспечивает ее результативность. Характеризуют качество здоровьесбережения такие показатели как уровень готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности, уровень здоровья, уровень физической подготовленности и уровень психоэмоционального состояния. Настоящие показатели позволяют оценить качественно-количественные изменения, происходящие в растущем человеке и связанные с изменением его отношения и активности к собственной здоровьесберегающей деятельности.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ и Правительства Свердловской области в рамках проекта № 14-16-66019 «Разработка модели управления качеством здоровьесберегающей деятельности».

The study was funded by the Russian State scientific Foundation and the Government of the Sverdlovsk region in the framework of the project No14-16-66019 «Development of model of quality management of educational organizations of health».

ЛИТЕРАТУРА:

1. Семенов Л.А. Коррекция отклонений в кондиционной физической подготовленности школьников на основе мониторинга. М.: Советский спорт, 2013. 100 с.
2. Третьякова Н.В., Федоров В.А. Качество здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений: понятийный аспект // Образование и наука. 2013. № 4. С. 112–132.
3. Третьякова Н.В., Федоров В.А. Качество здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций: теория и технология обеспечения. Екатеринбург: Рос. гос. проф.-пед. ун-т, 2014. 198 с.
4. Ralf G., Douglas, H. Smith (1994) Total Quality in Higher Education / St. Lucie Press. 330 p.

REFERENCES:

1. Semenov L.A. Correction of Deviations in the Conditioned Physical Readiness of Schoolboys on the Basis of Monitoring. M.: Sovetskij Sport. 2013. 100 p.
2. Tretyakova N.V., Fedorov V.A. The Quality of Health Preservation Activities of Educational Institutions: Conceptual Aspect // Education and Science. 2013. N. 4. Pp. 112-132.
3. Tretyakova N.V., Fedorov V.A. The Quality of Health Preservation Activities of Educational Institutions: Theory and Technology of / Yekaterinburg: Russian State Vocational Pedagogical University. 2004. 198 p.
4. Ralf G., Douglas, H. Smith (1994) Total Quality in Higher Education / St. Lucie Press. 330 p.